



Assemblea

RESOCONTO SOMMARIO  
RESOCONTO STENOGRAFICO  
ALLEGATI

**ASSEMBLEA**

141<sup>a</sup> seduta pubblica  
martedì 17 aprile 2007

Presidenza del presidente Marini,  
indi del vice presidente Calderoli  
e del vice presidente Caprili

**INDICE GENERALE**

<i>RESOCONTO SOMMARIO</i> . . . . .	Pag. V-XVI
<i>RESOCONTO STENOGRAFICO</i> . . . . .	1-60
<i>ALLEGATO A (contiene i testi esaminati nel corso della seduta)</i> . . . . .	61-86
<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> . . . . .	87-142

## I N D I C E

## RESOCONTO SOMMARIO

## RESOCONTO STENOGRAFICO

**PREANNUNZIO DI VOTAZIONI MEDIANTE PROCEDIMENTO ELETTRONICO** .....Pag. 1

**CALENDARIO DEI LAVORI DELL'ASSEMBLEA** ..... 1

**Variazioni:**

PRESIDENTE .....	2, 3
MANZIONE ( <i>Ulivo</i> ) .....	2
MELE ( <i>Ulivo</i> ) .....	3

**MOZIONI**

**Seguito della discussione delle mozioni 1-00051, 1-00068 (testo 2), 1-00082 (testo 2) e 1-00091 sull'industria agroalimentare**

**Approvazione delle mozioni 1-00051, 1-00068 (testo 2) e 1-00082 (testo 2) e approvazione, con modificazioni, della mozione 1-00091:**

MONGIELLO, <i>sottosegretario di Stato per le politiche agricole alimentari e forestali</i> .....	4
BARBATO ( <i>Misto-Pop-Udeur</i> ) .....	5
DE PETRIS ( <i>IU-Verdi-Com</i> ) .....	5, 6
POLLEDRI ( <i>LNP</i> ) .....	8
ALLEGRI ( <i>AN</i> ) .....	10
SCARPA BONAZZA BUORA ( <i>FI</i> ) .....	11
PIGNEDOLI ( <i>Ulivo</i> ) .....	14

**PER COMUNICAZIONI DEL GOVERNO SULLA CHIUSURA DELLA MANIFATTURA TABACCHI DI ROVERETO**

PRESIDENTE .....	19
DIVINA ( <i>LNP</i> ) .....	18, 19

**MOZIONI**

**Discussione e approvazione delle mozioni 1-00045, 1-00087 (testo 2) e 1-00089 sulla medicina di genere:**

BIANCONI ( <i>FI</i> ) .....	Pag. 19
SERAFINI ( <i>Ulivo</i> ) .....	23
ALFONZI ( <i>RC-SE</i> ) .....	29
CARLONI ( <i>Ulivo</i> ) .....	34
MONACELLI ( <i>UDC</i> ) .....	38
GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> .....	40
SILVESTRI ( <i>IU-Verdi-Com</i> ) .....	42, 43
ALBERTI CASELLATI ( <i>FI</i> ) .....	45
BAIO ( <i>Ulivo</i> ) .....	46, 49

**SUI LAVORI DEL SENATO**

PRESIDENTE .....	49, 50
BOCCIA Antonio ( <i>Ulivo</i> ) .....	49, 50

**MOZIONI**

**Discussione delle mozioni 1-00088, 1-00090 e 1-00094 sul papilloma virus**

**Approvazione delle mozioni 1-00088 (testo 2), 1-00090 e 1-00094 (testo 2):**

PRESIDENTE .....	50, 51, 52 e <i>passim</i>
TOFANI ( <i>AN</i> ) .....	50
BIANCONI ( <i>FI</i> ) .....	51
SILVESTRI ( <i>IU-Verdi-Com</i> ) .....	52
MONACELLI ( <i>UDC</i> ) .....	53
EMPRIN GILARDINI ( <i>RC-SE</i> ) .....	54
CURSI ( <i>AN</i> ) .....	55
GAGLIONE, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> .....	56, 59
BAIO ( <i>Ulivo</i> ) .....	59

**ORDINE DEL GIORNO PER LE SEDUTE DI MERCOLEDÌ 18 APRILE 2007** ..... 60

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Consumatori: Misto-Consum; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

*ALLEGATO A***MOZIONI**

Mozioni sull'industria agro-alimentare . . . .	Pag. 61
Mozioni sulla medicina di genere . . . . .	67
Mozioni sul papilloma virus . . . . .	80

*ALLEGATO B***INTERVENTI**

Integrazione all'intervento della senatrice Baio sulle mozioni 1-00045, 1-00087 e 1-00089 . . . . .	87
Testo integrale dell'intervento del sottosegretario Gaglione in sede di replica nella discussione delle mozioni 1-00088, 1-00090 e 1-00094 . . . . .	88
Dichiarazione di voto della senatrice Baio sulle mozioni 1-00088, 1-00090 e 1-00094 . .	95

**CONGEDI E MISSIONI . . . . .** 97**DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE A PROCEDERE IN GIUDIZIO AI SENSI DELL'ARTICOLO 96 DELLA COSTITUZIONE**

Presentazione di relazioni . . . . .	97
--------------------------------------	----

**DISEGNI DI LEGGE**

Annunzio di presentazione . . . . .	Pag. 97
Assegnazione . . . . .	98

**GOVERNO**

Richieste di parere per nomine in enti pubblici . . . . .	101
Trasmissione di atti e documenti . . . . .	102

**CORTE COSTITUZIONALE**

Trasmissione di sentenze . . . . .	105
------------------------------------	-----

**CORTE DEI CONTI**

Trasmissione di relazioni sulla gestione finanziaria di enti . . . . .	105
Trasmissione di atti . . . . .	106

**INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI**

Annunzio . . . . .	60
Apposizione di nuove firme ad interrogazioni	106
Interpellanze . . . . .	106
Interrogazioni . . . . .	108
Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento . . . .	112
Interrogazioni da svolgere in Commissione . .	143

<i>ERRATA CORRIGE</i> . . . . .	143
---------------------------------	-----

## RESOCONTO SOMMARIO

### Presidenza del presidente MARINI

*La seduta inizia alle ore 16,32.*

*Il Senato approva il processo verbale della seduta pomeridiana del 12 aprile.*

### Comunicazioni della Presidenza

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

### Preannuncio di votazioni mediante procedimento elettronico

PRESIDENTE. Avverte che dalle ore 16,34 decorre il termine regolamentare di preavviso per eventuali votazioni mediante procedimento elettronico.

### Calendario dei lavori dell'Assemblea, variazioni

PRESIDENTE. La Conferenza dei Presidenti dei Gruppi parlamentari ha approvato all'unanimità modifiche al calendario dei lavori dell'Assemblea. (*v. Resoconto stenografico*). Le comunicazioni del Governo sulle vicende relative al rapimento di Mastrogiacomo previste per la seduta odierna saranno svolte, in data da concordare, presso le Commissioni riunite esteri e difesa.

MANZIONE (*Ulivo*). In considerazione di una manifestazione per il costituendo Partito Democratico prevista nella giornata di domani, rinnova alla Presidenza la richiesta di fissare a dopo le ore 18,30 l'inizio delle votazioni concernenti il decreto-legge per il ripiano del disavanzo sanitario.

MELE (*Ulivo*). Chiede alla Presidenza di considerare, per la programmazione dei lavori, anche le riunioni preparatorie dei congressi di partito.

PRESIDENTE. L'organizzazione dei lavori parlamentari non può essere condizionata da manifestazioni politiche diverse dai congressi di partito.

**Seguito della discussione e delle mozioni nn. 51, 68 (testo 2), 82 (testo 2) e 91 sull'industria agroalimentare**

**Approvazione delle mozioni nn. 51, 68 (testo 2), 82 (testo 2) e approvazione, con modificazioni, della mozione n. 91**

PRESIDENTE. Ricorda che nella seduta del 12 aprile hanno avuto luogo la illustrazione e la discussione delle mozioni in titolo.

MONGIELLO, *sottosegretario di Stato per le politiche agricole alimentari e forestali*. Apprezzata la convergenza di orientamenti in materia di tutela dell'industria agroalimentare, esprime parere favorevole sulle mozioni nn. 51, 68 (testo 2) e 82 (testo 2). Chiede la votazione per parti separate della mozione n. 91, condividendo tutti gli impegni del dispositivo ad eccezione di quelli relativi al disaccoppiamento totale degli aiuti e al finanziamento di piani operativi, interventi strutturali e crisi di mercato. (*Applausi della senatrice De Petris*).

PRESIDENTE. Passa alla votazione delle mozioni.

BARBATO (*Misto-Pop-Udeur*). È importante l'unitarietà di intenti tra maggioranza e opposizione per il rilancio del settore ortofrutticolo ed in particolare del pomodoro, che avrebbe ricadute positive sui versanti economico, sociale e ambientale. Richiamando i principi della leale concorrenza, della qualità dei prodotti, della trasparenza delle informazioni e della salute del consumatore, condivide la posizione del Governo sulla mozione n. 91 e annuncia voto favorevole alle mozioni nn. 51, 68 (testo 2) e 82 (testo 2). (*Applausi dal Gruppo Misto-Pop-Udeur e della senatrice De Petris*).

DE PETRIS (*IU-Verdi-Com*). Dichiaro voto favorevole alle mozioni nn. 51, 82 (testo 2) e 68 (testo 2) e voto contrario ai due capoversi della mozione n. 91 evidenziati dal sottosegretario Mongiello. Il settore agroalimentare, fondamentale per l'economia italiana, può competere nel mercato globale valorizzando la qualità delle materie prime e prevenendo la contraffazione dei prodotti, che colpisce soprattutto le esportazioni. È quindi essenziale l'etichettatura dei prodotti, materia su cui l'Italia e la Spagna hanno raggiunto un accordo relativamente all'olio di oliva; occorre ora procedere nella riforma dell'Organizzazione comune di mercato,

applicando con gradualità e parzialità il regime di disaccoppiamento degli aiuti, garantendo la tracciabilità dei prodotti e assegnando maggiori risorse alle organizzazioni dei produttori per fronteggiare le crisi di mercato. (*Applausi dai Gruppi IU-Verdi-Com e Ulivo*).

POLLEDRI (*LNP*). Con le mozioni in votazione le forze politiche del Paese demandano unanimemente al Governo la difesa dell'importante comparto ortofrutticolo italiano, che evidenzia punte di eccellenza nell'intera filiera, in particolare nell'industria di trasformazione del pomodoro. L'Esecutivo è invitato a promuovere adeguatamente in sede europea la trasparenza sull'origine dei prodotti alimentari e delle materie prime utilizzate e ad assicurare il rispetto delle rigorose disposizioni igienico-sanitarie poste a tutela della salute dei consumatori. Sarà inoltre opportuno stabilizzare l'attuale ripartizione dei fondi europei tra i diversi comparti, incrementare i controlli alle frontiere sui prodotti ortofrutticoli extraeuropei e le risorse destinate a sostenere la competitività della produzione italiana. Il Gruppo voterà a favore di tutte le mozioni presentate. (*Applausi dai Gruppi LNP, FI e AN*).

### **Presidenza del vice presidente CALDEROLI**

ALLEGRINI (*AN*). Per le motivazioni già esposte in sede di discussione generale il Gruppo di Alleanza Nazionale conferma il voto favorevole sulle mozioni. Mirando a tutelare la qualità del prodotto italiano, il Governo dovrà adoperarsi per attenuare le possibili ricadute negative derivanti dal disaccoppiamento totale degli aiuti previsto dalla nuova organizzazione comune di mercato, puntando ad un differimento, o alla predisposizione di idonee misure per il comparto ortofrutta che siano in grado di limitare i possibili riflessi negativi in termini occupazionali. (*Applausi dai Gruppi AN, FI, RC-SE e della senatrice De Petris*).

SCARPA BONAZZA BUORA (*FI*). La forza di negoziazione del Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali nel complesso processo di riforma dei settori vitivinicolo e ortofrutticolo risulterà indubbiamente rafforzata dall'atteggiamento costruttivo e unitario adottato in Senato dagli esponenti di tutte le forze politiche. Gli sforzi compiuti in ambito europeo con la predisposizione della politica agricola comune imperniata sul disaccoppiamento degli aiuti non è stata considerata sufficiente in sede di trattative WTO, mentre la posizione assunta da Forza Italia in favore del disaccoppiamento totale, che ha ottenuto il consenso delle grandi organizzazioni agricole, è motivata dalla libertà di investimento e dalla semplificazione burocratica che tale sistema consente. Il Gruppo sosterrà le mozioni nn. 51 e 68, ma propone la votazione per parti separate della

mozione n. 82 (testo 2), su cui si esprimerà favorevolmente ad eccezione del terzo capoverso, su cui si asterrà, e del primo capoverso, su cui esprimerà voto contrario. (*Applausi dai Gruppi FI e LNP e dei senatori De Petris, Losurdo e Marcora*).

PIGNEDOLI (*Ulivo*). Va positivamente sottolineata la volontà del Governo di dare risposta alle preoccupazioni sorte nell'importante comparto dell'ortofrutta, che sta attraversando una profonda fase di trasformazione che potrà avere pesanti ricadute in termini occupazionali. Altrettanto condivisibile appare l'impianto della riforma europea dei settori vitivinicolo e ortofrutticolo, che spostando il sostegno dalla produzione al reddito tende a favorire l'orientamento al mercato e alla competitività. Tuttavia, un immediato passaggio al regime del disaccoppiamento totale degli aiuti, senza un adeguato periodo di transizione, potrebbe comportare improvvisi processi di smantellamento dell'industria di settore, che ostacolerebbero quell'auspicabile processo aggregativo in grado di combattere l'elevata frammentazione del comparto. La tracciabilità, nell'ambito di un articolato sistema di controlli, garantisce la salubrità del prodotto italiano e la corretta informazione del consumatore, condizione ineludibile per lo svolgimento di una leale concorrenza. Va pertanto riaffermata in sede comunitaria la validità della legge n. 204 del 2004, che corrispondendo all'aumentata esigenza di trasparenza rafforza al contempo il concetto di identità territoriale nell'ambito del progressivo processo di globalizzazione dei mercati. Il Gruppo dichiara il proprio voto favorevole sulle mozioni nn. 51, 68 (testo 2) e 82 (testo 2), ma dissente sui capoversi 4 e 6 della mozione n. 91, di cui chiede la votazione per parti separate. (*Applausi dai Gruppi Ulivo, RC-SE e IU-Verdi-Com*).

*Con distinte votazioni, il Senato approva le mozioni nn. 51 e 68 (testo 2).*

PRESIDENTE. Dispone la votazione per parti separate delle mozioni nn. 82 e 91.

*Il Senato approva la premessa della mozione n. 82 nonché, con distinte votazioni elettroniche senza registrazione dei nomi, il primo e il terzo capoverso del dispositivo, le rimanenti parti dello stesso e la mozione nel suo complesso. Il Senato, dopo aver respinto con distinte votazioni il quarto e l'ultimo capoverso, approva la mozione n. 91 nel suo complesso, nel testo modificato.*

#### **Per comunicazioni del Governo sulla chiusura della Manifattura tabacchi di Rovereto**

DIVINA (*LNP*). Chiede che il Governo riferisca in ordine alla chiusura dello stabilimento dell'ex Manifattura tabacchi di Rovereto. È infatti



singolare che l'acquirente abbia deciso la chiusura di uno stabilimento in attivo e non di quello situato a Lecce, improduttivo secondo le stesse organizzazioni sindacali. Sulla questione auspica chiarezza, anche in ordine alla voci secondo cui la scelta operata sarebbe stata dettata da pressioni di un membro autorevole del Governo, parlamentare del collegio del Salento ove è situato lo stabilimento dell'ex Manifattura tabacchi.

PRESIDENTE. Suggestisce di avanzare la richiesta nella competente Commissione.

**Discussione e approvazione  
delle mozioni nn. 45, 87 (testo 2) e 89 sulla medicina di genere**

BIANCONI (*FI*). La mozione n. 45, risultato di un lungo lavoro di approfondimento avviato nella scorsa legislatura, lancia un sfida politica e culturale in materia di salute della donna. Come segnalato infatti anche dall'Organizzazione mondiale della sanità, emerge uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela della salute, anche per la misconoscenza e la sottovalutazione che si registrano nel mondo scientifico rispetto alle fisiologiche peculiarità femminili. Benché l'evoluzione del ruolo della donna nella società abbia comportato infatti un sovraccarico di impegni e un aumento delle patologie, la medicina ufficiale, sia nell'attività di ricerca che in quella clinica, è rimasta parametrata su un modello che assume a base il sesso maschile. La consapevolezza della necessità di una tutela della salute al femminile si è dapprima radicata negli Stati Uniti ed in Svizzera, dove sono stati introdotti specifici corsi di laurea presso le facoltà di medicina. Seppure in ritardo anche l'Unione europea ha avviato programmi dedicati, mentre in Italia sono stati offerti importanti contributi da parte di associazioni nonché dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna. Si chiede pertanto al Governo di riconoscere la necessità di un adeguamento della medicina italiana mediante l'istituzione di un corso di specializzazione in medicina di genere, tale da consentire in un futuro non lontano il conseguimento di risultati più incisivi nella cura e nella prevenzione delle malattie. (*Applausi dai Gruppi FI, AN, Ulivo e RC-SE*).

SERAFINI (*Ulivo*). L'ingresso delle donne in tutti i settori della società che si è registrato negli ultimi decenni non è stato accompagnato da un mutamento dei modelli culturali e da politiche incisive in materia di conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro; le conseguenze sul piano sociale sono state evidenti in termini di calo demografico, ascrivibile non ad un rifiuto della maternità ma ad una difficoltà da parte delle donne di realizzare tale desiderio. Segnali di sofferenza della condizione femminile emergono peraltro dai numerosi casi di violenza sessuale o psicologica perpetrata in molti casi in seno alla famiglia, nonché dal disagio che si registra nell'adolescenza anche per il prevalere di modelli femminili arti-

ficiali. Sul piano della salute ne è derivata una sostanziale sottovalutazione dell'estendersi anche alle donne di patologie che un tempo colpivano esclusivamente gli uomini; occorre pertanto che la medicina assuma il principio tecnico e scientifico dell'integrazione del punto di vista di genere in tutti i suoi campi, secondo quanto riconosciuto sia dall'Organizzazione mondiale della sanità che in autorevoli studi scientifici. A tal fine, come richiesto dalla mozione n. 87, partendo dalle esperienze esistenti in materia di salute della donna l'Italia deve colmare il ritardo e muoversi in primo luogo per l'istituzione di un corso di specializzazione in medicina di genere, ma anche sviluppare e innovare la rete dei consultori in modo da garantire risposte alle problematiche inerenti le diverse età della donna, nonché sostenere la sperimentazione in strutture ospedaliere, istituire appositi organismi di monitoraggio sulla salute delle donne e dei bambini e prevenire le forme di violenza nei vari aspetti in cui si manifestano nella società (*Applausi dai Gruppi Ulivo, IU-Verdi-Com, RC-SE, FI e della senatrice Monacelli*).

ALFONZI (RC-SE). La discussione odierna ripropone il tema del rapporto, storicamente difficile, tra le donne e la scienza, tra la presunta neutralità di quest'ultima e le specificità biologiche e psicologiche dell'universo femminile. La mozione n. 89 ha numerosi punti in comune con le altre presentate sul tema delle differenze di salute legate al genere e ne condivide lo spirito e gli obiettivi di fondo, che possono riassumersi nell'affermazione di una concezione complessiva della salute, secondo la quale essa è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente assenza di malattia. Anche se nei fattori che determinano la malattia negli uomini e nelle donne esistono differenze, finora esse sono state interpretate alla luce dell'influenza del ciclo biologico: risultano dunque carenti le indagini sui fattori di rischio nelle varie patologie collegate alla vita delle donne; le pratiche diagnostiche e terapeutiche sono sperimentate e valutate su un indifferenziato modello maschile; scarseggia la disaggregazione dei dati statistici per sesso al fine di costruire profili di rischio femminile; non si analizza adeguatamente la reale fruibilità dei servizi sanitari da parte delle donne. Occorre pertanto adeguare i programmi della ricerca scientifica al principio dell'integrazione di genere ed accentuare l'attenzione sulle specificità ambientali, sul ruolo e la responsabilità delle donne nella società e sui rischi di violenza che ne condizionano la vita. Inoltre occorre condurre un approfondimento sulle condizioni di lavoro e di carriera delle operatrici sanitarie. Tra gli interventi indicati nel piano presentato a marzo dal ministro Turco per la promozione e la tutela della salute delle donne, riveste particolare importanza lo sviluppo di iniziative per il rilancio dei consultori, un fondamentale servizio di salute primaria caratterizzato, secondo il modello individuato dall'OMS, da un approccio integrato, da modalità operative basate sull'offerta attiva e da forme di comunicazione orizzontale tese alla presa di coscienza da parte delle donne. (*Applausi dai Gruppi RC-SE e Ulivo e della senatrice Bianconi*).

## Presidenza del vice presidente CAPRILI

PRESIDENTE. Dichiara aperta la discussione.

CARLONI (*Ulivo*). Le mozioni in discussione sono espressione della medesima cultura, derivata dalla presa di coscienza dell'identità femminile avviata nel secolo scorso e tuttora in atto. Ai fini del raggiungimento di traguardi sempre più significativi nella prevenzione e nella cura di malattie che colpiscono in modo differente gli uomini e le donne, sarebbe ovvio che la ricerca e la scienza clinica si orientassero ad una analisi delle specificità biologiche, psicologiche ed anche culturali e sociali; invece, in nome di una pretesa scientificità neutra, le attività di ricerca e cliniche continuano ad essere indifferenziate tanto nei presupposti statistici quanto nei programmi e nelle azioni formative. Ciò dipende, oltre che da radicate convinzioni, dalla preponderanza degli uomini nella classe medica, nel mondo della ricerca e nelle sedi decisionali. Ma la salute delle donne è fortemente condizionata anche dalla sua collocazione sociale, dal suo ruolo di sostegno e di cura della famiglia e delle relazioni familiari: per tale motivo è particolarmente apprezzabile l'iniziativa del ministro Livia Turco che ha presentato a Napoli le linee di un piano d'azione per la promozione del diritto alla salute delle donne attraverso la tutela di altri diritti sociali, civili e politici. In particolare vanno sottolineate le proposte relative alla creazione di uno spazio adolescenti all'interno dei consultori familiari e di sportelli dedicati contro la violenza sulle donne, nonché quelle relative alle modifiche della legge n. 53 sui congedi parentali a favore dei genitori di bambini prematuri e le campagne di prevenzione sui tumori femminili. Si tratta di iniziative positive che si inseriscono in un coinvolgimento più attivo da parte delle donne, di cui è esempio la costituzione a Napoli di comitati di cittadine per combattere l'abnorme crescita del numero dei parti cesarei in Campania. (*Applausi dal Gruppo Ulivo e IU-Verdi-Com e delle senatrici Negri e Maria Luisa Boccia. Congratulazioni*).

MONACELLI (*UDC*). Il sostegno alla medicina di genere deriva dalla necessità di rimuovere le discriminazioni che in modo più o meno evidente impediscono alle donne la piena attuazione del diritto alla salute, come prescritto dalla Organizzazione mondiale della sanità, che riconosce l'importanza determinante dei dati biologici e socio-culturali legati al genere. È un problema che va affrontato a livello di programmazione e di produzione normativa: attualmente, infatti, la ricerca non approfondisce le differenze tra i sessi nonostante numerose patologie che riguardano entrambi i sessi colpiscano con modalità distinte gli uomini e le donne. Tra le cause di malattia degli uomini si attribuisce una prevalenza ai fattori

ambientali, sociali e lavorativi, mentre per la donna si continua a ritenere predominanti i fattori biologico-ormonali; è necessario pertanto mettere a punto linee guida più complete nella ricerca medica e nella sperimentazione farmacologica. Accanto al versante scientifico, sono necessarie iniziative di natura politica, in particolare, come richiesto dalle mozioni, per introdurre a livello universitario lo studio e la costruzione di una medicina di genere. (*Applausi dai Gruppi UDC e FI e della senatrice Donati*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

GAGLIONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Dato atto dell'elevato livello della discussione e dell'importanza dei temi sollevati nelle mozioni, sulle quali il Governo esprime parere favorevole, ricorda, per quanto riguarda la comune proposta di istituire un corso di specializzazione in medicina di genere, che le norme comunitarie e nazionali prevedono la possibilità di istituire nuove scuole di specializzazione solo nei casi in cui esse siano già presenti in due o più paesi dell'Unione o per corrispondere a obiettive e specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale. A tutt'oggi, però, non risulta che le Regioni abbiano manifestato specifico interesse circa l'istituzione di detta scuola di specializzazione. Appare pertanto percorribile la strada di una revisione dei percorsi formativi e didattici del corso di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione mediche prevedendo al loro interno un'adeguata formazione nella medicina di genere che fungerebbe da volano per il trasferimento di nuove conoscenze e pratiche nella didattica, nella formazione e nell'aggiornamento dei professionisti sanitari. In tale ottica gli atenei potrebbero attivare corsi di aggiornamento e master universitari di medicina di genere. A fronte di queste ipotesi per il futuro, la tutela della salute della donna rimane impegno di valenza strategica del Servizio sanitario nazionale, come provato dai piani sanitari nazionali e dal progetto obiettivo materno-infantile del 2000 che, fra l'altro, assegnano un ruolo centrale alla rete dei consultori. Tra le azioni poste in essere dal Ministero, ricorda la legge finanziaria per il 2007, che ha istituito un Fondo per la rimozione degli squilibri sanitari fra le regioni con lo stanziamento di specifiche risorse per la salute della donna; il disegno di legge, attualmente all'esame della Camera dei deputati, per la tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato; il progetto ministeriale per la sorveglianza sugli stili di vita ed i comportamenti salutari dell'età evolutiva. Sono inoltre in fase di elaborazione la modifica del sistema di rilevazione dei dati statistici per genere e per indicatori sociali ed economici; il piano per la creazione dello spazio adolescenti nei consultori familiari; l'apertura di sportelli contro la violenza sulle donne su tutto il territorio nazionale all'interno dei pronto soccorso ospedalieri di maggiore affluenza. Infine le commissioni ministeriali dedicate alla salute della donna hanno adeguatamente sottolineato la necessità di tenere presenti le differenze di genere nell'organizzazione dei servizi sanitari, nella ricerca e nel trattamento delle patologie,

nonché l'importanza di fattori di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile. *(Applausi dai Gruppi Ulivo e IU-Verdi-Com e delle senatrici Bianconi e Negri).*

PRESIDENTE. Passa alla votazione delle mozioni.

SILVESTRI *(IU-Verdi-Com)*. Le questioni di genere, chiamando in causa il rapporto tra i sessi, le relazioni di potere, l'autodeterminazione individuale, interrogano anche gli uomini. Il movimento femminista ha avuto il merito di mettere in discussione la neutralità della scienza, l'oggettività dell'economia, la misurazione del benessere in base a parametri quantitativi. Il pensiero della differenza, rivendicando il primato della cura sulle pulsioni distruttive, il ruolo della soggettività nella critica del potere e la centralità dell'empatia nella costruzione di nuove relazioni, ha ispirato anche movimenti ecologici e pacifisti. *(Applausi dai Gruppi IU-Verdi-Com, Ulivo, RC-SE e FI e dai banchi del Governo. Congratulazioni).*

ALBERTI CASELLATI *(FI)*. Annuncia il voto favorevole di Forza Italia alle mozioni sulla medicina di genere. Dopo la scoperta che lo studio delle patologie cardiovascolari è misurato su soggetti di sesso maschile e dopo che l'Organizzazione mondiale della sanità ha richiamato l'attenzione sulla sottovalutazione della diversità femminile, è maturata una nuova consapevolezza sul rapporto tra pari opportunità e ricerca medica. Per migliorare la salute complessiva della popolazione è necessario conoscere la differenza femminile e studiare le terapie farmacologiche in funzione delle variazioni ormonali. *(Applausi dai Gruppi FI, Ulivo e RC-SE).*

BAIO *(Ulivo)*. Per lungo tempo la specificità femminile è stata riconosciuta dalla medicina limitatamente alla funzione riproduttiva e la ricerca ha assunto il punto di vista maschile quale parametro di valutazione. Dopo la pubblicazione di studi sulla discriminazione delle donne nella cardiologia si è affermata la coscienza della necessità di studi di genere, ma l'Italia fa registrare un ritardo inaccettabile nella istituzione di corsi specifici presso le facoltà di medicina. Annuncia voto favorevole alle mozioni che, con sfumature diverse, rafforzano le iniziative a favore delle donne assunte dal ministro Turco. *(Applausi dai Gruppi Ulivo e IU-Verdi-Com).*

*Con distinte votazioni il Senato approva le mozioni nn. 45, 87 (testo 2) e 89. (Generali applausi).*

### Sui lavori del Senato

BOCCIA Antonio (*Ulivo*). In relazione ad esigenze manifestate all'inizio della seduta, chiede alla Presidenza di modificare, previa intesa dei Gruppi, gli orari delle sedute di domani.

PRESIDENTE. In relazione ad un accordo intervenuto tra i Gruppi, la seduta antimeridiana di domani terminerà alle ore 14 e la seduta pomeridiana avrà inizio alle ore 17 e si concluderà alle ore 21.

### Discussione delle mozioni nn. 88, 90 e 94 sul papilloma virus

#### Approvazione delle mozioni nn. 88 (testo 2), 90 e 94 (testo 2)

TOFANI (*AN*). Illustra la mozione n. 88, finalizzata a rendere accessibile l'acquisto del vaccino capace di impedire l'infezione papilloma virus, responsabile di un'elevata percentuale di tumori al collo dell'utero. Per disposizione del Ministero della salute soltanto le dodicenni potranno disporre gratuitamente del farmaco: la mozione impegna il Governo ad estendere la gratuità del vaccino alle ragazze in età compresa tra i 13 e i 26 anni. (*Applausi dal gruppo AN*).

BIANCONI (*FI*). Molti tumori sono causati da agenti infettivi e la scoperta del vaccino contro il virus HPV riveste notevole importanza. Il ministro della salute Livia Turco ha previsto la vaccinazione gratuita per le dodicenni; la mozione n. 90 prevede soluzioni per contenere il costo del farmaco, renderlo alla portata di tutte le donne ed estendere così la prevenzione.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Dà lettura di una riformulazione della mozione n. 94, che impegna il Governo a predisporre azioni di sensibilizzazione in merito alla prevenzione del cancro alla cervice uterina e ad assumere iniziative per ridurre il costo del vaccino contro il papilloma virus.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

MONACELLI (*UDC*). Dopo l'impegno assunto in Senato dal ministro Turco, l'Agenzia italiana del farmaco ha autorizzato la commercializzazione del primo vaccino contro il papilloma virus HPV, che somministrato nel corso di campagne di vaccinazione mirate e sorretto dalle moderne metodologie di diagnosi precoce potrà efficacemente contrastare l'insorgere di tumori alla cervice uterina. Visto che il Ministero della salute prevede la vaccinazione gratuita delle bambine di 12 anni, esprime l'auspicio che il Governo si adoperi per ridurre il prezzo favorendo così la prevenzione anche delle donne fino ai 26 anni. (*Applausi dai Gruppi UDC e FI*).

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). La comprovata inefficacia del vaccino su soggetti che abbiano già contratto il virus ha spinto il ministro Turco a limitarne la gratuità alle dodicenni; inoltre, poiché l'efficacia del vaccino è limitata a due ceppi virali resta in ogni caso fondamentale la prevenzione ottenuta tramite la diffusione di campagne pubbliche di sensibilizzazione e l'adozione di idonee pratiche di monitoraggio. (*Applausi dai Gruppi RC-SE e Ulivo*).

CURSI (*AN*). A fronte della lodevole celerità con la quale è stato reso disponibile il vaccino in Italia, contrariamente alle dichiarazioni del Ministro al momento nessuna Regione ne propone la somministrazione gratuita, né sono note le azioni poste in essere sinora dal Governo perché questa avvenga su base regionale anche nei confronti delle donne fino ai 26 anni di età, in consonanza col recente parere del Consiglio superiore di sanità. Nell'auspicare l'approvazione delle mozioni presentate, si augura che il Governo possa rapidamente superare alcune problematiche di ordine economico da affrontare in sede di Conferenza Stato-Regioni. (*Applausi dal Gruppo Alleanza Nazionale*).

PRESIDENTE. Dichiara chiusa la discussione.

GAGLIONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ricorda le ragioni che hanno indotto il Governo a prevedere il regime di gratuità del farmaco per le bambine di età pari a 12 anni, in particolare l'esigenza di contrastare il possibile contagio prima dell'inizio dell'attività sessuale; ciò in coerenza con le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità contestualizzate alla realtà italiana, per usufruire delle medesime strutture che erogano le vaccinazioni dell'infanzia. Dà notizia della costituzione di uno specifico gruppo di lavoro per l'elaborazione di raccomandazioni nazionali per la vaccinazione anti HPV.

PRESIDENTE. Per favorire l'economia dei lavori, chiede che il Sottosegretario allegi agli atti il proprio intervento e passi ad esprimere i pareri del Governo sulle mozioni presentate.

GAGLIONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Accoglie la proposta del Presidente ed esprime parere favorevole sulle mozioni nn. 90 e 94. Esprime parere favorevole anche sulla mozione n. 88, chiedendo al proponente una modifica del dispositivo.

TOFANI (*AN*). Accetta la modifica proposta dal rappresentante del Governo.

PRESIDENTE. Passa alla votazione delle mozioni.

BAIO (*Ulivo*). Chiede di poter allegare agli atti la propria dichiarazione di voto. (*v. Allegato B*).

*Con distinte votazioni, il Senato approva le mozioni nn. 88 (testo 2), 90 e 94 (testo 2).*

PRESIDENTE. Dà annunzio degli atti di sindacato ispettivo pervenuti alla Presidenza (v. *Allegato B*) e comunica l'ordine del giorno delle sedute del 18 aprile.

*La seduta termina alle ore 19,55.*



## RESOCONTO STENOGRAFICO

### Presidenza del presidente MARINI

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 16,32*).  
Si dia lettura del processo verbale.

LADU, *segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 12 aprile.

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.

### Preannuncio 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 16,34*).

### Calendario dei lavori dell'Assemblea, variazioni

PRESIDENTE. Prima di passare alla trattazione degli argomenti all'ordine del giorno, comunico che la Conferenza dei Capigruppo, riunitasi questa mattina, ha approvato all'unanimità alcune modifiche al calendario corrente, stabilendo anzitutto di trasferire presso le Commissioni riunite esteri e difesa – nella data che le Commissioni medesime concorderanno

con il Governo – le comunicazioni previste in Aula per oggi pomeriggio, al fine di consentire una più ampia trattazione delle tematiche connesse alla liberazione del giornalista Daniele Mastrogiacomo.

Per il resto rimane confermato il calendario, salvo gli orari della seduta antimeridiana di giovedì 19 aprile (dalle ore 9 alle ore 11,30) e la ripresa dei lavori, nella settimana successiva alla prossima, a partire dalle ore 16 di mercoledì 2 maggio. È stato ribadito che la prossima settimana sarà riservata ai lavori delle Commissioni.

Infine, la Conferenza dei Capigruppo ha dato mandato al Presidente di valutare, in relazione all'andamento dei lavori e al *quorum* richiesto, la data di inserimento delle votazioni per il diniego di autorizzazione a procedere nei confronti dell'ex ministro Marzano e degli altri coimputati.

MANZIONE (*Ulivo*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MANZIONE (*Ulivo*). Signor Presidente, già la scorsa settimana, insieme ai colleghi D'Amico e Formisano, mi ero premurato di chiedere ad alcuni Capigruppo di tenere in debito conto il fatto che per la giornata di domani pomeriggio è prevista una manifestazione della Costituente per il partito democratico, onde tentare, eventualmente, di anticipare ad oggi pomeriggio e a domani mattina le votazioni sul disegno di legge di conversione del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, sul ripiano del settore sanitario. Infatti, diversi colleghi dell'Unione dovrebbero partecipare a tale manifestazione e, quindi, signor Presidente, non potranno essere fisicamente presenti in Aula domani pomeriggio.

Ho dovuto, però, riscontrare, dopo aver ascoltato le modifiche introdotte questa mattina dalla Conferenza dei Capigruppo, che il calendario dei nostri lavori prevede ancora l'esame del decreto a partire da domani mattina con votazioni previste fino a domani sera.

Per tale ragione, signor Presidente, mi rivolgo alla sua cortesia per chiederle, ove possibile, di prevedere, nell'ambito dei suoi poteri di organizzazione dei nostri lavori d'Aula, che le votazioni qualificate eventualmente previste nella seduta pomeridiana di domani non abbiano inizio prima delle ore 18,30, in considerazione del fatto che la nostra manifestazione avrà inizio domani, alle ore 16, in piazza Montecitorio.

È evidente, signor Presidente, che la nostra richiesta confida anche sulla cortesia istituzionale e sulla disponibilità di tutti i Presidenti dei Gruppi parlamentari.

PRESIDENTE. Senatore Manzione, questo argomento, come da lei ricordato, è stato affrontato nella riunione dei Capigruppo precedente a quella di stamattina. Debbo dire che abbiamo valutato, con piena disponibilità e cortesia, la richiesta per la quale lei ha usato toni così distesi; il suo accoglimento, però, fisserebbe un principio difficilmente governabile per il futuro.

Noi abbiamo ribadito di prestare sempre attenzione allo svolgimento formale dei congressi dei partiti. Per questo motivo, abbiamo ridotto la durata della seduta antimeridiana del 19 aprile. Iniziative di altra natura, sia pure importanti e rilevanti, non possono costituire elemento di condizionamento o di riduzione dei lavori dell'Assemblea. Abbiamo deciso in tal senso nella Conferenza dei Capigruppo e io stesso ho condiviso questa posizione.

MELE (*Ulivo*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MELE (*Ulivo*). Signor Presidente, vorrei riprendere l'argomento per le ragioni che ora esporrò. Se non ricordo male, durante lo svolgimento dei congressi dei partiti, era prassi sospendere i lavori del Parlamento tutta la settimana, dal momento che lo svolgimento formale dei congressi non comprende solo il giorno di inizio, ma anche quelli per la loro preparazione.

Lo stesso discorso vale tanto per il senatore Manzione quanto per molti di noi, per i quali il congresso di Firenze non comincerà giovedì, ma prima, con le riunioni dei delegati, rispetto alle quali riscontriamo un impedimento.

Adesso, invece, si procede diversamente. Deve, però, essere chiaro che, in occasione di importanti congressi di partito, nella settimana interessata dovrebbe sussistere la possibilità per tutti, come da tradizione, di parteciparvi nel pieno delle funzioni.

Quindi, prego la Presidenza di tener conto di questo aspetto molto delicato. Ad esempio, non potremo partecipare a una riunione, per noi molto importante, che si svolgerà domani a Firenze.

PRESIDENTE. Ribadisco quanto già detto poco fa. Accolgo la raccomandazione per il futuro, ma abbiamo valutato lo svolgimento dei congressi e abbiamo fissato i tempi a voi comunicati oggi pomeriggio. Resta il fatto che iniziative diverse dallo svolgimento dei congressi, che possono interessare qualsiasi componente di questa Assemblea (e ciò si verifica continuamente), non possono condizionare i lavori dell'Assemblea.

Quindi, così è stato. Sono dispiaciuto, ma tale è la decisione che abbiamo assunto.

**Seguito della discussione delle mozioni nn. 51, 68 (testo 2), 82 (testo 2) e 91 sull'industria agroalimentare (ore 16,40)**

**Approvazione delle mozioni nn. 51, 68 (testo 2) e 82 (testo 2) e approvazione, con modificazioni, della mozione n. 91**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione delle mozioni 1-00051, della senatrice De Petris ed altri, 1-00068 (te-

sto 2), dei senatori Polledri ed altri, 1-00082 (testo 2), del senatore Marcora ed altri, e 1-00091, del senatore Scarpa Bonazza Buora ed altri, sull'industria agroalimentare.

Ricordo che nella seduta antimeridiana del 12 aprile i presentatori hanno illustrate le varie mozioni ed ha avuto luogo la discussione.

Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo.

MONGIELLO, *sottosegretario di Stato per le politiche agricole alimentari e forestali*. Signor Presidente, signori senatori, ciascuna delle mozioni presentate sull'industria agroalimentare reca la firma di esponenti di diversi schieramenti politici ed è rappresentativa un po' di tutti i Gruppi parlamentari del Senato. È questo un aspetto molto significativo e importante, nel senso che nel Senato e tra i Gruppi parlamentari del Senato c'è una consapevolezza che il bene prodotto agricolo può essere difeso se c'è una convergenza utile dei Gruppi parlamentari. L'agricoltura italiana si difende, rispetto alla competizione all'interno della Comunità Europea che non sempre è propensa ad accogliere e a rispondere in termini ottimali e positivi alle esigenze del comparto agricolo, non dividendosi.

In tal senso, si rende necessaria da parte del Governo una risposta senz'altro positiva alle mozioni presentate. In particolare, per quanto riguarda la mozione n. 51, presentata dalla senatrice De Petris e da altri senatori, che pone l'esigenza di etichettatura del prodotto agricolo in un momento in cui c'è una corsa in alcune zone e Paesi, non soltanto in Europa, ma nel mondo intero, a determinare una contraffazione di tale prodotto, posso affermare che tale mozione centra il problema. Il Governo esprime pertanto parere favorevole.

Per quanto riguarda la mozione n. 68 (testo 2), che ha come primo firmatario il senatore Polledri, il parere del Governo è ugualmente favorevole, come pure sulla mozione n.82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori.

Per quanto concerne, invece, la mozione n. 91, presentata dal senatore Scarpa Bonazza Buora e da altri senatori, anche dopo un civile e costruttivo confronto con lo stesso senatore Scarpa Bonazza Buora, che anche in questa sede ha dimostrato di voler arrivare in termini unitari ad un consapevole voto sulla mozione presentata, il Governo chiede che la votazione avvenga per parti separate. Più specificamente, sul primo capoverso del dispositivo della mozione, dove si dice: «impegna il Governo: in sede di esame della proposta della Commissione...», il parere del Governo è favorevole. Il parere è ugualmente favorevole sul secondo capoverso del dispositivo, laddove si dice: «ad adoperarsi affinché l'OCM ortofrutta...», così come sul terzo capoverso, che inizia con le parole: «a sollecitare l'introduzione di disposizioni comunitarie...».

Per quanto attiene, invece, al quarto capoverso del dispositivo, laddove si dice: «ad adoperare affinché sia previsto il disaccoppiamento totale...», come ho già avuto modo di riferire al presentatore della mozione senatore Scarpa Bonazza, il parere del Governo è contrario.

Il parere è invece favorevole al quinto capoverso, dove si prevede l'impegno per il Governo: «ad agire affinché sia previsto l'obbligo di indicare l'origine della materia agricola nell'etichettatura dei prodotti trasformati», mentre per il sesto capoverso, come ho avuto modo, anche qui, di riferire al senatore Scarpa Bonazza, il parere è contrario.

Attraverso le mozioni si chiude un aspetto del problema e il Governo prende atto che, da parte dei Gruppi parlamentari, vi è una posizione unitaria e positiva per affrontare e risolvere i grandi problemi dell'agricoltura. (*Applausi della senatrice De Petris*).

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla votazione delle mozioni.

BARBATO (*Misto-Pop-Udeur*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BARBATO (*Misto-Pop-Udeur*). Signor Presidente, colleghi senatori, stiamo per esprimere il nostro voto sulle mozioni n. 51, 68 (testo 2), 82 (testo 2) e 91 – che accogliamo in parte rispetto alla mozione integrale, dato che non siamo d'accordo su alcuni punti, così com'è stato prospettato dal Governo – sull'industria agroalimentare.

I contenuti delle mozioni ed il dibattito sviluppatosi attorno ad esse, già anticipato nel corso degli approfonditi lavori della Commissione agricoltura, hanno dimostrato una sostanziale unitarietà di intenti tra maggioranza e opposizione per ciò che riguarda le problematiche e gli impegni che il Governo dovrà assumere nel settore agroalimentare, in particolare sull'industria conserviera del pomodoro e dei prodotti ortofrutticoli.

Voglio, quindi, porre l'accento, essendo già intervenuto sul merito delle mozioni in sede di discussione generale, sulla positività dei comuni intendimenti su alcuni fondamentali aspetti della nostra agricoltura, di politica agricola comunitaria ed internazionale; aspetti fondamentali dal punto di vista sociale, economico ed ambientale del nostro Paese ed in particolare per lo sviluppo del Mezzogiorno.

È bene, infatti, che vi sia un sostegno comune di queste mozioni orientate a favorire processi di concorrenza leale e di trasparenza e indrizzate, per mezzo della predisposizione di sistemi a garanzia dell'alta qualità dei prodotti e del rispetto delle norme igienico sanitarie, alla tutela del consumatore e della sua salute.

Concludendo, a nome del Gruppo Misto Popolari-Udeur, annuncio il voto favorevole sulle tre mozioni in oggetto, ovvero le nn. 51, 68 (testo 2) e 82 (testo 2), mentre sulla mozione n. 91 siamo favorevoli solo in parte, come è stato preannunciato, in accordo con il Governo. (*Applausi dal Gruppo Misto-Pop-Udeur e della senatrice De Petris*).

DE PETRIS (*IU-Verdi-Com*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE PETRIS (*IU-Verdi-Com*). Signor Presidente, intervengo per annunciare il voto favorevole del Gruppo Insieme con l'Unione-Verdi-Comunisti Italiani sulla mozione n. 51 sull'etichettatura, di cui sono prima firmataria, sulla mozione n. 82 (testo 2) e sulla mozione n. 68 (testo 2), di cui è primo firmatario il senatore Polledri, mentre per quanto riguarda la mozione n. 91 del senatore Scarpa Bonazza Buora siamo favorevoli solo in parte; sui due punti già segnalati dal sottosegretario Mongiello (disaccoppiamento totale e ultimo capoverso) esprimeremo, infatti, un voto contrario.

Dispiace, Presidente, che solo oggi pomeriggio il Senato possa avviarsi a concludere questo dibattito, ma credo sia stato fondamentale discutere queste mozioni in un momento cruciale per l'agricoltura italiana.

Vorrei ricordare a quest'Aula che stiamo parlando di un settore che non è in via di dismissione, come qualcuno pensa, ma di un settore ancora fondamentale per l'economia del nostro Paese. Il settore agroalimentare è il secondo comparto in Italia e grazie ad esso credo che possiamo vantare qualche elemento positivo nelle esportazioni.

Quindi, inviterei il Presidente, in un altro momento, a tenere una discussione sul settore in Assemblea plenaria, al di là di queste mozioni, con il ministro De Castro. Infatti, ritengo sia fondamentale che in quest'Aula si dia un ulteriore contributo, che pure queste mozioni danno ora in modo significativo.

Vorrei ringraziare il Governo perché con la mozione n. 51 si assume un impegno importante: l'impegno a portare avanti in Europa una battaglia per difendere l'indicazione dell'origine della materia prima sull'etichetta; si assume inoltre l'impegno, quando arriverà in questa sede (anzi, è stata già assegnata), la legge comunitaria per il 2007, a fare in modo che l'infausto articolo volto ad abrogare la legge n. 204 del 2004 venga eliminato. Pertanto, tutti insieme, così come abbiamo fatto con le mozioni, presenteremo un emendamento soppressivo in tal senso.

La battaglia sull'etichettatura è fondamentale e lega insieme l'interesse dei consumatori (se sta tanto a cuore all'Europa, questa è l'occasione per dimostrarlo), l'interesse dell'intero il sistema agricolo e – aggiungo io – l'interesse dell'agroindustria, poiché quest'ultima sa di non poter mantenere alcun primato e alcuna possibilità di competere a livello internazionale se non ha dietro di sé un forte settore agricolo. Questo lo dobbiamo sapere. Quindi, è una battaglia che deve vedere coinvolto tutto il Paese.

Devo dare atto al ministro De Castro che recentemente, anche nell'incontro con il suo collega spagnolo, si stanno facendo passi avanti. Penso, ad esempio, all'indicazione dell'origine della materia prima dell'olio d'oliva. Che ciò avvenga con la Spagna è importante, perché – com'è noto – è un Paese nostro concorrente. Credo che da questo punto di vista abbiamo le carte in regola, perché l'Europa dice, con chiarezza, che non si può indicare l'etichettatura, a meno che non vi sia un errore in cui verrebbe indotto il consumatore. Nel nostro caso, credo che di errori ve ne

siano moltissimi e che su questi si alimenti un vasto mercato della contraffazione. Sapete perfettamente che nelle esportazioni (soprattutto negli Stati Uniti) sono più i prodotti contraffatti come *made in Italy* che quelli originali *made in Italy*. Si tratta dunque di un problema assolutamente cruciale.

Aggiungo che stiamo per affrontare una riforma come quella dell'OCM vino. Il vino è uno dei settori di punta delle nostre esportazioni. Colgo dunque l'occasione per rivolgere un appello al ministro Ferrero, che ha pensato di prevedere etichette sugli alcolici, per ricordargli che il vino è un nostro settore di punta per l'esportazione e che non ha nulla a che fare con altri danni alla salute.

Per quanto riguarda le altre mozioni, è importante che il Senato si sia espresso e abbia discusso alla vigilia di una riforma così importante come quella dell'OCM ortofrutta, un settore in cui credo l'Italia occupi buone posizioni. Vorrei ricordare che per il pomodoro siamo i secondi produttori mondiali e che sull'ortofrutta eravamo, fino a poco tempo fa, forse i primi. In questo senso bisogna andare avanti con serietà e non assumendo atteggiamenti che possono essere preclusivi degli interessi del comparto.

Vorrei dire con chiarezza – mi rivolgo anche al senatore Scarpa Bonazza Buora – che è di oggi la notizia, proveniente dal Lussemburgo, secondo cui si sta raggiungendo un accordo, abbastanza simile a quello che indichiamo nella mozione, per proseguire sulla strada del disaccoppiamento totale; per una serie di settori, però – penso, ad esempio, alla trasformazione – credo si debba giungere ad una soluzione seguendo il principio della flessibilità – quindi, con cautela e per un periodo breve – anche ricorrendo al disaccoppiamento parziale. Dobbiamo procedere in tal modo perché – ripeto – su alcuni settori dobbiamo essere cauti.

Al contrario del senatore Scarpa Bonazza Buora, anch'io ero molto perplessa – devo dire che ho mantenuto alcune mie perplessità – sulla scelta del disaccoppiamento totale, perché nel campo dei cereali ci è costato e credo ci costerà ancora. Quindi, non capisco perché oggi si dica: siccome abbiamo fatto degli errori una volta, adesso dobbiamo continuare farli. Anch'io – ripeto – avevo delle perplessità sul disaccoppiamento, per questo, ritengo che questa volta nella riforma dell'OCM ortofrutta si debba essere prudenti e si debbano individuare, nel giro di poco tempo, strumenti idonei ad accompagnare i cambiamenti.

Nella proposta di riforma vi sono sicuramente alcuni punti, come ad esempio quello relativo alle organizzazioni dei produttori (OP), che sono importanti, soprattutto in questo settore in cui vi è un'altissima frammentazione nella trasformazione.

Aggiungo che le risorse disponibili per la riforma sono sempre le stesse e questo non può funzionare; infatti, se le OP si devono occupare anche delle calamità, delle eccedenze e degli interventi relativi alle crisi di mercato, credo sia necessario prevedere un'iniziativa per aumentare queste stesse risorse.

Concludo sottolineando che il ministro De Castro – che saluto con piacere – ha assunto l'impegno di affrontare nella stessa riforma dell'OCM del settore ortofrutticolo un'altra questione fondamentale, quella

cioè della trasparenza e della tracciabilità dei prodotti alimentari, soprattutto con l'etichettatura di origine per le conserve vegetali e i succhi di frutta.

Dobbiamo intraprendere questa strada ben sapendo che non è soltanto interesse dell'Italia, ma anche dell'Europa: infatti, anche i prodotti europei possono reggere la competizione in un sistema così globalizzato soltanto se puntano alla qualità e quindi alla riconoscibilità della qualità. Se qualcuno ritiene possibile continuare a competere sul piano dei costi, deve spiegarmi come fare. A mio avviso, si tratta di una strada obbligata.

Credo che l'Italia, da questo punto di vista, possa avere le carte in regola per fare in modo che la Commissione europea torni indietro rispetto ad alcune idee un po' strane – per così dire – sull'etichettatura. Ribadisco che tutto ciò è nell'interesse dell'agricoltura italiana, ma anche di quella europea, consumatori ed agricoltori. (*Applausi dai Gruppi IU-Verdi-Com e Ulivo*).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi prego di abbassare il tono di voce. Oggi l'Aula non è molto affollata, ma arriva comunque un mormorio che disturba.

POLLEDRI (*LNP*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

POLLEDRI (*LNP*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, onorevoli colleghe e colleghi, il Paese del sole non poteva dividersi sul suo frutto prediletto, cioè il pomodoro. Con una certa soddisfazione sottolineo che anche la nebbiosa Padania dà un forte contributo; ad esempio, dalla mia piccola terra, Piacenza, arriva il 10 per cento del pomodoro, che magari non compete con quello proveniente da zone più assolate del Paese, ma credo sia comunque gradito e ben accetto.

Ritengo vi sia stata un'encomiabile volontà politica di affrontare il futuro dell'industria di trasformazione italiana, presentandoci compatti con un mandato al Governo di fronte all'Europa per raggiungere determinati risultati. In particolare, è stato chiesto al Governo di difendere – lo vogliamo fare tutti insieme – il futuro industriale del Paese in questo settore: abbiamo un presente industriale nella trasformazione, soprattutto del pomodoro, e siamo – mi auguro ancora a lungo – il secondo Paese produttore del mondo; una buona quota del commercio nazionale deriva da questo settore. Peraltro, sottolineo che si tratta di un settore di eccellenza per l'organizzazione del lavoro e quindi per l'organizzazione della filiera e del rapporto oggi esistente tra chi produce il pomodoro, le industrie che trasformano e il consumatore.

Come è stato ricordato anche da altri colleghi, si tratta di un rapporto difficile, perché le maglie della competizione oggi portano chi produce a dover vedere sempre più ridotto il proprio margine di utilità, ma c'è ancora una gran parte dell'industria di questo settore che è onesta, che ha



investito in innovazione, che ha un rapporto corretto con i produttori agricoli, cioè paga (nel Paese magari c'è anche chi non paga i conti ai produttori agricoli), e che produce il vero pomodoro trasformato.

Nella passata legislatura c'è stata un'innovazione, cioè è stato stabilito esattamente cosa sia la passata di pomodoro. Qualcuno, infatti, ancora non lo sapeva, visto che la passata veniva fatta con il concentrato di pomodoro cinese, allungato con l'acqua e poi spacciato alle massaie per passata di pomodoro.

Ecco, così come questo non può più avvenire, noi chiediamo che possa esservi un rapporto di correttezza in tutta Europa e quindi abbiamo chiesto al Governo, nella trattativa per l'ortofrutta a livello europeo, di dare quello che è uno dei nostri contributi: un rapporto trasparente con il consumatore. Noi vogliamo che sia scritto sull'etichetta da dove proviene il pomodoro che gira per l'Europa: se è pomodoro cinese, che sia scritto che è cinese; se è pomodoro italiano, che sia scritto che è italiano. È una piccola rivoluzione, che costa poco, ma che consentirà di mantenere la nostra industria di trasformazione.

In secondo luogo, abbiamo chiesto dei compartimenti stagni, nel senso cioè che nella ripartizione dei fondi europei si mantengano i comparti fermi, che ciò che viene assegnato ad un settore non sia preso da un altro, per evitare quindi il gioco delle tre carte, dei bussolotti, degli spostamenti dell'ultimo momento che possono favorire gli amici degli amici, ma non sicuramente il settore.

Abbiamo chiesto, poi, un maggior controllo alle frontiere e anche la possibilità (abbiamo tanto parlato di tesoretto) di identificare risorse certe, magari anche aggiuntive, da parte del Governo, per poter mantenere la nostra industria, tenendo presente che vi è un'industria sana, concentrata soprattutto al Nord, e una che ha invece bisogno di ristrutturarsi, quella del Sud, che è un'industria di piccole dimensioni, che ancora oggi purtroppo non ha raggiunto un buon livello di trasparenza produttiva e che deve camminare con le sue gambe mantenendo un migliore rapporto con la produzione.

La Lega voterà a favore della mozione della senatrice De Petris, perché (abbiamo condotto questa battaglia nella passata legislatura) condivide l'indicazione obbligatoria dell'etichettatura. Voterà, ovviamente, a favore della mozione della Lega; voterà la mozione del collega Marcora, che ha trovato un buon punto di equilibrio e che addirittura dice qualcosa di leghista e di importante, quando invita a potenziare i controlli alle frontiere per la verifica sui prodotti ortofrutticoli importati da Paesi extraeuropei. Quindi, su questo votiamo alzando la mano due volte, se così si può dire.

Voteremo poi a favore della mozione del collega Scarpa Bonazza Buora, che parla di disaccoppiamento totale. Il Governo ha identificato la forma del disaccoppiamento parziale: crediamo sia un compromesso accettabile, tenendo presente che c'è una parte del Paese che è in grado di reggere il disaccoppiamento totale ed un'altra che ancora oggi non potrebbe reggerlo. È una soluzione di compromesso intelligente che ci sen-

tiamo di appoggiare. Comunque, voteremo anche a favore della mozione del collega Scarpa Bonazza Buora, perché crediamo sia redatta con una grande competenza, che gli deriva anche da un servizio presso il precedente Governo sicuramente apprezzato e che ha lasciato un buon ricordo, e che ha approfondito anche altri aspetti, come quella delle misure finanziabili. (*Applausi dai Gruppi LNP, FI e AN*).

### **Presidenza del vice presidente CALDEROLI (ore 17,02)**

ALLEGRINI (AN). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALLEGRINI (AN). Signor Presidente, Alleanza Nazionale voterà a favore di tutte e quattro le mozioni, presentate a prima firma dai colleghi De Petris, Polledri, Marcora e Scarpa Bonazza Buora, per le motivazioni che abbiamo ampiamente illustrato in sede di discussione generale. Tutte le mozioni, infatti, sia pure con sensibilità e sfumature diverse, pongono l'accento su due problemi fondamentali dell'agricoltura italiana: quello del mantenimento dei livelli di qualità (quindi, la tutela della qualità del prodotto italiano) e quello conseguente alla riforma dell'OCM ortofrutta e quindi il disaccoppiamento.

In particolare, il problema dell'etichettatura, trattato nella mozione De Petris anche a proposito dell'olio d'oliva, è ripreso dalla mozione Polledri per quanto attiene la provenienza del pomodoro trasformato.

Da sempre il pomodoro è un *testimonial* nel mondo del *made in Italy* ed Alleanza Nazionale è particolarmente preoccupata che, in occasione, appunto, dell'applicazione del disaccoppiamento, possano unirsi le sorti degli agricoltori e quelle degli industriali, verificandosi da una parte un calo di produzione e, quindi, la diminuzione degli occupati in agricoltura, dall'altra la riduzione degli impianti di trasformazione che già nell'ultimo quinquennio sono diminuiti del 20 per cento: da 200 sono diventati 180.

Per quello che attiene al disaccoppiamento, le soluzioni lievemente diverse proposte dalla mozione a prima firma del senatore Marcora e da quella presentata dal senatore Scarpa Bonazza Buora dimostrano quali diverse problematiche possiamo incontrare in giro per l'Italia in relazione all'eventualità dell'immediata applicazione del disaccoppiamento.

Alleanza Nazionale ritiene che, o un breve ritardo – così come proposto dalla mozione del senatore Marcora – nell'applicazione del disaccoppiamento totale o, comunque, misure di accompagnamento al disaccoppiamento possano aiutare l'agricoltura italiana a sopportare il colpo che, in ogni caso, il disaccoppiamento recherà al settore e, nel caso specifico, nell'ambito della riforma del sistema ortofrutticolo.

Alleanza Nazionale chiede che il Governo si impegni, nelle sedi opportune, al mantenimento del livello occupazionale attuale, sia per quanto riguarda le imprese agricole, sia per quanto riguarda quelle industriali, e saluta con favore anche il mantenimento del *budget* finanziario previsto dalla riforma.

Per tale motivo, voteremo a favore di tutte e quattro le mozioni. (*Applausi dai Gruppi AN, FI, RC-SE e della senatrice De Petris*).

SCARPA BONAZZA BUORA (*FI*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SCARPA BONAZZA BUORA (*FI*). Signor Presidente, onorevoli colleghi, innanzitutto mi sia consentito rivolgere un ringraziamento affettuoso e sincero al collega Polledri che ha voluto ricordare la mia modesta esperienza di Governo.

Passando al punto che è stato ampiamente trattato durante la seduta di giovedì scorso, mi piace ricordare che abbiamo svolto un dibattito sicuramente molto approfondito, sereno e allo stesso tempo particolarmente tecnico e questo ci ha permesso di consolidare le nostre opinioni, confrontarle e anche – se possibile – perfezionarle, in uno spirito assolutamente unitario e positivo, atto a conferire al ministro De Castro un viatico importante, per il tramite di questo ramo del Parlamento, che lo possa rinsaldare in funzione della difficile trattativa che si terrà, di qui a qualche mese, in sede comunitaria per la riforma dell'OCM vitivinicolo e ortofrutticolo.

Si preannunciano per il Governo e per il Ministro delle politiche agricole mesi di fuoco, durante i quali anche noi parlamentari italiani dovremmo fare ciò che normalmente fanno i parlamentari degli altri Paesi con grandi agricolture come la nostra: fare squadra e «quadrato», senza nasconderci le diversità che indubbiamente esistono, ma cercando di perseguire un'attività negoziale che si rivelerà estremamente complessa.

Non voglio ritornare sui punti che sono stati già toccati. Come abbiamo detto giovedì scorso, vi sono alcune sfumature, evidenziate anche in alcuni interventi di oggi pomeriggio: in particolare, mi riferisco – non lo nascondo – alla vicenda del disaccoppiamento totale o parziale, oppure totale ma prolungato e posticipato.

Chi mi conosce e segue il dibattito di politica agricola nazionale sa che la mia posizione e quella di Forza Italia è sempre stata, negli anni precedenti alla riforma di metà periodo della politica agricola comunitaria, assolutamente contraria al disaccoppiamento, paventando i risultati negativi che purtroppo si sono verificati – arrivo subito a lei, senatrice De Petris – in alcuni settori della nostra agricoltura, ad iniziare dai seminativi.

Se il disaccoppiamento ha un aspetto positivo (e ce l'ha) è quello di essere una misura inseribile nella *green box* in sede WTO, ben difficilmente attaccabile in sede multilaterale e, quindi, anche difendibile di fronte a passaggi negoziali ulteriori, sia quelli ora in corso a Ginevra,

sia quelli che ci vedranno protagonisti al momento della nuova *middle term review*, cioè fra un anno o due; a maggior ragione nel 2013, quando dovrà essere ripensata e rilanciata (ridimensionata finanziariamente e rilanciata per efficacia) la politica agricola comunitaria.

Ora è stata adottata, ma confermo che quella filosofia non mi piaceva. Quella filosofia ha portato a risultati complessivamente negativi. Di positivo, però – e questo va sicuramente riconosciuto – c'è il fatto che gli agricoltori oggi possiedono uno strumento che non distorce il mercato interno e che dà anche la possibilità, se mantenuto nel tempo, di programmare gli investimenti, lasciando alla fine gli imprenditori agricoli (piccoli, medi o grandi) liberi di poter organizzare le proprie attività, i propri investimenti.

Quella filosofia è stata sposata in modo anticipato pressoché dalla totalità dell'opinione politica agricola nazionale e comunitaria, in particolare dall'allora commissario europeo all'agricoltura Franz Fischler nel 2002-2003. Forse sarebbe stato opportuno attendere prima la conclusione dei negoziati WTO e, secondariamente, andare a fare una derivata e quindi costruire ed applicare una politica agricola comunitaria che potesse reggere nel tempo. Noi, invece, abbiamo fatto esattamente il contrario: prima abbiamo posto in essere una politica agricola comunitaria e poi siamo andati ai negoziati WTO sostenendo che avevamo già dato tutto e che non esisteva più alcuno spazio negoziale.

Da che mondo è mondo i negoziati non si fanno in questo modo. È evidente, quindi, che quando ci siamo presentati a Ginevra, a Cancun e ad Hong Kong i nostri interlocutori si sono complimentati per la nostra riforma, ma ci hanno invitato ad andare avanti con ulteriori concessioni; il che significa che decine, centinaia o migliaia di posti di lavoro per gli agricoltori autonomi e dipendenti vanno a farsi benedire.

Oggi quella filosofia è la stessa su cui si fonda la politica agricola comune. È una filosofia in parte criticabile, che indubbiamente presenta però dei vantaggi: Uno su tutti è la semplificazione. Vi è una notevole semplificazione burocratica che dev'essere colta anche dalle amministrazioni nazionali. La nostra amministrazione nazionale, onorevoli senatore Marcora e senatrice De Petris, non l'ha colta probabilmente con la dovuta prontezza e consequenzialità.

Manteniamo la nostra impostazione favorevole al disaccoppiamento totale, sapendo che oltretutto sulla nostra posizione, si ritrova gran parte degli agricoltori italiani, rappresentati dalle grandi organizzazioni storiche dell'agricoltura italiana, innanzitutto Coldiretti e Confagricoltura. Quindi, gran parte delle organizzazioni agricole del Paese in questo momento stanno guardando con attenzione alla posizione di Forza Italia e questo ci conferma nella convinzione di aver fatto bene a mantenere questa posizione.

Non mi dilungo sugli altri aspetti della nostra mozione, perché ampiamente trattati negli interventi di giovedì scorso. Annuncio che certamenteosterremo con la massima convinzione, senatrice De Petris, la sua mozione riguardante l'etichettatura obbligatoria. È una posizione tra-

dizionale, anche nostra, ma credo che sia una posizione totalitaria del Senato, dell'intero Parlamento e delle forze politiche italiane. È certamente un'impostazione totalitaria degli agricoltori italiani, che hanno bisogno di vedere difesi i propri prodotti senza misure protezionistiche, ma con misure che diano spazio alla valorizzazione della qualità del *made in Italy*, del prodotto in campagna dall'impresa agricola del nostro Paese.

Questa è una battaglia comune dell'Italia, una battaglia forte che abbiamo sostenuto anche ad Hong Kong quando ci siamo recati per le trattative, purtroppo concluse con un insuccesso, un anno e mezzo fa. Ricordo che allora l'Italia era molto isolata a livello comunitario. Ricordo i Consigli europei durante i quali il commissario europeo al commercio, Peter Mandelson, peraltro un carissimo amico, sorrideva alle nostre richieste di difendere le indicazioni geografiche, di valorizzare le produzioni tipiche e quindi l'etichettatura a tutela dell'agricoltore e della qualità dei suoi prodotti, nonché a difesa del consumatore che ha diritto di sapere cosa va a consumare.

Si tratta comunque di una battaglia comune a tutti noi e bene ha fatto la senatrice De Petris a presentare questa mozione, peraltro ripresa anche da altri colleghi. Anche un parte della nostra mozione afferma, con lo stesso linguaggio (e la cosa non ci meraviglia affatto e sappiamo anche perché), la necessità di sostenere l'etichettatura obbligatoria.

Per quanto riguarda la mozione il cui primo firmatario è il senatore Polledri, vi è una piccola sfumatura che mi differenzia da lui, come del resto ha detto lui stesso. Ciò però non ci impedisce di votare, come Gruppo Forza Italia, a favore di questa mozione, poiché mi sembra che il senatore Polledri abbia fatto una sintesi eccellente, ottimale tra le due posizioni in campo. Non abbiamo pertanto nessuna difficoltà ad uniformarci a questo tipo di impostazione: quindi, certamente disaccoppiamento totale, ma con qualche accorgimento. Qualcuno dice di prorogarlo nel tempo; io dico semmai di mettere in atto ogni strumento utile a fare in modo che la filiera non sia impoverita o dispersa: su questo vi è la massima disponibilità anche da parte nostra a lavorare. Quindi, l'impostazione filosofica – passate il termine di Polledri – rispecchi perfettamente anche il mio ed il nostro pensiero.

Sono d'accordo su moltissimi aspetti evidenziati dal senatore Marcora. Come ha fatto il Governo per la nostra mozione, chiediamo che sia votata per parti separate anche la mozione del collega Marcora. Preannuncio il voto contrario al primo capoverso del dispositivo; favorevole al secondo; di astensione sul terzo capoverso e favorevole sui restanti capoversi, essendo anche queste battaglie comuni che ci vedono tutti complessivamente e molto positivamente impegnati.

Credo che in questa occasione, nel momento di una riforma estremamente difficile dell'Organizzazione comune di mercato dell'ortofrutta, che rappresenta il 25 per cento dell'agricoltura italiana circa, abbiamo fatto un lavoro eccellente di collaborazione, franco, leale, con posizioni anche diverse, ma in uno spirito altamente costruttivo nell'interesse del nostro

Paese. (*Applausi dai Gruppi FI, LNP e dei senatori De Petris, Losurdo e Marcora*).

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

PIGNEDOLI (*Ulivo*). Signor Presidente, signor Sottosegretario, onorevoli colleghi, credo sia stato opportuno e tempestivo portare all'attenzione di quest'Aula le preoccupazioni che riguardano un settore importante come quello dell'ortofrutta; preoccupazioni che giungono in particolare dal settore del pomodoro da industria e dal settore agrumicolo.

Le cifre che indicano il ruolo economico della produzione ortofrutticola sono già state indicate nei testi delle mozioni e bastano ad illustrare l'importanza del comparto per l'intera economia italiana. Un settore, quello dell'ortofrutta, che rappresenta al tempo stesso: eccellenti realtà industriali di trasformazione; produzioni fortemente radicate nei territori; identità territoriali che non si misurano solo in fatturati, ma sono realtà che hanno modellato territori e paesaggi, stratificato tradizioni produttive di comunità nelle nostre Regioni del Sud e del Nord, che rappresentano valori non solo economici ma sociali e culturali (realtà che oggi sono attraversate da forti mutamenti, da esigenze di cambiamento del tutto inedite). Un settore che indica una dimensione importante in quantità di lavoro, in numero di addetti, significativo nella produzione e nella trasformazione.

Alla luce di questo quadro, è particolarmente importante oggi questo dibattito, queste prese di posizione, perché significa inserirsi autorevolmente in un confronto in tempo reale con l'Europa, che si sta accingendo a varare a breve una delle importanti riforme (assieme alla riforma del settore vitivinicolo): la revisione dell'organizzazione comune di mercato dell'ortofrutta; una riforma nella quale il nostro Paese, nel cuore del Mediterraneo, ricco di eccellenze di produzioni ortofrutticole, può e deve portare (in alleanza con altri Paesi mediterranei), scelte innovative capaci di incidere sugli indirizzi europei per una valorizzazione delle produzioni, specificità nazionali dei territori di produzione.

Il settore ortofrutticolo, come peraltro altre colture mediterranee, è già stato in passato penalizzato dalle regole comunitarie, della politica dei prezzi e dei mercati rispetto a produzioni continentali.

Ora la nostra posizione non è di contrapposizione all'architettura complessiva della riforma: com'è stato detto nel dibattito, ne condividiamo obiettivi generali e finalità. È condivisibile che si possa allargare al settore ortofrutta la strategia europea imboccata negli altri settori: politiche tese a ricondurre tutte le organizzazioni di mercato nel regime di pagamento unico aziendale ovvero a potenziare la capacità competitiva, l'orientamento al mercato, a rendere le produzioni sostenibili sia nel mercato interno che sui mercati esteri.

Non c'è dubbio: se si vuole dare prospettiva imprenditoriale, occorre passare sempre più dalla logica del sostegno alla produzione (che pur-

troppo spesso ha significato produrre per il sostegno) a un sostegno al reddito, ad incentivi che guardino alle dinamiche di mercato.

Del resto, è un dato che anche in questo settore le stesse politiche di aiuto alla produzione sono risultate inefficaci, portando ad un'estensione della produzione e della materia prima, ma, in parallelo, non favorendo uno sviluppo del sistema dell'esportazione e del sistema dell'aggregazione per l'immissione sui mercati.

Quindi, non c'è dubbio che un cambiamento di impostazione sia indispensabile. Tuttavia, come emerso da più interventi, non si condivide (vi è una forte preoccupazione in merito) la proposta di un passaggio immediato al cosiddetto disaccoppiamento totale, che porterebbe alla disarticolazione di interi settori e filiere, come quella del pomodoro, con conseguenze fortemente negative per l'occupazione e la stessa solidità delle filiere.

Riteniamo (anche in coerenza con le riforme europee fin qui approvate) sia indispensabile un adeguato periodo di transizione e di adattamento non traumatico, che tuteli i produttori storici di ortofrutta e li accompagni nella nuova fase. Devono infatti essere guardati con altrettanta attenzione i segnali che provengono da rilevazioni statistiche ed economiche per cui il disaccoppiamento totale ha provocato l'abbandono di territori, con conseguente effetto di degrado sociale e ambientale.

In quest'ottica evidenziamo con preoccupazione la situazione che si è determinata nella coltura degli agrumi, in aree spesso fragili sia dal punto di vista ambientale che economico. Il nuovo sistema, con un approccio immediato del disaccoppiamento, avrebbe come conseguenza di far scomparire diverse industrie, che, per dimensioni e per scarsa forza di strutture aziendali, richiedono percorsi e tempi adeguati per le riconversioni, per quelle innovazioni che riteniamo assolutamente indispensabili.

Pertanto, vogliamo invitare l'Unione Europea ad una riflessione approfondita sulle conseguenze delle proposte avanzate; ad una coerenza reale – come è stato detto – tra obiettivi enunciati dalla Commissione e risultati a seguito delle misure previste, la coerenza finanziaria soprattutto. Solleviamo perplessità quando si introducono nuove importanti misure nei programmi operativi, che condividiamo, misure innovative ma che, combinate con la permanenza di vincoli percentuali alla partecipazione di programmi operativi, portano a un'obiettivo diminuzione di risorse disponibili per gli investimenti e l'occupazione nel settore.

Di fatto, questo non rispetta il principio di invarianza di bilancio enunciato; di fatto si penalizza un settore che, al contrario, deve trovare risorse, misure, criteri per raggiungere le finalità enunciate: un'aggregazione dell'offerta per gestire al meglio le sfide del mercato e per ridurre la frammentazione del sistema agroalimentare; stabilizzare il reddito dei produttori e ridurre quelle incertezze e fluttuazioni che spesso sono causa di ostacolo all'ingresso di giovani imprenditori nel settore; tutelare l'ambiente e l'ecosistema con adeguati sistemi di produzione; promuovere il consumo di prodotti ortofrutticoli.

Riteniamo giusto e auspicabile che misure e azioni prevedano un potenziamento delle organizzazioni dei produttori come strumento di concentrazione dell'offerta e, ancora, un coinvolgimento delle organizzazioni dei produttori nella gestione delle crisi di mercato, con destinazioni di *budget* e risorse non all'interno delle risorse esistenti ma con risorse ulteriori.

C'è poi una domanda di equo rigore che arriva dal nostro sistema produttivo, sistema che proprio sulla qualità, sulle garanzie di provenienza e di corretti procedimenti di trasformazione, sulla sicurezza alimentare e l'informazione trasparente al consumatore vuole giocare il proprio futuro in Europa e nel mondo, come carattere distintivo, come carta d'identità del *made in Italy* agroalimentare. Questo rigore nei controlli e negli accreditamenti dev'essere garantito e dev'essere per tutti. La sfida della competitività si può proporre, si può affrontare se è certo che si basa su regole comuni. Devono essere considerati parametri fondamentali nelle norme di commercializzazione la garanzia dei consumatori, la garanzia rispetto alla provenienza del prodotto, la salubrità e le norme igieniche.

È per questo che l'Italia dev'essere convintamente in testa a quella battaglia che vuole introdurre nelle norme che regolano gli scambi internazionali la tracciabilità come misura di base per la gestione del rischio sanitario, come etica del commercio e del consumo, come diritto fondamentale alla conoscenza, ad una consapevolezza sempre crescente.

Per questo condividiamo i contenuti della mozione che impegna il Governo a sostenere e a riconfermare in sede comunitaria la validità della legge n. 204 del 2004, convinti che non siamo nel campo della concorrenza sleale o di ostacoli alla libera concorrenza, ma nell'ambito del diritto all'informazione e alla trasparenza. Siamo di fronte a un provvedimento volto ad assicurare un elevato livello di protezione rispetto a tutti i cittadini dell'Unione contro forme di concorrenza chiaramente sleali.

È emblematico l'esempio dell'olio d'oliva di origine vergine ed extravergine, un prodotto sul quale luogo di coltivazione, luogo di raccolta, pratiche tecniche di estrazione e luogo di estrazione incidono significativamente sul risultato finale, sulla qualità, sulle caratteristiche organolettiche.

Questo ci dice quanto sia importante l'informazione completa, puntuale, verso chi deve acquistare e consumare, quanto essa sia importante per rafforzare il controllo e contrastare con forza i troppi casi di frode e contraffazione nel settore ortofrutticolo e nel settore degli oli d'oliva in particolare.

Chiediamo quindi al nostro Governo di portare convintamente in Europa questa che vorremmo chiamare filosofia forte di posizioni politiche unanimi, del sostegno di associazioni di cittadini, di tanti consumatori, di chi non vuole rassegnarsi e tornare indietro a considerare il settore agroalimentare unicamente una strategia produttiva e da standardizzare, ma al contrario vuole non solo riconfermare la grande opportunità che il nostro Paese ha delle grandi differenze specifiche, ma portare in Europa – anche nel nord Europa – l'idea che sempre più, in un mondo che si sta



velocemente omologando, distintività, identità territoriali, consapevolezza alta dei consumatori, potranno indicare nuove sfide per l'intera Europa, potranno essere fattori decisivi per livelli innovativi di competizione. Sarà il modo per governare la globalizzazione senza rimanerne travolti e annullati.

Per questo motivo, il nostro Gruppo esprimerà un voto favorevole sulle mozioni n. 51, che ha come prima firmataria la senatrice De Petris, n. 68 (testo 2), che ha come primo firmatario il senatore Polledri, e n. 82 (testo 2), che ha come primo firmatario il senatore Marcora.

Sulla mozione n. 91, che ha come primo firmatario il senatore Scarpa Bonazza Buora, chiediamo una votazione per parti separate; condividiamo, infatti, la gran parte della mozione presentata, ma dissentiamo sui capoversi 4 e 6, sui quali abbiamo espresso valutazione differente. (*Applausi dai Gruppi Ulivo, RC-SE e IU-Verdi-Com*).

PRESIDENTE. Metto ai voti la mozione n. 51, presentata dalla senatrice De Petris e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 68 (testo 2), presentata dal senatore Polledri e da altri senatori.

**È approvata.**

C'è una richiesta del senatore Scarpa Bonazza Buora di votare la mozione n. 82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori, per parti separate. Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Metto pertanto ai voti la prima parte della mozione n. 82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori, fino alle parole «impegna il Governo».

**È approvata.**

Metto ai voti, mediante procedimento elettronico senza registrazione dei nomi, il primo capoverso del dispositivo della mozione n. 82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori.

Dichiaro aperta la votazione.

*(Segue la votazione).*

**Il Senato approva.**

Metto ai voti, mediante procedimento elettronico senza registrazione dei nomi, il terzo capoverso del dispositivo n. 82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori.

Dichiaro aperta la votazione.

*(Segue la votazione).*

**Il Senato approva.**

Metto ai voti, mediante procedimento elettronico senza registrazione dei nomi, le restanti parti del dispositivo della mozione n. 82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori.

Dichiaro aperta la votazione.

*(Segue la votazione).*

**Il Senato approva.**

Metto ai voti, mediante procedimento elettronico senza registrazione dei nomi, la mozione n. 82 (testo 2), presentata dal senatore Marcora e da altri senatori, nel suo complesso.

Dichiaro aperta la votazione.

*(Segue la votazione).*

**Il Senato approva.**

Procediamo ora alla votazione per parti separate della mozione n. 91.

Metto ai voti il quarto capoverso del dispositivo della mozione n. 91, presentata dal senatore Scarpa Bonazza Buora e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'ultimo capoverso del dispositivo della mozione n. 91, presentata dal senatore Scarpa Bonazza Buora e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti le restanti parti della mozione n. 91, presentata dal senatore Scarpa Bonazza Buora e da altri senatori.

**Sono approvate.**

Metto ai voti la mozione n. 91, presentata dal senatore Scarpa Bonazza Buora e da altri senatori, nel suo complesso.

**È approvata.**

**Per comunicazioni del Governo sulla chiusura  
della Manifattura tabacchi di Rovereto**

DIVINA (LNP). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DIVINA (*LNP*). Signor Presidente, vorrei informare l'Assemblea che ieri un'azienda di Rovereto, che lavora da più di 150 anni, ha chiuso i battenti. Si tratta della ex Manifattura tabacchi di Rovereto che, dopo la dismissione dei Monopoli di Stato, è stata acquistata dalla British American Tobacco.

Questa azienda stranamente ha più di uno stabilimento sul territorio nazionale, tra i quali uno a Lecce. I dati forniti alle maestranze dai sindacati evidenziavano che lo stabilimento di Lecce era fortemente penalizzato; era la struttura con le peggiori *performance* economiche; viceversa, quello di Rovereto aveva la massima redditività. È sembrato quindi molto strano che un'azienda vada a chiudere l'unico ramo aziendale sostanzialmente in attivo. Gli stessi sindacati sembra abbiano ipotizzato fortissime ingerenze da parte di ambienti governativi dell'Unione. Parlando in questi termini, e ricordando che Lecce, tra l'altro, è anche il collegio elettorale del ministro D'Alema, viene da pensare che l'operazione non si è svolta nella massima trasparenza e regolarità.

La richiesta che vorrei farle, signor Presidente – magari lei mi aiuterà a inquadrarla come i Regolamenti consentono – è quindi di avere al più presto in Aula il Ministro del lavoro, o comunque un membro del Governo, che relazioni in merito a questa vicenda molto strana, che lascia tanti dubbi, e anzi quasi la certezza che una componente del Governo Prodi si sia frapposta alle scelte aziendali, al punto da far chiudere uno stabilimento in attivo per far rimanere aperto, viceversa, uno stabilimento fortemente in *deficit* e in crisi occupazionale.

PRESIDENTE. Senatore Divina, possiamo ovviamente sollecitare il Governo perché venga a riferire rispetto alla problematica che lei ha evidenziato. Tuttavia, le posso suggerire di formulare in tal senso una richiesta nella Commissione competente, in sede di Ufficio di Presidenza. Credo che se vi è un'urgenza, in Commissione possa essere risolta in tempi sicuramente più brevi rispetto a quelli dell'Aula.

### **Discussione e approvazione delle mozioni nn. 45, 87 (testo 2) e 89 sulla medicina di genere (ore 17,35)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00045, della senatrice Bianconi ed altri, 1-00087 (testo 2), della senatrice Serafini ed altri, e 1-00089, della senatrice Valpiana ed altri, sulla medicina di genere.

Ha facoltà di parlare la senatrice Bianconi per illustrare la mozione n. 45.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, colleghi, prendo qui la parola per illustrare con una certa trepidazione questa mozione, firmata da lar-

ghissima parte del centro-destra, da tutti i membri del centro-destra appartenenti alla Commissione sanità e da moltissimi altri, che per questo ringrazio.

La trepidazione è dovuta al fatto che la senatrice Alberti Casellati e la sottoscritta hanno lavorato molti anni intorno a questo importante tema, ma, soprattutto, al fatto che, se oggi saranno approvate queste tre mozioni, anche per l'Italia inizierà una nuova sfida e un nuovo percorso di conoscenza.

In definitiva, di cosa stiamo parlando? Stiamo parlando delle donne, che hanno cambiato il loro modo di concepirsi e di stare dentro la società e che, anche in virtù di questo, hanno acquisito nuove patologie di tipo sanitario. Sono donne impegnate su tutti i fronti, donne che lavorano e che rappresentano il centro vitale delle famiglie, giovani donne che crescono e vedono passare gli anni senza che siano tenute in alcuna considerazione quelle differenze di genere a livello sanitario che l'Organizzazione mondiale della sanità ha chiaramente definito. Le donne, infatti, hanno caratteristiche fisiche ed esigenze di salute non ancora riconosciute come sarebbe loro dovuto e necessario.

L'Organizzazione mondiale della sanità nel 1974 ha definito la salute come uno stato di benessere fisico, psichico e relazionale. Di conseguenza, nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato, si può rilevare lo stato di malattia. In questa ottica, la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione politica e sociale. L'evoluzione civile della società vede aumentare ogni giorno il numero delle donne che raggiungono la prima linea anche in campo lavorativo. Ciò comporta un inevitabile aggravamento di situazioni di *stress*, che concorrono all'usura delle risorse psicofisiche, che le donne devono utilizzare anche sul fronte familiare.

Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri e poi dei propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute. Oggi, dunque, vogliamo ripartire da lei e ci poniamo subito una domanda: l'attuale sistema di assistenza sanitaria in Italia discrimina le donne? A dire il vero, questo non si può dire ma è vero che esistono diversi fattori determinanti uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela della salute.

Interrogarsi sul rilievo attribuito alla tutela della salute della donna significa rispondere anche ad un secondo quesito di base. La donna, come tale, necessita di un'assistenza sanitaria specifica e complessiva o è sufficiente ritagliare spazi settoriali mirati al sostegno delle esigenze sanitarie del mondo femminile? A ciascuna di queste due opzioni corrisponde non solo un modo diverso di concepire la salute della donna e dell'universo dell'assistenza sanitaria ma anche un diverso modo d'interpretare e valutare la programmazione e la normazione in ambito sanitario.

Nella programmazione sanitaria nazionale emerge la mancanza di un approccio scientifico ai temi della salute femminile mentre nella politica legislativa più settoriale emerge in ambito parlamentare una particolare attenzione al tema. Speriamo che da questo punto di vista noi possiamo invertire questa marcia.

Sempre l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato l'allarme perchè le donne risultano sempre più svantaggiate rispetto agli uomini per tutto quanto riguarda la loro salute. Non c'è rispetto delle differenze di genere e non si tiene conto del fatto che appartenere ad un sesso rispetto ad un altro influenza la salute e la percezione stessa di questa. Non c'è consapevolezza, spesso da parte delle donne stesse, le quali sono le prime ad occuparsi della salute della famiglia trascurando la propria.

In un documento molto bello del Dipartimento per la salute della donna, si 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, la prognosi e l'efficacia relativa dei trattamenti differenti. Fin quando i ricercatori considereranno gli uomini come la norma, la cura medica offerta alle donne continuerà ad essere compromessa. In conclusione le donne sono più esposte ad alcune patologie, sono curate meno bene e molto spesso, con farmaci non sperimentati direttamente su di loro.

Più di recente, il *report* 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 della donna è cambiata anche perché è cambiato il suo 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 la fretta, con una maggiore ansia, con un aumento dello stress e con i disturbi correlati. I disturbi psichiatrici sono in netta prevalenza femminili e le malattie cardiocircolatorie sono diventate la prima causa di morte delle donne. Il detto comune per cui l'infarto era definito come la malattia che rende vedove, oggi non vale più. Adottare quindi in campo medico una prospettiva di genere e ridisegnare la ricerca come strumento di conoscenza che è alla base delle politiche sanitarie è una necessità e un passo 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 Me-*

*dicine*» parlò di «*Yentl Syndrome*» in riferimento al comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti del sesso femminile. 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 per lungo tempo giustificato attraverso varie argomentazioni: difficoltà nell'arruolamento e nel mantenimento delle 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.

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 e la composizione dei tessuti e, a loro volta, sono associati in maniera specifica alle caratteristiche biologiche legate al sesso, come agli ormoni o alla prevalenza nei due sessi di particolari caratteristiche (corporatura, stili di vita, concomitanza di disturbi e così via).

In definitiva, allora, cosa si sta facendo 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 ci sono gli Stati Uniti: alla Columbia University di New York è stato recentemente organizzato un corso specifico di medicina di genere; in Svizzera è nato da tempo un corso di laurea specifico presso la facoltà di medicina.

La Comunità europea, seppur con molti anni di ritardo, fin dal 1998 ha incluso all'interno dei programmi di ricerca un invito alle donne a partecipare e a presentare progetti. Oggi si sta cominciando a rendere fattiva anche questa ipotesi.

Nel 1999 l'Italia ha visto la nascita di un gruppo di medicina denominato «Medicina donna salute»; nel 2005 è nata un'*équipe* di specialisti – istituita tra l'altro dalla senatrice Alberti Casellati, al tempo Sottosegretario per la salute – con il compito di formulare linee guida. Intorno a questo tema, dunque, si è sviluppato anche in Italia un grande interesse, sono sorte associazioni di donne che, come osservatorio, stanno ponendo attenzione su questo problema.

Allora chiediamo sostanzialmente, signor Sottosegretario e signor Presidente – e termino la mia esposizione –, che l'Italia si adegui al meglio che c'è su questo in Europa e nel mondo. Chiediamo che almeno già da quest'anno si possa partire con un corso di specializzazione, un *master post laurea* o *post specializzazione*, e che da subito poi possa iniziare anche l'*iter* della costruzione di un percorso specialistico, così come accade in Svizzera. Lo chiediamo perché in Italia ci sono professionalità, perché ci sono già ospedali, ci sono professionisti che, da questo punto di vista, stanno creando un'ottica nuova e crediamo che questo Parlamento e que-

sto Governo possano veramente dare, con una chiave di volta, un'inversione, una prospettiva straordinaria e accogliere questa grandissima sfida.

Concludo ringraziando la senatrice Serafini e tutte quelle che con lei hanno sottoscritto la sua mozione e anche la senatrice Valpiana e le sue colleghe e i suoi colleghi, perché hanno colto, nella stessa essenza, lo spirito che ha animato la nostra mozione e cioè quello di cogliere veramente questa nuova sfida: investire su una donna è investire sul futuro. Noi ci crediamo moltissimo e speriamo quindi di potere ottenere anche questa sera un voto favorevole. (*Applausi dai Gruppi FI, Ulivo, AN e RC-SE. Congratulazioni.*)

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Serafini per illustrare la mozione n. 87 (testo 2).

SERAFINI (*Ulivo*). Signor Presidente, ringrazio anch'io la senatrice Bianconi e tutti coloro che hanno sottoscritto la mozione di cui è prima firmataria, così come le colleghe e i colleghi di Rifondazione Comunista e la senatrice Valpiana. È un ringraziamento non formale perché le argomentazioni che sono presenti nelle mozioni hanno dei punti di contatto molto forti.

Scegliere oggi di introdurre in medicina il principio della differenza femminile rappresenta ben più che una questione esclusivamente biologica o di uguaglianza tra generi, rappresenta una questione squisitamente politica che definisce un'altra tappa del cammino delle donne che parte dall'esperienza concreta, prima fra tutte quella della propria corporeità.

Alain Touraine, in un libro appena uscito in Francia: «*Le monde des femmes*» traccia le linee di tale ragionamento. Il testo è estremamente significativo perché è frutto di un percorso di ricerca attraverso gruppi di discussione con donne di diversa origine ed estrazione sociale. Touraine afferma che alla domanda: «chi siete?» le donne rispondono oggi: «sono una donna, mi costruisco come donna e lo faccio a partire della mia corporeità».

Touraine critica la visione meccanica del concetto di genere e lo fa mettendo in rilievo l'esperienza vissuta a partire da quella corporea. Dice Touraine: «L'idea di genere porta con se una sorta di determinismo sociale e anche ideologico della condotta femminile, così la loro soggettività non è altro che un insieme di riflessi e di illusioni che rischiano di non renderle più capaci di un'azione autonoma. Al momento in cui si sostituisce a questo vago determinismo la tesi più precisa del dominio maschile, bisogna prendere coscienza di tutto ciò che non è stato considerato: la storia personale, l'emotività, le relazioni interpersonali, in sintesi tutto ciò che occorre alla formazione della personalità». Perciò non bisogna scegliere fra determinismo sociale e una soggettività di solo ordine psicologico. Il corpo, quindi, è il veicolo dell'esperienza reale e quindi i metodi e i criteri d'intervento su di esso divengono fondamentali per la costruzione del sé cui le donne oggi tendono, proprio secondo l'indagine condotta da Touraine.

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 ci dicono che l'Italia è il Paese con il più basso quoziente di natalità d'Europa, il 9,4 per cento, contro Paesi come l'Irlanda, che raggiunge il 15,1 per cento e la Francia 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 immigrati.

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 ISTAT del 2003, il tasso di occupazione femminile in Italia risulta essere del 42,7 per cento rispetto a Paesi come la Svezia, che registra il 71,5 per cento, e la Danimarca 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 del 2002, il 50,4 per cento delle



donne con bambini piccoli lavora 60 ore o più alla settimana, tra lavoro esterno remunerato e lavoro in famiglia non remunerato.

È 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 ha 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.

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 un'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. Criterio fondamentale deve essere quello del pieno rispetto dell'autonomia e della dignità delle donne.

Il rapporto dell'UNICEF del 2007 è dedicato ai diritti delle donne e al legame esistente tra essi e gli effetti positivi per la loro salute e la nutrizione, l'assistenza sanitaria e l'istruzione dei loro figli. Il corpo e la salute della donna sono un tema fondamentale della costruzione dell'uguaglianza di genere. 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 per cento 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.

Molti studi dicono che la violenza sulle donne non è mai reazione ad un torto e non è neanche soltanto lo sfogo maschile a proprie insoddisfazioni, frustrazioni.

È molto di più e richiama un livello qualitativamente diverso; attiene a profonde motivazioni culturali, ai modelli del rapporto tra i generi, tra le persone. La violenza, sia quella morale, psicologica, fisica, economica e sessuale, da parte del *partner* è piuttosto un modo per riappropriarsi di un ruolo cui sono connessi privilegi e soprattutto di un ruolo gerarchicamente dominante. La violenza diventa quindi uno strumento usato contro la donna che non vuole riconoscere questo potere, questa gerarchia nei

rapporti, così come ci è stata consegnata dal passato. Forse per questo la violenza non si ferma neanche di fronte alla gravidanza.

Le donne che subiscono violenza e spesso i loro figli, in virtù degli attacchi subiti, appaiono deboli, svuotati, «senza sogni», come è scritto in un bel documento del Centro antiviolenza di Udine. Chi non ha maturato culturalmente e dal punto di vista del metodo le cause dei centri antiviolenza sulle donne potrebbe essere indotto a puro pietismo. All'opposto, la debolezza va considerata uno stato momentaneo provocato da un attacco subito. Questa competenza è stata maturata attraverso l'accoglienza concreta di tantissime donne, il lavoro e le competenze di prim'ordine di psicologhe, assistenti sociali, psicoanaliste, avvocate, insegnanti e magistrato.

Investire sulla salute delle donne comporta non solo un'azione diretta sulla loro salute, ma può determinare un significativo miglioramento della condizione di salute dei bambini e degli 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 per le ragazze è un periodo di particolari cambiamenti, sia dal punto di vista fisico sia psichico, che necessita di forme di attenzione e di informazione adeguate. Invece cosa succede? C'è una protezione o siamo in presenza di una vera e propria mancanza di protezione fino alla distorsione dei bisogni delle adolescenti e delle giovani donne? Il CENSIS, nell'indagine di quest'anno, propende per la seconda ipotesi, sottolineando che «d'altra parte sono corpi di donne giovani quelli esibiti in modo compulsivo sui *media* e sono evidentemente proprio le ragazze, nella fase in cui si conclude il loro percorso di maturazione, ad essere più vulnerabili sotto questo profilo.

Anche questo andamento viene confermato dai dati e sono infatti con maggiore frequenza le più giovani a vedere nelle donne che appaiono in televisione anche modelli realistici, nei quali è possibile identificarsi e da ritenere che, anche se artificiali, i modelli mediatici sono quelli a cui la maggior parte delle donne vorrebbe somigliare». Il CENSIS ritiene che le conseguenze siano rilevanti per la salute psicofisica delle donne e sottolinea che «in questo scenario risulta dunque di particolare interesse verificare come e in quale misura l'analisi delle percezioni, delle opinioni e dei comportamenti delle donne italiane, nella sfera del rapporto con se stesse e con le immagini, registri questa pressione mediatica sui loro corpi, e se ne emergano rischi in termini sociali e sanitari».

Dello stesso avviso è Umberto Galimberti che, in un bel saggio, mette in relazione questo modo di considerare il corpo femminile ad una espropriazione delle donne medesime. Egli si chiede: «Ma dove parla il mondo femminile, dove si descrive, dove si racconta? Certamente non nei giornali femminili che riempiono le nostre edicole. Lì a parlare è la moda, come se le donne facessero dipendere la loro identità dai vestiti, la bellezza che tutte, se non per natura, almeno per artificio, dovrebbero raggiungere, la dieta perché esiste anche un'accettazione sociale che privilegia lo stile anoressico, la cucina perché gli uomini si prendono anche per la gola, la salute in modo che palestre, farmacie ed erboristerie pos-

sano speculare vendendo mezze bugie e mezze verità, e infine la sessualità dove l'immaginario mette in scena il suo teatro di angosce e di desiderio chiamando a raccolta in modo sfuso e confuso tutti i sogni diurni e notturni. Tutto ciò non è il mondo femminile, ma sfruttamento di quel mondo, che ancora una volta si chiude, cupo su se medesimo, anche se in superficie danzano tutti i colori della carta patinata per celebrare quel santuario ideologico che è diventato ai nostri giorni il corpo, reso inespessivo da cerimoniali proprio che lo esaltano».

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 a gran parte delle gravidanze. Non si è sviluppata un'adeguata iniziativa per favorire la preparazione al parto e per l'assistenza dopo il parto, con particolare attenzione alle forme di depressione *post partum*. Esistono forme di disagio, che colpiscono in particolare donne immigrate, 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.

Questa 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.

È opportuno che la medicina assuma complessivamente il principio tecnico-scientifico dell'integrazione dal 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'Organizzazione mondiale della sanità ha costituito dal 2002 il Dipartimento per il genere e la salute della donna. 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. Sempre l'OMS nel 2002 ha riconosciuto che il sesso ed il genere 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, così come un documento dell'Organizzazione mondiale della sanità evidenzia come il pregiudizio di genere sia evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche.

La prima volta in cui in medicina si parla della questione femminile e quindi di medicina di genere risale al 1991, in riferimento al comporta-

mento discriminante dei cardiologi nei confronti del sesso femminile. 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.

Gli Stati Uniti sono all'avanguardia, come si vede alla Columbia University di New York. In Svizzera è nato da tempo un corso di laurea specifico presso la facoltà di medicina. La Comunità Europea, seppur con anni di ritardo, ha incluso all'interno dei programmi di ricerca un *focus* sulle donne.

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 2005 è nato l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, che si occupa della salute della donna con una visione a 360 gradi. Infine, nel novembre del 2005 è nato il progetto «La salute delle donne» presso il Ministero della salute e 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».

Al fine di rafforzare tali iniziative e sviluppare un'azione conseguente, è necessario (come ha detto la collega Bianconi e come si evince nella mozione presentata dalla collega Valpiana) istituire, alla stregua di quanto è stato fatto in America e in Svizzera, un corso di specializzazione in medicina di genere.

Occorre poi sviluppare ed innovare la rete dei consultori; sostenere la sperimentazione in strutture ospedaliere; istituire l'Osservatorio sul benessere e la salute delle donne, così come l'Osservatorio sul benessere e la salute dei bambini e degli adolescenti; tenere presente il punto di vista di genere come una delle linee guida del Servizio sanitario nazionale e coinvolgere la rete dei Centri antiviolenza delle donne in un'opera di monitoraggio e prevenzione della violenza alle donne, in modo particolare durante ed immediatamente dopo la gravidanza. Infine, occorre favorire forme reali di accoglienza, rifuggendo ogni spirito persecutorio, per le donne in difficoltà che sono costrette ad abbandonare il proprio bambino in luogo sicuro per l'integrità della salute e del benessere del bambino stesso.

Colleghe e colleghi, mi avvio alla conclusione.

In questi anni molti aspetti della vita delle donne sono cambiati ma i rapporti tra i sessi faticano ad essere rapporti tra eguali. Spesso il confine tra le diverse forme di violenza è molto sottile: talvolta la stessa «dipendenza amorosa», se non è tra eguali, può esprimere autosvalutazione, che può aprire la strada ad una qualche forma di violenza e a forme gravi di depressione.

Robin Norwood, nel libro «Un pensiero al giorno per donne che amano troppo», afferma: «Non si è mai troppo intelligenti, troppo belle, troppo affascinanti, troppo ben educate, troppo ricche, troppo istruite,

troppo dotate o troppo di successo per amare troppo. Nessuna di queste condizioni ci libera del tutto o in parte dal rischio di contrarre dipendenza relazionale o, se è per questo, da qualsiasi forma di dipendenza». Chi decide di interrompere la dipendenza, come afferma in un suo precedente libro, invece di una donna che ama qualcun altro tanto da soffrirne, sarà una donna che ama abbastanza se stessa da non voler più soffrire.

L'unica sofferenza da augurarci, quindi, colleghi e colleghe, e da augurare anche agli uomini sarebbe quella descritta da Platone nel «Simposio»: «L'amore non fa né subisce ingiustizia, sia fra gli dei che fra gli uomini. Poiché lui non soffre per forza quando gli accade di soffrire; perché la forza non tocca l'amore. E quando agisce non agisce con forza; perché a ciascuno acconsente a obbedire in tutto all'amore». (*Applausi dai Gruppi Ulivo, IU-Verdi-Com, FI, RC-SE, della senatrice Monacelli e dai banchi del Governo*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Alfonzi per illustrare la mozione n. 89.

ALFONZI (*RC-SE*). Signor Presidente, concordo con quanto è stato detto dalle colleghe: le nostre mozioni, quella a prima firma della senatrice Valpiana (che oggi, data la sua assenza, sarò io ad illustrare), quella della senatrice Serafini e, infine, quella della collega Bianconi, hanno molti punti in comune. Sono contraddistinte da un linguaggio e una matrice comuni: questo non può che farci piacere perché vuol dire che condividiamo, in una certa misura, la cultura degli strumenti e possiamo procedere in maniera congiunta verso l'obiettivo che ci siamo prefisse.

Avendo letto le mozioni e avendo colto lo spirito che le unisce e le uniforma, ho adottato un punto di vista che mi è caro ed è un po' particolare. Spero di non andare fuori tema: le mozioni al nostro esame affrontano la problematica e hanno come obiettivo quello di perseguire finalmente, anche in Italia, una medicina di genere e, quindi, di definire modalità, tempi, ricerche e ambiti all'interno dei quali essa possa evolvere e coinvolgerci. Ciò mi ha fatto pensare immediatamente a cose del passato, di un passato lontano del quale vorrei parlare.

La discussione che affrontiamo oggi sulla medicina di genere è importante e utile per costruire cultura e informazione intorno al tema delle differenze di salute legate al genere, cioè a quella specificità biologica, biografica e sociale di cui ogni persona è portatrice; una riflessione che deve avere dei risvolti pratici e operativi e non rimanere confinata nel limbo delle dichiarazioni di intenti. Possiamo salutarla e rivendicarla come una conquista dell'onda lunga del femminismo, una conquista che viene da lontano perché i tempi della storia sono lunghi e la pazienza attiva è una virtù.

Il rapporto tra donne e medicina, donne e scienza non è un rapporto facile, non lo è per quelle che esercitano scienza e medicina e non lo è per le donne utenti, per quante usano saperi e servizi e vorrebbero essere sog-

getti e non oggetti parcellizzati agiti da altri. Non lo è ora e ancor meno lo è stato in passato.

### **Presidenza del vice presidente CAPRILI (ore 18,08)**

(Segue ALFONZI). Pertanto, a proposito di donne, salute e medicina, è difficile non andare con la memoria alle antenate, le erbarie, guaritrici e levatrici, e se è vero che la storia non si fa con i se, nulla ci impedisce però di provare struggimento per come sono andate le cose e per gli esiti che avrebbero potuto avere se fossero andate diversamente, se non vi fosse stata quella rottura drammatica che va sotto il nome di caccia alle streghe.

Si giocò allora una partita simbolica sulla sessualità, quella femminile, proprio nella definizione dei tratti, i comportamenti e i patti attribuiti alle donne che vennero considerate e condannate come streghe. Le donne accusate di stregoneria erano portatrici di un sapere popolare, radicato e diffuso, fondato sull'esperienza, un sapere che fino al Medioevo era accettato come parte del sistema simbolico e culturale del tempo e che, invece, con il Rinascimento e con la riorganizzazione del pensiero scientifico, venne escluso dall'ufficialità.

Il famoso *Malleus maleficarum* (il martello delle streghe) del 1486 è, da questo punto di vista, uno scritto fondamentale perché rappresenta (la descrizione di cosa sia e cosa faccia la strega) il compimento di un processo cruento di rottura, di espropriazione e di scontro iniziato con l'Inquisizione.

Nei secoli dell'Alto Medioevo l'*herbaria*, cioè l'esperta di erbe, era la curatrice, quella che esercitava una medicina povera, legata al saper fare. In tutto il Medioevo l'ambito nel quale le donne dominavano incontrastate è quello dell'ostetricia e della ginecologia. Nel XIII secolo i trattati di medicina parlano del taglio cesareo, pratica che era appannaggio esclusivo delle ostetriche, ma, nello stesso tempo, si istituzionalizza e si regolamenta la professione medica e si diffonde il divieto di accesso nelle nuove facoltà di medicina alle donne.

La cacciata dalla professione si trasforma successivamente in una caccia vera e propria: le donne medico vengono processate con l'accusa di esercitare pratiche magiche; per secoli ciò che non aveva suscitato diffidenza, paura, diviene pericoloso.

Sempre nel *Malleus maleficarum*, un secolo dopo, il percorso si è ormai compiuto e così si affermerà che «nessuno nuoce alla fede cattolica più delle ostetriche» e che dovrà ritenersi strega «la persona che libera da malefici e guarisce da malattie senza conoscere la medicina», cioè la donna che opera fuori dal controllo delle istituzioni esercitando un potere frutto di un sapere che può produrre libero pensiero e conoscenza. Queste donne vengono bruciate insieme agli eretici.

Le vittime furono tante, centinaia di migliaia, un vero e proprio femminicidio, come si dice adesso. Erano prevalentemente levatrici, accusate di aiutare a partorire, di aiutare ad abortire, di conoscere mezzi anticoncezionali, di essere guaritrici e di essere ovviamente di facili costumi. Con questo scontro, ovviamente uno scontro di classe e di sesso durato quattro secoli, si tolse di mezzo, insieme alle donne, anche una medicina popolare ed in particolare un sapere ostetrico-ginecologico che era tutto nelle loro mani.

Penso che il cerino sia sempre acceso e mi domando se oggi qualcuno questo cerino in mano lo stia tenendo. La storia comunque è lunga. La professione medica si strutturò poi in modo sempre più gerarchico: il dottore in cima alla piramide e farmacisti, cerusiche e chirurghe, istruite da mariti e genitori, organizzate in corporazioni, preparavano ricette, salessavano o operavano. Si deve arrivare alla seconda metà dell'800 perché in Italia alle donne si riaprono le porte di licei ed università.

Se facciamo un salto di almeno un secolo, è al femminismo del nostro tempo che si deve la forte ripresa dei temi legati al corpo, alla salute, all'autodeterminazione: la coscienza che non si dà libertà femminile senza signoria sul proprio essere corporeo.

Negli anni 60, negli Stati Uniti, le femministe, insieme alla pratica politica dell'autocoscienza, il partire da sé in quanto donne, con specifici bisogni e desideri, misero in discussione ruoli sociali e ruoli sessuali imposti, in primo luogo la famiglia, la sessualità subordinata al piacere maschile; diedero vita a gruppi di *self-help* nei quali si provava a condividere, anche attraverso le auto-visite, competenze, vissuti, informazioni relative al corpo ed alla sessualità, con l'idea di riappropriarsi di un sapere personale perduto a causa della medicalizzazione del corpo e di eventi naturali come il ciclo mestruale o il parto. Si prese parola, anche con fatica e dolorosamente, sul proprio corpo, cosa inedita per i tempi e alla quale l'educazione non aveva abituato, e si scoprì la possibilità di un linguaggio autonomo rispetto a quello maschile e scientifico.

In Italia, nei mitici anni '70, i temi della salute, del corpo, della sessualità, del rapporto delle donne con la medicina e le istituzioni diventarono elaborazione centrale di parte del movimento femminista.

Donne del movimento, in particolare a Torino, diedero vita ai centri di salute e di medicina delle donne. Il punto di partenza fu la considerazione che molte funzioni fisiologiche femminili, in particolare quelle legate alla sfera della riproduzione, erano trattate come stati di malattia e per questo delegate al medico.

La messa in discussione dei principi che regolavano le nascite, quali il divieto alla contraccezione e il divieto di aborto, erano immediatamente in conflitto con la politica e con la morale allora imperante, cioè ogni espressione di bisogni e desideri delle donne rappresentava una minaccia al sistema di controllo sul corpo delle donne.

Quella di quegli anni è stata la stagione da cui sono scaturiti grandi cambiamenti, una vera rivoluzione per certi versi: ricordiamo il nuovo di-

ritto di famiglia, il divorzio, l'istituzione dei consultori, la contraccezione e l'aborto.

In questi 30 anni la riflessione non è cessata, si è estesa al rapporto tra donne e scienze, alle conseguenze materiali, culturali e simboliche dell'impiego delle biotecnologie, come ci ha mostrato l'esito del *referendum* sulla legge n. 40.

Molta strada comunque è stata fatta, molta deve esserlo ancora e la discussione di oggi ci indica una direzione di lavoro precisa con l'obiettivo prioritario di diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute, nello specifico quelle di genere.

Mettere al centro la medicina di genere non è solo la sensibilità alle specifiche condizioni di salute o al ciclo biologico delle donne: è riflessione sulla parzialità della scienza e sulla sua pretesa di neutralità; è mettere al centro la persona sessuata; è interrogarsi sulla relazione medico-paziente e su come sono concepiti i corpi dalla scienza, come aggregati di organi e funzioni poiché non rientrano nell'osservazione medica e nei protocolli di ricerca corpi che abbiano sentimenti, percezioni, parole, capacità di autoconoscenza.

Come già detto e citato molte volte oggi, l'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente come assenza di malattia. Questo significa affermare una concezione complessiva della salute, capace di coniugare i fattori individuali, biologici e psicologici con fattori psico-sociali ed ambientali, quindi, per esempio, limitare la convinzione che la salute delle donne sia prevalentemente influenzata dalle vicende del ciclo biologico.

La conseguenza di questa convinzione è un pregiudizio individuabile in una serie di mancanze nella prospettiva della ricerca e della clinica: per esempio, la mancanza di indagini sui fattori di rischio nelle varie patologie, collegati alla vita delle donne, in particolare al sovraccarico lavorativo e le varie forme di violenza; per esempio, la mancanza di definizione di pratiche diagnostiche e terapeutiche non valutate solo sul modello indifferenziato maschile; per esempio, la difficoltà di costruire profili di rischio femminile per la mancata raccolta dei dati disaggregati per sesso; per esempio, la mancata valutazione della fruibilità dei servizi da parte dell'utenza femminile.

Come detto, l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2002 ha costituito il Dipartimento per il genere e la salute della donna. Con questo atto si riconosce che esistono differenze nei fattori che determinano la salute e la malattia per uomini e donne. Le differenze di genere tra uomini e donne si riferiscono – i cosiddetti determinanti socio-economici – a dati culturali e sociali. Le donne vivono in condizione di minori risorse, minore occupazione, minori livelli occupazionali, maggiore carico di lavoro e maggiore violenza rispetto agli uomini. E ciò si riflette sulle loro condizioni di salute. Insomma, per modificare e migliorare la qualità della salute bisogna agire, oltre che sui servizi della salute, anche sul contesto socio-economico e sugli stili di vita che a questo sono legati.



Nel piano presentato a marzo dalla signora ministro Turco per la promozione e la tutela della salute delle donne sono previste molte azioni puntuali. Credo che sia importante sottolinearne una, che è anche centrale nella mozione che abbiamo presentato: lo sviluppo degli interventi legati al rilancio dei consultori. Lo ricordo anche perché avrete letto sui giornali ciò che è successo a Torino, una vicenda di una tristezza incredibile: un giovane ragazzo, depresso per gli insulti che riceveva a scuola a causa di una sua presunta omosessualità, si è ucciso.

Amiamo pensare che sarebbe stato diverso se oggi i consultori fossero rilanciati e se potessero lavorare come in passato, quando la loro missione era un po' più ampia. La scuola e il consultorio possono fare molto, per esempio, possono fare educazione sessuale: non la meccanica del sesso, ma l'educazione ai sentimenti. In questi luoghi si può parlare di come si vive, di chi si è, della propria identità. Se il rilancio dei consultori, così come nel programma dell'Unione, così come richiesto nelle nostre mozioni, sarà una scelta prioritaria, potremmo evitare di ridurre tanta incapacità nell'affrontare sé stessi ed il futuro.

I consultori sono un aspetto importante della lotta delle donne, come dicevo prima. L'originalità dei servizi consultoriali, come diciamo nella mozione, nasce dalla multidisciplinarietà, dalla non-direttività, dal lavoro di gruppo e da una visione di genere. Tutto ciò è reso possibile dall'ascolto delle operatrici, dalla presenza delle donne e dalla discussione delle varie situazioni ed è sempre stato visto come un patrimonio unico da non disperdere, nonostante tutti gli elementi critici che ci sono stati dalla fine degli anni '80 proprio per quelle situazioni di carenza e di attribuzione della missione del consultorio.

L'accento sull'importanza di allestire servizi per la salute primaria – servizi caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute sostituito da una modalità operativa basata sull'offerta attiva, operanti mediante la relazione di comunicazione orizzontale – è evidente e lo dimostrano alcune ricerche che si sono svolte e si svolgono sul territorio.

Sono testimone – poiché vengo dalla Regione Piemonte – di una importante ricerca condotta dall'Osservatorio per la salute delle donne, costituito nel 2003 dall'amministrazione comunale di Torino, dal Coordinamento per l'autodeterminazione delle donne della Casa delle donne di Torino e dal Centro studi storici delle donne dell'Università di Torino. Questi tre soggetti insieme hanno condotto una ricerca con l'obiettivo di comprendere il funzionamento dei consultori nelle varie ASL, ascoltando anche il personale tecnico, nonché di analizzare le richieste e i bisogni di coloro che si recano ai consultori.

Tale ricerca non solo è molto interessante, proponendo punti di vista e metodologie di lavoro diverse a seconda delle ASL cui ci si riferisce, ma è stata poi recuperata all'interno del piano sanitario della Regione Piemonte, proprio perché si era costituito questo rapporto virtuoso tra vari soggetti e perché tale realtà, essendo stata indagata e conosciuta, poteva

essere proposta anche per un rinnovamento e un miglioramento del servizio.

Questo significa fare medicina di genere, cioè muoversi anche nella direzione delle buone pratiche di democrazia per valutare come si costruisce la medicina di genere, stando in relazione e ascoltando quei soggetti che, nel corso della loro storia e del loro lavoro, hanno affrontato più direttamente e in maniera più partecipata tali problematiche.

Nella nostra mozione è presente un aspetto che è stato sollevato anche nelle altre mozioni, quello dell'istituzione, così come in altri Paesi, di un corso di specializzazione post-laurea in medicina di genere. Ci sembra molto importante fare questo salto di qualità, valorizzando molto i contenuti che già in qualche modo si sono prodotti e dandogli una veste definita ed istituzionalizzata.

C'è ancora un argomento che non abbiamo affrontato, che però mi sembra utile, cioè la condizione di quante donne a vario titolo lavorano nelle istituzioni sanitarie e negli ospedali piuttosto che nelle residenze per gli anziani. Il potere medico maschile è ancora molto forte. È interessante conoscere e capire quali sono le condizioni di lavoro e le condizioni di carriera, non soltanto nel senso verticale ma anche nel senso della possibilità di far evolvere il proprio mestiere e di occuparsi di attività differenti.

Per esempio, a quello che si sente, è molto ridotta la presenza di donne in chirurgia. È sempre forte la discriminazione nei confronti delle donne, perché, oltre alla vita lavorativa, hanno anche una vita affettiva intensa e un carico che rivendicano di poter gestire. Credo allora che un'altra linea di indagine quando si parla di medicina delle donne debba tener presente le operatrici del settore, per capire cosa accade e quali sono i meccanismi che si possono mettere in atto per produrre effetti positivi.

Termino qui il mio intervento; aspetto le risposte e spero, come è già stato detto, che con queste mozioni si dia luogo ad un impegno concreto, duraturo e fattivo, che ci veda in altri momenti a discutere i dati, a monitorare quel che sapremo mettere in campo e a riceverne, speriamo, buoni risultati. (*Applausi dai Gruppi RC-SE, Ulivo e della senatrice Bianconi*).

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

È iscritta a parlare la senatrice Carloni. Ne ha facoltà.

CARLONI (*Ulivo*). Signor Presidente, tutte le mozioni sulla salute delle donne oggi alla nostra attenzione esprimono nel loro approccio la medesima cultura, il medesimo punto di vista. Non è un caso: il punto di vista femminile, in particolar modo sulla salute, ma non solo, non è frutto di un femminismo ideologico o di una cultura autoreferente limitata ad alcune *élite* femminili, ma invece di una rivoluzione profonda, la più pervasiva, positiva e tuttora vitale che ereditiamo dal secolo passato, quella delle donne. Si tratta di una presa di coscienza fortemente ancorata all'esperienza differente dell'essere donna nella sfera simbolica e in quella sociale.

La differenza, iscritta nel corpo femminile, è all'origine della fondazione di una nuova soggettività morale che ha attraversato ogni campo del sapere modificando statuti e assetti disciplinari. La proposta, congiuntamente avanzata al Governo, di istituire, come già si è fatto in altri Paesi, un corso di specializzazione in medicina di genere, così come quella di dare vita a un osservatorio sul benessere e la salute delle donne, non è da intendersi come pura aggiunta e affiancamento alle altre specialità o ad altri osservatori.

Quando parliamo di donne parliamo di uno dei due sessi che è all'origine della specie ed è, tra i due, quello maggiormente impegnato nella riproduzione della specie stessa e, dunque, della necessità che la medicina sappia contrastare ogni pretesa di scientificità neutra valida in tutti i casi, indifferentemente, per uomini e donne, al fine di raggiungere mete e traguardi sempre più significativi nella cura e nella prevenzione di malattie che differentemente colpiscono l'umanità maschile da quella femminile.

Sembrerebbe persino ovvio nel campo della salute che la ricerca, la scienza clinica, i percorsi scientifici si debbano sviluppare coerentemente con i corpi e la vita reale e differente di donne e uomini; eppure, l'ovvio è il contrario. C'è la prosecuzione di attività indifferenziate, sia nei presupposti statistici, sia nei programmi e nelle azioni formative, che solo quando sono le donne a decidere assumono un punto di vista differente, cioè differentemente orientato alle donne e agli uomini reali.

La nostra discussione parlamentare intorno a questi temi è dunque particolarmente importante e può avere ricadute significative sul piano sociale, implicando e intrecciandosi all'azione di Governo, a quella legislativa e incontrando certamente l'interesse di una vasta opinione pubblica.

La storia della medicina a proposito delle donne è costellata di crimini; crimini non metaforici. Il parto cesareo vede la luce, per così dire, con un taglio contro la madre, la madre contro il bambino, *mors tua, vita mea*, in favore della vita del nascituro; ne parla molto bene la nostra collega, la senatrice Maria Luisa Boccia, in un bellissimo libro. È storia sociale quella delle epidemie di setticemia puerperale, provocate dai ginecologi che, visitando in serie le puerpere, senza nemmeno lavarsi le mani, fino alla metà del secolo scorso, facevano così morire le donne.

Senza volermi dilungare, mi preme invece esaltare l'opera del professor Veronesi, una straordinaria presenza italiana nel campo clinico e della ricerca medica, un vero amico delle donne, che si è opposto e si oppone all'idea ordinaria della mutilazione femminile per trattare la senologia oncologica sia dal punto di vista chirurgico che terapeutico e clinico.

Tuttavia si tratta di un'eccezione; la normalità, ripeto, è un'altra. La classe medica, il mondo della ricerca, ma soprattutto i decisori, continuano ad essere più uomini che donne e questa è la differenza più corporosa e visibile e non, invece, quella del corpo delle donne, con i suoi tempi, i bisogni, i sintomi, le patologie differenti che dovrebbero interrogare continuamente la medicina, la ricerca e la politica.

Le donne vivono sei-otto anni in media più degli uomini e la differenza di genere si accentua anche con il progredire dell'età. Le donne più

degli uomini fanno l'esperienza del deterioramento della propria capacità funzionale, a cominciare dai movimenti, e vivono il paradosso di essere più degli uomini soggette ad ammalarsi, ma contemporaneamente avere una mortalità più bassa. È incredibile come queste differenze siano costantemente osservate, soprattutto fortemente percepite socialmente e, tuttavia, ancora troppo poco studiate, al punto che non si sa ancora dire in che misura queste differenze siano da attribuire a fattori sociali piuttosto che biologici.

Ciò vale anche per altre situazioni: in Italia le donne si ammalano di tumore in misura, in genere, minore rispetto agli uomini. Tuttavia il *trend* per gli uomini è in diminuzione, forse a causa dell'abbassamento del tasso di tabagismo; non è lo stesso per le donne, soprattutto al Sud. Oppure, gli uomini si ammalano di più per eventi cardiovascolari; tuttavia, quando le donne si ammalano, muoiono più facilmente. Perché? Dipende dalle procedure di diagnosi che sono meno sensibili per le donne? O piuttosto sono le terapie che sono meno efficaci? La professoressa Paola Muti, direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena, intervenendo recentemente ad un convegno, svoltosi a Napoli e voluto dal ministro Turco, sulla salute delle donne, ha citato un recente studio spagnolo che ha studiato un vasto campione di 7.000 donne e uomini, ricoverati per infarto del miocardio acuto.

Da questo studio risultava che nonostante donne e uomini fossero stati nella stessa misura sottoposti ad angiografia, poi, un numero molto inferiore di donne era stato ripulso. Non solo, un numero ancora più basso di donne aveva ricevuto i trattamenti anticoagulanti, nonostante le linee guida a questo proposito fossero perentorie.

Infine, anche nelle dimissioni delle donne, erano destinati un numero di presidi ridotto rispetto agli uomini. Tutti questi fatti si sono poi comprensibilmente tradotti in una più alta mortalità entro il ventottesimo giorno dall'infarto.

La salute delle donne in concreto passa anche molto attraverso la collocazione centrale, il ruolo di sostegno e di cura della famiglia e delle relazioni familiari. Un recente studio dell'università di Padova ha mostrato come, in seguito ad una grave malattia che riguardi un figlio, è il 70 per cento delle donne che deve abbandonare il lavoro esterno per sopperire alle necessità di cura del figlio stesso. Questi dati così forti indicano come attraverso una nuova strutturazione dei *network* di cure primarie e di continuità assistenziali, indicate tante volte dal ministro Livia Turco, passi anche una nuova dimensione meno discriminante e di minore impatto sulla salute delle donne.

In qualità di senatrice della Campania, una Regione del Sud che patisce una triste quantità di primati negativi a proposito della salute delle donne, sono particolarmente grata al ministro Livia Turco, che ha scelto, in occasione dell'8 marzo, di presentare a Napoli le linee di un piano di azione che assume proprio il diritto alla salute delle donne quale diritto forte, tale da promuovere e tutelare tutti gli altri diritti, sia sociali, sia civili e politici.

Si tratta di un quadro di obiettivi strategici di azioni, in parte già significative e deliberate ed in parte da implementare, che effettivamente puntano a rendere la salute delle donne protagonista delle politiche di sviluppo secondo un approccio che fa leva su due concetti (*empowerment* e *mainstreaming*), cardini della ancora oggi insuperata strategia deliberata dalla Conferenza mondiale dell'ONU sulle donne, riunitasi a Pechino nel 1995.

Il risalto che al convegno di Napoli è stato dato ad alcune proposte, come per esempio uno spazio adolescenti all'interno consultori familiari, sportelli dedicati contro la violenza sulle donne su tutto il territorio nazionale, a cominciare dal pronto soccorsi, le modifiche della legge n. 53 sui congedi parentali per garantire più tempo a casa per genitori e bambini prematuri, così come il tema dell'educazione alla genitorialità e a campagne di prevenzione mirate sui tumori femminili hanno, nella nostra realtà campana, lasciato un segno profondo e positivo, rinnovando la speranza di cambiamento e la motivazione di tante donne: cittadine, operatrici della sanità, amministratrici, donne delle istituzioni e della politica.

Da molti anni tante donne delle associazioni e delle istituzioni sono impegnate e concentrate su una battaglia singolare; ci battiamo contro l'epidemia dei parti cesarei in Campania. Sì, epidemia. Nel 2003, a titolo di esempio, sono nati con taglio cesareo in Campania 34.330 bambini, cioè il 61 per cento, contro un dato già medio-alto a livello nazionale del 36 per cento, e a fronte di un tasso ritenuto fisiologico dall'Organizzazione mondiale della sanità che parla del 20 per cento. Sappiamo che se fosse rispettato il ricorso fisiologico al cesareo, cioè avvicinandosi al 20 per cento, nello stesso anno avremmo avuto circa 23.000 cesarei in meno, e immaginate con quali vantaggi sia per le mamme sia per i bambini. Inoltre, avremmo risparmiato circa venti milioni di euro.

Abbiamo analizzato questi dati e svolto sui nostri territori moltissime iniziative e, per esempio, abbiamo scoperto che in Campania le strutture private attive nel settore ostetrico sono il 47 per cento del totale e assistono il 46 per cento dei neonati, mentre a livello nazionale si tratta solo del 12 per cento dei neonati. Certamente non è spiegabile con le caratteristiche delle madri il fatto che le donne assistite in strutture private, dove si concentra un basso tasso di rischio ostetrico, rischino per il 40 per cento in più delle altre donne con il ricorso al taglio cesareo.

Molte e concrete proposte sono state avanzate in questi anni per il contenimento dei tagli cesarei. Oggi a quelle piattaforme che restano valide e riguardano i consultori, i centri nascita, il potenziamento degli organici delle ostetriche, abbiamo trovato, come donne, la forza di aggiungere la costituzione di comitati ispettivi con la partecipazione di donne cittadine, espressione dell'utenza femminile, direttamente nei presidi pubblici e privati.

Il coinvolgimento dell'opinione pubblica, in questo caso delle donne, per renderle nuovamente centrali e protagoniste attraverso l'espressione dei propri valori, delle proprie priorità e desideri, rappresenta, a nostro avviso, la chiave di volta di un'azione prolungata nel tempo, una vera e pro-

pria *road map* per abbattere questa epidemia, che è, al tempo stesso, sintomo e causa di sprechi e malasanità. Essa si consuma, ancora una volta, come crimine contro le donne e contro l'umanità dell'evento della nascita in nome di una medicalizzazione anestetizzante che tutto vorrebbe addormentare e manipolare, anche il desiderio di vivere, la forza di nascere e quella di partorire. (*Applausi dai Gruppi Ulivo, IU-Verdi-Com e delle senatrici Negri e Boccia. Congratulazioni*).

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

MONACELLI (*UDC*). Signor Presidente, nell'economia del dibattito, intervengo ora in discussione generale riassumendo anche la dichiarazione di voto per il Gruppo dell'UDC in questo contesto.

La riflessione aperta con la discussione di differenti mozioni sulla cosiddetta medicina di genere rischia di essere, in maniera semplicistica, ridotta e rubricata ad argomento considerato troppo sensibile per colpire l'attenzione generale e, pertanto, fin troppo frettolosamente quanto facilmente ascrivibile al cosiddetto mondo delle rivendicazioni al femminile. Ma così non è.

Il sostegno alla medicina di genere nasce dalla consapevolezza di quanto necessario sia rimuovere le varie forme di discriminazioni, più o meno evidenti, che impediscono la piena attuazione del diritto alla salute e ad avere, soprattutto, cure adeguate. Non si tratta, dunque, di una semplice estensione di quote rosa alla sanità ma del riconoscimento più profondo, come rivelato dall'Organizzazione mondiale della sanità, dell'esistenza in campo sanitario di differenze di genere non tenute in debita considerazione e della necessità di adottare provvedimenti conseguenti.

Sicuramente, l'Italia non è Paese in cui, per antonomasia, esistano eclatanti situazioni di palesi discriminazioni. Ma sarebbe sbagliato, comunque, non tenere conto dell'esistenza, nonostante ciò, di una molteplicità di fattori determinanti uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela della salute. L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce che dati biologici legati al sesso e dati di valenza socio-culturale legati al genere sono importanti e determinanti per la salute. Nella programmazione sanitaria nazionale emerge la mancanza di un approccio nuovo e complessivo ai temi della salute femminile.

Occorre, pertanto, affrontare il problema con una diversa valutazione della programmazione e della produzione normativa sanitaria, capace di predisporre una risposta assistenziale più adeguata e che tenga conto dei molteplici fattori presenti. Non sono state, ad oggi, complessivamente affrontate e superate misconoscenze e sottovalutazioni.

La scelta di temi scientifici, e persino di molte ricerche su malattie che colpiscono uomini e donne, ha di fatto ignorato le possibili differenze tra sessi. Se, infatti, le patologie strettamente femminili sono da anni al centro dell'attenzione dei gruppi di lavoro composti da donne, le cosiddette patologie miste, riguardanti cioè entrambi i sessi, richiamano la ne-

cessità di una valutazione di genere. Cancro, depressione, malattie cardiovascolari sono solo alcune delle patologie che colpiscono sia uomini che donne, ma non con la stessa modalità.

Se è vero che nella interpretazione dei risultati si tiene conto della differenza tra maschi e femmine, è anche vero che, proprio nell'allestimento delle sperimentazioni cliniche si nasconde una differenza di genere difficilmente evidenziabile. Mentre all'uomo è attribuita una prevalenza di fattori ambientali, sociali e lavorativi tra le cause di malattia, alla donna è associata una prevalenza di fattori biologici e ormonali.

Storicamente, quando erano messi a punto nuovi studi clinici, in particolare quelli relativi all'impiego di nuovi farmaci, erano coinvolti soggetti di sesso maschile. Ciò avveniva sia per la difficoltà nell'individuazione di un campione adeguato di donne negli studi clinici, sia per preoccupazioni relative ad interferenze indotte dalle variazioni ormonali, tipiche dell'organismo femminile, sull'effetto delle sostanze farmacologiche da testare, ma anche per la possibilità di esporre a rischi di tossicità donne potenzialmente fertili con conseguenti timori di procurare danni ai 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. Pertanto, non avendo adeguatamente testato farmaci o presidi medico-chirurgici sulle donne, non esiste modo di conoscere quali siano state le reali condizioni di efficacia e di sicurezza sulle stesse.

Ma è stato proprio questo doppio criterio di valutazione a penalizzare la donna. Sono sempre di più le evidenze scientifiche che rilevano differenze di comportamento e di risposta alle terapie in funzione del sesso, di cui si deve tener conto già nella messa in opera della stessa ricerca medica. Quindi, a fronte di una sempre maggiore esigenza di integrare in ogni pratica sanitaria il punto di vista di genere, la messa a punto di linee guida che integrino, nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca medica, valutazioni relative ad entrambi i sessi, assume un'importanza fondamentale.

Accanto al versante scientifico, l'altro ambito sul quale occorre concentrare l'attenzione resta sicuramente quello politico, in modo particolare parlamentare, dal quale emerge una grande attenzione al tema di provvedimenti legislativi più settoriali.

Fino a pochi anni fa, le donne, nelle ricerche farmacologiche, venivano considerate dei «piccoli uomini», ritenendo quindi l'azione e l'utilizzo dei farmaci uguale nei due sessi, previo un semplice aggiustamento della posologia degli stessi. Non si è sentita l'esigenza di una sperimentazione riservata e dedicata alle stesse fino al 2002, cioè quando presso la Columbia University di New York è nato un settore specializzato nella medicina di genere.

I dati ISTAT del 2005 segnalano alcune questioni importanti. Risulta, ad esempio, che le donne consumano più farmaci rispetto agli uomini (ben il 42,1 per cento contro il 32,2), oltre ad avere su di esse effetti collaterali differenti nel corso della vita riproduttiva.

A differenza di quanto sta accadendo in altri Paesi (come l'America e la Svizzera), 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, in modo tale da concretizzare tutti gli studi fin qui condotti sulla diversità del genere umano e raggiungere mete più precise ed incisive nella cura e nella prevenzione delle malattie.

Non abbiamo alcuna intenzione di sostenere guerre di genere, perché sappiamo bene che il futuro appartiene ad altro piuttosto che a questo e che rispetto a tale profilo un'importanza fondamentale sta soprattutto nel riconoscere un ruolo alla genetica e alle biotecnologie.

Nell'attesa, però, della predisposizione di una carta in cui possa essere scritto e riassunto il patrimonio genetico individuale, piuttosto che di genere, una carta che sia capace cioè di evidenziare, ad esempio, farmaci tollerati ma non altri, riteniamo giusto che questa Assemblea proprio ora, proprio all'inizio del suo mandato, si interroghi sul rilievo attribuito alla tutela della salute della donna e adotti ogni possibile iniziativa volta a superare le discriminazioni, le eccessive semplificazioni, le facilonerie e le storture della programmazione sanitaria. È per questo che sosteniamo le mozioni proposte. (*Applausi dai Gruppi UDC, FI e della senatrice Donati*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, che invito anche a pronunciarsi sulle mozioni in esame.

GAGLIONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, onorevoli senatrici e senatori, le mozioni illustrate sono veramente interessanti e ricchissime di considerazioni sul mondo delle donne, non soltanto per quanto riguarda gli aspetti relativi all'assistenza sanitaria, ma anche in relazione ad aspetti sociali e culturali. Faccio riferimento in tal senso alla mozione presentata dalla senatrice Bianconi, a quella con prima firmataria la senatrice Serafini e a quella sottoscritta dalla senatrice Alfonzi. In alcune mozioni era contenuta anche una ricostruzione storica e geografica del mondo delle donne.

Tuttavia, nonostante questi aspetti siano molto interessanti, interverrò soltanto sui problemi legati all'assistenza sanitaria e alla didattica dei corsi universitari e delle scuole di specializzazione.

Le vostre mozioni intendono impegnare il Governo a istituire un corso di specializzazione in medicina di genere e chiedono il potenziamento delle misure predisposte per la tutela della salute delle donne.

In relazione al primo profilo, le norme comunitarie e nazionali di settore prevedono la possibilità di istituire e attivare nuove scuole di specializzazione solo nei casi in cui dette scuole siano già presenti in due o più Paesi dell'Unione Europea. In subordine, l'articolo 8 del decreto legislativo n. 257 del 1991 dispone che possano essere attivati nuovi corsi di



specializzazione solo per corrispondere ad obiettivi e specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda la fattispecie rappresentata dalle mozioni, si segnala che, secondo quanto risulta al Ministero della salute, le Regioni non hanno ancora manifestato specifico interesse circa l'istituzione delle scuole di specializzazione in medicina di genere. La procedura per l'istituzione e l'attivazione di una nuova scuola di specializzazione prevede il concerto tra i Ministeri della salute e dell'università e della ricerca, previa acquisizione del parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità.

In ogni caso, le stesse mozioni rilevano che le problematiche relative alla specificità di genere femminile, intese come determinanti di salute, possono trovare, attesa la loro particolarità, adeguato riscontro esclusivamente tramite un approccio integrato che coinvolga trasversalmente tutti i settori delle scienze mediche, quali la ricerca, la pratica clinica, la diagnostica, la prevenzione.

In considerazione di quanto sopra esposto, le citate questioni potrebbero trovare adeguate risposte tramite la revisione e l'adattamento ai nuovi scenari epidemiologici dei percorsi formativi e didattici del corso di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione medica, prevedendo al loro interno un'adeguata formazione sulla medicina di genere. Tale ipotesi permetterebbe sia di non disperdere il patrimonio di conoscenze sin qui acquisito, sia di ampliare e sviluppare gli studi e le ricerche attualmente in corso nelle materie di cui trattasi. Sarebbe così garantito un nucleo di conoscenze innovative che fungerebbero da volano per il trasferimento di queste nuove conoscenze e pratiche nel sistema della didattica, della formazione e dell'aggiornamento dei professionisti sanitari. Il Ministero della salute, peraltro, auspica che nell'ambito della specifica autonomia delle facoltà di medicina e chirurgia degli atenei italiani siano attivati corsi di aggiornamento *e/o master* universitari di medicina di genere.

In relazione al secondo profilo, è da evidenziare che la tutela della salute della donna è un impegno di valenza strategica del Servizio sanitario nazionale, soprattutto in virtù del riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e di riabilitazione in tale ambito hanno sul benessere psico-fisico nella popolazione generale, attuale e futura. Tale obiettivo è da sempre considerato prioritario nella programmazione sanitaria e ciò è ravvisabile sia nei vari Piani sanitari nazionali (di cui l'ultimo, relativo al triennio 2006-2008), sia nel progetto obiettivo materno - infantile, adottato con decreto ministeriale del 24 aprile 2000.

L'azione del Ministero è ravvisabile in due azioni già avviate e in altre in corso di elaborazione. Le prime, quelle già avviate, sono la legge n. 296 del 27 dicembre 2006, cioè la legge finanziaria 2007, che ha istituito un fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale allo scopo di rimuovere gli squilibri sanitari tra le Regioni per il quale è stato stanziato un importo di 65,5 milioni di euro di cui 10 finalizzati ad iniziative per la salute della donna, iniziative a favore delle gestanti, delle partorienti e del neonato.

Il Consiglio dei ministri ha approvato, inoltre, il 19 ottobre 2006, il disegno di legge recante norme in materia di tutela dei diritti della partorientente, promozione del parto fisiologico e salvaguardia della salute del neonato che oggi è all'esame della XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati, dove si è concluso l'esame da parte del Comitato ristretto con l'elaborazione di un testo unificato.

Inoltre, vi è il progetto del Ministero della salute, del CCM e dell'ISS per la sorveglianza sugli stili di vita e i comportamenti salutari dell'età evolutiva. L'obiettivo del progetto è definire e realizzare nel territorio nazionale un sistema di sorveglianza sui giovani in età evolutiva (sei-quindici anni) per acquisire in modo sistematico dati sui diversi stili di vita dei ragazzi, sui loro comportamenti in relazione ai principali fattori di rischio, in modo da realizzare una modalità di ascolto e di dialogo continuo, necessaria ad orientare gli interventi per la prevenzione e la promozione della salute e, più in generale, per costruire politiche giovanili strutturate sui loro reali bisogni.

Per quanto concerne le azioni in fase di elaborazione sono da rammentare: la modifica del sistema di rilevazione dei dati statistici per genere e per indicatori socioeconomici; il piano per la promozione dello «Spazio Adolescenti» nei consultori familiari; il progetto «Apertura di sportelli contro la violenza sulle donne su tutto il territorio nazionale» all'interno dei pronto soccorso ospedalieri di maggiore affluenza.

È infine da ricordare che gli aspetti legati all'esigenza di tener presente la differenza di genere nell'organizzazione dei servizi sanitari, nella ricerca epidemiologica, nel trattamento delle patologie, come sottolineato anche dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e la rilevanza, sotto il profilo sanitario e sociale, dei settori della prevenzione, della osservazione, della diagnostica, del trattamento e della riabilitazione, nonché dei fattori di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile, hanno costituito l'oggetto dei lavori delle varie commissioni dedicate da questo Ministero alla salute della donna.

La più recente commissione istituita a tal riguardo ha terminato i propri lavori il 26 marzo 2006. È al momento in corso l'iter di costituzione della nuova «Commissione salute delle donne», che dovrà promuovere gruppi di lavoro specifici per definire, di concerto con le Regioni, le linee-guida per l'aggiornamento del POM e predisporre lo schema di piano nazionale triennale intersettoriale sulla salute delle donne.

Tutte queste considerazioni servono, appunto, per ribadire ed esprimere il nostro parere favorevole a tutte e tre le mozioni discusse in quest'Aula. (*Applausi dai Gruppi Ulivo, IU-Verdi-Com e delle senatrici Bianconi e Negri*).

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione delle mozioni.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Presidente, onorevoli colleghe e onorevoli colleghi, devo dire che intervengo con un po' di pudore; ritengo, però, necessario rompere questa specie di tabù, per cui sul pensiero delle donne, sulla socialità delle donne, sulle grandi questioni che le donne pongono, alla fine, intervengano sempre e solo le donne.

Credo che il movimento femminista, l'autonomia della donna e le grandi innovazioni che hanno trovato posto nella società, nella cultura e nel pensiero – di cui parlerò dopo – chiedono e interrogano anche gli uomini sul loro rapporto con la sessualità, con il potere, con gli altri sessi e sul loro rapporto con il mondo in genere.

Poiché un altro degli insegnamenti del movimento femminista è quello della determinazione e dell'irriducibilità individuale, e quindi della responsabilità della propria storia, desidero citare i nomi delle senatrici intervenute. Credo infatti che le senatrici Bianconi, Serafini, Valpiana – che non è presente, ma ha presentato una delle mozioni in discussione – Alfonso, Carloni e Monacelli abbiano dato una grande lezione di stile, sia per l'ampiezza dei temi trattati nelle tre relazioni e nel dibattito, sia per alcuni non detti che sono sottintesi e che – credo davvero – il sapere degli uomini, il nostro accademismo e anche il nostro sentirsi, come si suol dire, al di là di queste domande pongono.

La prima questione è enorme e mi piace che nel Parlamento sia ormai un'acquisizione generale: mi riferisco alla non neutralità della scienza. Si tratta di una questione non piccola e al riguardo vi ricordo opere come «L'ape e l'architetto» di Cini, ma anche i movimenti che hanno contestato l'oggettività della scienza, del sapere e quindi dell'economia. Indubbiamente, è stato importante il pensiero della differenza, quello delle relazioni e sul fatto che questo mondo è stato costruito sul maschio e sulla sua identificazione con il fallo e con le armi e quindi con il potere in quanto gestione delle vite altrui. Devo sottolineare che le donne, rispetto alla non neutralità del sapere, hanno insegnato a tutti che non esiste un'oggettiva verità, che non esiste una cosa che è di per sé valida comunque, ma che tutto deve essere relazionato nella quotidianità, negli affetti, nella vita, nelle esigenze e nella differenza sia di sesso che di genere.

Credo che le proposte avanzate siano tutte condivisibili, anche se, come al solito, quando le mutazioni sono storiche, antropologiche e culturali, quello che si chiede pare sempre troppo riduttivo rispetto a ciò che necessita; indubbiamente, però, questo succede sia con il riconoscimento nell'Organizzazione mondiale della sanità sia con le esperienze maturate.

Inoltre, mi interessa sottolineare che noi – in questo caso parlo come i maschi – non possiamo semplicemente apprendere, come si legge sulla mozione n. 87, presentata dalla senatrice Serafini, che in Italia oltre 14 milioni di donne sono state oggetto di violenza fisica, sessuale e psicologica nella loro vita, senza esclusione dello stato di gravidanza, e che il 69,7 per cento degli stupri è perpetrato dal *partner*. Non si tratta sempli-

cemente di una questione oggettiva che attiene alle grandi iniziative (i centri antiviolenza delle donne, la solidarietà che queste hanno costruito, il saper proteggere dalla violenza l'interno della famiglia), ma si tratta di una questione che interroga anche la sessualità dell'uomo.

Sono fortemente convinto, e al riguardo in altre occasioni potremo svolgere amabili dibattiti, che il prototipo eterosessuale conosciuto in passato è andato in frantumi di fronte all'autonomia della donna perché l'uomo oggi non è in grado di reggere una donna autonoma, non ha ancora fatto quel processo di relazione, di ricchezza e di bellezza che apre spazi nella cultura e nella scienza; le colleghe senatrici hanno evidenziato quanto apra, ad esempio, nella medicina, ma anche quanto sulla questione del parto e delle relazioni.

Faccio un appello a tutti, non solo nel Parlamento, ma anche al mondo della cultura e a tutto ciò che comunque permane come potere soggettivo maschile, di interrogarsi davvero su tale dicotomia e sulla costruzione falloocratica del potere che elimina le differenze e che non si interroga sulla violenza che ha in sé; ciò probabilmente nasce da una debolezza o dall'incapacità di autogestire il futuro, le relazioni e la libido, ma anche dal fatto di sentirsi togliere il potere della propria soggettività.

Le stesse donne ci hanno insegnato tutto ciò nelle relazioni, nei pensieri, nel sapere distinguere e cogliere anche quanto può essere utile nella differenza, mantenendo sempre l'uguaglianza; infatti, la differenza è il solito trucco del potere per dividere e tenere le gradazioni del potere e della distribuzione della ricchezza in modo diverso.

Io scommetto fortemente su questo ed è importante il fatto che nel Parlamento inizi a passare, tramite la scienza ed il pensiero delle donne, l'idea secondo cui non è vero che l'economia sia un dato oggettivo perché risponde sempre alla politica, la quale deve rispondere non alla quantità. Infatti, il benessere non è solo quantità, ma anche qualità. A questo si collegano l'ambiente ed il tempo (c'è una relazione che nomina il tempo): penso al furto che ci viene fatto da anni con l'orario, con il lavoro, con la costruzione di vite annullate ed incapaci delle relazioni con i propri figli, con i propri amici e con le persone con cui si può stare; tutto si muove nella quantificazione di un reddito che serve solo alla sopravvivenza di consumi indotti per fare andare avanti una struttura di potere dalla quale ormai noi siamo fuori.

Quindi, devo dire grazie alle donne, come pure a tutti gli uomini e a tutte le soggettività che su questo si interrogano, senza la pretesa di avere risposte; ma già il fare le domande giuste in politica è una cosa enorme.

Voglio concludere in positivo. Una volta Einstein scrisse a Freud (persona che non amo molto, ma questa volta sono d'accordo con lui) e gli chiese come si poteva fare affinché il mondo non tornasse alle guerre, per chiudere questa continua spirale di guerra su guerra, di violenza su violenza, di accanimento, di soprusi. Freud rispose semplicemente: contro Thanatos bisogna mettere in campo Eros. Contro le pulsioni di morte, contro le pulsioni distruttive ed autodistruttive, che sono parte dell'umanità e che non dobbiamo negare, dobbiamo mettere in campo la liberazione del-

l'amore, dell'amore grande, di eros, che vuol dire in questo caso l'aver cura, che è il più bell'augurio che si può fare ad una persona: abbi cura di te.

Su questo il movimento delle donne e le donne, come pratica storica, hanno detto moltissimo. Ciò può anche voler dire che forse dovremmo ragionare non in termini di Fondo monetario internazionale, non in termini di quantificazione di alcune cose e che la politica e gli uomini dovrebbero ascoltare di più le donne, magari anche criticandole, perché l'essere donna di per sé non garantisce nulla; tanto per non fare polemiche cito la Albright, ex segretario di Stato del Governo Clinton, la quale alla domanda: «Non ritiene che 500.000 bambini iracheni morti per 12 anni di embargo siano un prezzo troppo alto?» rispose: «No, mi pare un prezzo giusto».

Quindi, la fisiologia di per sé non c'entra nulla: ma c'entra molto un percorso che parta dalla propria soggettività, dalla differenza, dalla cognizione di quanto il potere maschile abbia perpetrato un'idea di potere, appunto, e di rapporti che ha sempre giocato sulla quantità e la negazione, da un lato, e sull'oppressione, dall'altro. Il movimento ecopacifista, con la sua grande idea del limite e della solidarietà, ed il movimento delle donne sono i due soggetti che pongono nuovi alfabeti di cui la prima parola è «empatia»: la capacità di sentire gli altri e di farsi carico delle pene, ma anche delle gioie, di tutti. (*Applausi dai Gruppi IU-Verdi-Com, Ulivo, RC-SE, FI e dai banchi del Governo. Congratulazioni*).

ALBERTI CASELLATI (FI). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALBERTI CASELLATI (FI). Signor Presidente, signori senatori, Forza Italia voterà a favore delle mozioni sulla medicina di genere, che mirano a colmare una grande carenza politico-istituzionale relativa al tema della salute delle donne. Nella scorsa legislatura, in qualità di sottosegretario alla salute, ho aperto su questo tema (prima in Europa, lo dico con un certo orgoglio) un tavolo istituzionale che comprendeva l'Istituto superiore di sanità, l'AIFA, la cattedra di farmacologia, l'Agenzia regionale dei servizi sanitari: l'ho fatto nella convinzione che fosse urgente avviare quelle ricerche necessarie per attuare una salute anche a misura di donna.

Conoscere e riconoscere la diversità femminile significa migliorare la salute di tutta la popolazione. È tempo ormai che la politica, nella sua interazione con le società scientifiche, con l'industria farmaceutica, con gli operatori sanitari, con le associazioni dei cittadini, ponga fine ad un pregiudizio di genere dal punto di vista della ricerca e della salute pubblica.

È tempo che cessi quell'errore metodologico in base al quale la maggioranza delle ricerche che sono destinate a comprendere la genesi e lo sviluppo delle malattie, che sono destinate a verificare la sicurezza e l'efficacia delle terapie, ignorava le donne e la loro biologica diversità. E non

basta includere le donne negli studi clinici per utilizzare la terapia nel genere femminile, ma occorre studiare i farmaci anche in funzione delle variazioni ormonali che, come tali, possono influenzare la risposta alla malattia e ai farmaci stessi. Questa inaccettabile disattenzione non ha permesso – ed è questione assai grave – alle donne di avere la migliore terapia possibile.

C'è poi da considerare che negli ultimi anni l'emancipazione delle donne e il diverso ritmo impresso nella loro vita ha portato una modifica sostanziale di alcune patologie che in passato colpivano maggiormente i maschi, ma che ora stanno diventando importanti cause patologiche e di morte per le donne. Si tratta in particolare delle patologie cardiovascolari e di alcuni tumori come quelli al polmone. Fino ad oggi, purtroppo, gli studi clinici più rilevanti che hanno portato alla registrazione di farmaci per tali patologie e la messa a punto di cure specifiche, sono stati disegnati e realizzati prevalentemente su soggetti maschili.

Il riconoscimento delle differenze di genere è cosa recente nell'Organizzazione mondiale della sanità: il richiamo forte a questo tema da parte dell'OMS risale al 1998, per rilevare la complessa diversità dell'universo femminile anche in termini di salute e come questa diversità sia poco conosciuta e sostanzialmente sottovalutata.

Il nostro Paese non può rimanere indifferente a quanto ci sia da fare per capire come il corso naturale delle malattie possa essere diverso tra i due generi, come l'uomo e la donna possano rispondere diversamente alle terapie e come la società possa rispondere in maniera diversa alla malattia della donna e dell'uomo.

La Facoltà di medicina dell'università di Padova (la mia città) ha già iniziato un percorso molto importante, costituendo una commissione con implicazioni internazionali volta proprio ad approfondire questo tema.

Penso che il Governo non possa più perdere tempo per colmare il *deficit* di ricerca e di studi sulla salute delle donne, perché la pari opportunità può esserci solo, paradossalmente, se non viene sottovalutata la diversità delle donne nella tutela della salute. (*Applausi dai Gruppi FI, Ulivo e RC-SE*).

BAIO (*Ulivo*). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BAIO (*Ulivo*). Signor Presidente, ringrazio i colleghi e le colleghe che hanno voluto restare in Aula per votare le mozioni al nostro esame.

Ci siamo trovati spesso in quest'Aula ad affrontare il tema della discriminazione femminile. L'abbiamo fatto però in altri ambiti e per altri argomenti. Oggi lo vogliamo fare rivolgendo una particolare attenzione al corpo e alle salute delle donne e vogliamo superare un bagaglio prezioso che ereditiamo dal passato. La donna nel rapporto con il corpo, con la propria sessualità e con sé stessa si è sempre occupata prima degli altri: il far stare bene gli altri, il portare e il donare la salute agli altri è

stato l'obiettivo della vita delle donne nel passato. Noi ereditiamo questo prezioso bagaglio e lo raccogliamo, ma riteniamo che oggi non sia più sufficiente e che accanto a ciò serva altro.

La medicina ha sempre cercato di porsi, sia nella teoria che nella pratica, in maniera neutrale rispetto all'«essere uomo» o all'«essere donna», riconoscendo una specificità alle donne solo in relazione alla riproduzione. Questo ha provocato l'affermazione del principio dell'inferiorità biologica e naturale delle donne. Anche la ricerca medica ha orientato la sua attività verso il genere: tutta la metodologia, le argomentazioni, la raccolta e la successiva analisi dei dati focalizzano l'osservazione da un punto di vista maschile. Se una stessa malattia colpisce un uomo e una donna, l'uomo viene considerato il punto di vista privilegiato, la norma, il riferimento su cui formulare una valutazione dei sintomi, una prognosi e un'efficacia di trattamenti.

In quest'ottica emerge un vizio di fondo che compromette gravemente la modalità di somministrazione delle cure offerte alle donne, proprio perché considerate differenti solo per quanto riguarda le capacità riproduttive. Questo pregiudizio della medicina, nei confronti della donna, viene definito, dagli addetti ai lavori, un «bias» di genere, un pregiudizio, appunto, evidente non solo nella scelta dei temi, ma anche nel disegno di molte ricerche.

In medicina si parla per la prima volta della «questione femminile» nel 1991, quando l'allora direttrice dell'Istituto nazionale di salute pubblica americano, Bernardine Healy, pubblica due studi sul comportamento discriminante dei cardiologi nei confronti delle donne (credo che il Sottosegretario, che si occupa di cardiologia, conosca bene questo pezzo di storia). Le sue conclusioni evidenziavano una chiara discriminazione messa in atto dai cardiologi nei confronti del sesso debole. Nessuno pensò che la studiosa parlasse di discriminazione nel vero senso della parola, però i suoi studi portarono ad una riflessione nel mondo scientifico su quale valore potesse avere l'«essere donna» nell'essere considerata importante e punto di riferimento nel trattamento della malattia coronarica.

Lentamente la critica alla medicina, dal punto di vista di genere, si è spostata dalla cardiologia, fortunatamente, anche ad altri campi, come la psichiatria, la gastroenterologia, l'oncologia ed oggi, dopo non pochi anni, si comincia a parlare di approccio di genere e di medicina di genere.

Le motivazioni dell'esclusione delle donne dalla ricerca scientifica, soprattutto quella relativa all'impiego di nuovi farmaci, hanno radici storiche: difficoltà nell'arruolamento e nel mantenimento delle 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, perché questo era l'unico destino sociale della donna; ma anche il timore di procurare danni a tessuti fatali. Tutte preoccupazioni giustissime; anzi, guai se non fossero preoccupazioni; ma non possono essere l'unico approccio.

La necessità di testare un farmaco o un presidio medico-chirurgico direttamente sulle donne risulta evidente se si vogliono conoscere le reali condizioni di efficacia e di sicurezza su di loro. È essenziale ricordare che in medicina efficacia e sicurezza si misurano attraverso parametri fortemente correlati a variabili 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 rispetto all'altro.

La tutela e gli investimenti sulla salute della donna e sulla cura del suo corpo sono i tasselli fondamentali per la costruzione dell'uguaglianza di genere, ma anche per un significativo miglioramento delle condizioni di salute sia della donna che dei bambini e delle future generazioni. Quindi, non più la donna che si occupa solo della salute degli altri, ma la donna che diventa anche soggetto e punto di riferimento degli uomini e delle donne che operano in campo sanitario affinché la sua vita sia accompagnata dal benessere e dalla salute.

La medicina però oggi non ha ancora ben chiara la prospettiva di genere e quindi non soddisfa al meglio i bisogni di salute delle donne e, indirettamente, nemmeno quelli degli uomini. Questo proprio a causa di un difetto di impostazione che difficilmente coniuga bene il confronto tra le necessità di salute dell'uomo e quelle della donna.

Nel 2002, come hanno ricordato anche alcune colleghe, l'Organizzazione mondiale della sanità ha costituito il «Dipartimento per il genere e la salute della donna», grazie al quale riconosce il sesso – dati biologici – e il genere – dati di ruolo socio-culturale – come fattori determinanti della salute.

L'importanza di questo tema rende necessario un complesso di studi che possa operare per garantire un'uguaglianza nella medicina di genere e una corretta analisi delle differenze fisiologiche e culturali tra uomini e donne.

In Italia, a livello universitario, nelle facoltà di medicina, non si è fatto nulla in questo senso e siamo ancora indietro rispetto agli Stati Uniti, dove la Columbia University di New York ha recentemente organizzato un corso specifico di medicina di genere, basato su un nuovo approccio che considera significanti le differenze biologiche tra uomini e donne. In Svizzera esiste un corso di laurea in medicina di genere presso la facoltà di medicina. La Comunità Europea, dal 1998, ha aperto un invito alle donne a partecipare ai programmi di ricerca e oggi esiste un settore della ricerca europea con un *focus* sulle donne.

Nel 1999 è nato in Italia «Medicina Donna Salute», un gruppo di lavoro che ha dato un contributo importante al nostro Paese per l'individuazione e la comprensione della problematica di genere. Sempre in Italia, nel 2005 è nato O.N.D.A., l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna. Nello stesso 2005, a novembre, presso il Ministero della salute è



stato istituito il progetto «La salute delle donne». Sono tutte tappe importanti e significative.

Quindi, ci sono tutti i presupposti affinché nel nostro Paese si ponga, con maggiore determinazione, l'attenzione su questo tema, perché non si può rimanere indifferenti davanti a questa assurda discriminazione di genere. Le pari opportunità possono realizzarsi solo in un'ottica di uguaglianza d'intenti, di analisi delle tipicità di genere nella tutela della salute e nel rispetto della persona umana.

L'istituzione di un corso di studi specifico presso la facoltà di medicina renderebbe evidente e concreta l'attenzione a questo tema e soprattutto getterebbe delle basi positive per il futuro.

Signor Presidente, con il suo consenso, lascio agli atti la restante parte della dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. La Presidenza l'autorizza in tal senso.

BAIO (*Ulivo*). Concludo il mio intervento dicendo che questa discussione, che magari si è fatta in un'Aula troppo vuota per l'importanza del tema affrontato ma con serietà e profondità, mi porta a dire, a nome del Gruppo dell'Ulivo, che riteniamo utile e proficuo il dibattito di oggi e voteremo a favore di tutte le mozioni presentate perché, con sfumature ed angolature diverse, focalizzano, con attenzione ed intelligenza, il tema e consentono anche al Ministero e al ministro Livia Turco, impegnata direttamente su questo tema (lo ha dichiarato più volte e già ha dato dei segnali positivi in tal senso), di disporre di uno strumento aggiuntivo per rafforzare il suo lavoro. (*Applausi dai Gruppi Ulivo e IU-Verdi-Com*).

PRESIDENTE. Metto ai voti la mozione n. 45, presentata dalla senatrice Bianconi e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 87 (testo 2), presentata dalla senatrice Serafini e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 89, presentata dalla senatrice Valpiana e da altre senatrici.

**È approvata.** (*Generali applausi*).

### Sui lavori del Senato

BOCCIA Antonio (*Ulivo*). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOCCIA Antonio (*Ulivo*). Signor Presidente, all'inizio della seduta, alcuni colleghi hanno sollevato alla Presidenza una questione relativa ai lavori di domani. Si chiedeva di sospendere la seduta nel primo pomeriggio e il presidente Marini ha giustamente chiarito che ciò non era possibile.

Successivamente, ho sentito i rappresentanti dei Gruppi presenti in Aula per vedere se era possibile posticipare la chiusura della seduta antimeridiana e quindi posticipare anche l'apertura e la chiusura della seduta pomeridiana di domani. I rappresentanti dei Gruppi presenti in Aula hanno assentito, salvo sentire i rispettivi Capigruppo, per cui si era pensato di chiudere la seduta antimeridiana alle ore 14 per aprire quella pomeridiana alle ore 17,30 e chiuderla alle ore 21.

Ora, a prescindere dagli orari precisi, il senso era quello di recuperare un po' di tempo per consentire nel pomeriggio un inizio ritardato dei lavori. Vorrei chiedere alla Presidenza di verificare se questa disponibilità dei Gruppi permane, in modo che subito, anche domani mattina in apertura di seduta, si possa avere una risposta e quindi un quadro chiaro.

PRESIDENTE. Posso darle subito la risposta, senatore Boccia. Dopo le richieste che sono state avanzate, il presidente Marini ha dato quella risposta che lei ricordava, e cioè che non si poteva sospendere la seduta del pomeriggio; tuttavia, in accordo con i Capigruppo, all'unanimità, possiamo indicare una nuova scansione degli orari delle sedute di domani. La seduta antimeridiana si aprirà alle ore 9,30 e terminerà alle ore 14; la seduta pomeridiana si aprirà alle ore 17 e si concluderà alle ore 21. Quindi, questa è la nuova scansione dei lavori del Senato di domani.

#### **Discussione delle mozioni nn. 88, 90 e 94 sul papilloma virus (ore 19,20)**

#### **Approvazione delle mozioni nn. 88 (testo 2), 90 e 94 (testo 2)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni 1-00088, del senatore Tofani ed altri, 1-00090, della senatrice Bianconi ed altri, e 1-00094, del senatore Silvestri ed altri, sul papilloma virus.

Ha facoltà di parlare il senatore Tofani per illustrare la mozione n. 88.

TOFANI (*AN*). Signor Presidente, colleghi, credo che non ci siano molti argomenti per illustrare la mozione, nel senso che essa non entra nel merito specifico di questo nuovo vaccino in grado di impedire l'infezione del papilloma virus.

La mozione nasce da un'esigenza: considerato che tale vaccino è stato ritenuto necessario per le giovani fino a 26 anni; visto che si è ritenuto, da parte del Ministero della sanità, di poterlo somministrare gratuitamente solamente alle giovani di 12 anni, noi riteniamo che la sua somministrazione gratuita debba essere estesa a tutte le donne fino a 26 anni.

Questo per un motivo ovvio di prevenzione, ma credo anche, alla fine, per un motivo economico, perché sicuramente è molto meno dispendiosa la prevenzione che non la cura, tenendo conto che ogni anno sono 550.000 i casi di cancro all'utero, il 70 per cento dei quali al collo dell'utero, di cui responsabile è appunto questa infezione, con anche l'elemento drammatico di 1.700 vittime.

Allora, se si vuole assumere un'iniziativa sociale di carattere preventivo e, paradossalmente, anche di risparmio economico, per il motivo che ho detto, credo che il Governo (ed è la ragione per la quale abbiamo proposto questa mozione) debba impegnarsi a far sì che tutte le giovani fino all'età compresa di 26 anni possano essere gratuitamente vaccinate. (*Applausi dal Gruppo AN*).

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare la senatrice Bianconi per illustrare la mozione n. 90.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, su circa 9 milioni di nuovi casi di cancro che ogni anno colpiscono la popolazione mondiale, il 18 per cento, vale a dire 1.600.000, sono causati da agenti infettivi. Il virus HPV è quello che causa il maggior numero di tumori: 550.000 l'anno; segue il batterio *helicobacter pilorii*, che è all'origine del cancro allo stomaco; ed il virus delle epatiti B e C, che possono causare il cancro del fegato.

La ricerca scientifica spalanca le porte a nuovi orizzonti e offre speranze concrete di sconfiggere alcuni tipi di tumore che fino a pochi anni fa erano dei *big killer*, come il tumore al collo dell'utero.

Questo tumore è la seconda causa di morte in Italia tra le giovani donne tra i 15 e i 44 anni, dopo il tumore al seno. Ogni anno, in Italia, muoiono circa 1.700 donne, cinque ogni giorno. Ogni anno i nuovi casi sono 3.500, cioè dieci casi al giorno. La Regione che fa registrare più casi è la Lombardia, seguono la Campania, il Lazio e la Sicilia. Nel 2003, si sono registrati 6.862 ricoveri per tumore maligno alla cervice uterina: un terzo di questi riguardavano giovani donne tra i 25 e i 44 anni ed un altro terzo le donne fra i 45 e i 64 anni.

Ho voluto specificare le età perché sono le età fertili, le età nelle quali la donna pratica la sua sessualità e la sua attività riproduttiva. Quindi, essere colpite da questo tumore le penalizza fortemente. La Regione che ha fatto registrare il maggior numero di ricoveri è la Lombardia, seguita dal Lazio e dall'Emilia-Romagna.

Quindi, l'annuncio della disponibilità di un vaccino per l'HPV è una grandissima notizia per tutte le donne. Le donne italiane conoscono il papilloma virus e il tumore del collo dell'utero. E ne hanno paura. Eppure non fanno prevenzione o perlomeno ne fanno molto poca. Le ragazze italiane tra i 25 e i 29 anni non si sottopongono al pap-test con regolarità, soprattutto al Sud. Più attente le donne tra i 45 e i 50 anni, in particolare le donne del Nord-Est.

L'importanza di *screening* di massa e di qualità resta sempre l'arma vincente per arginare e curare tempestivamente questo tumore. Non è motivo di questa mozione, ma sulla prevenzione e sui piani di *screening* delle Regioni torneremo molto presto.

Oggi ci occupiamo di vaccino. Con l'impegno della Commissione sanità il ministro Turco ha compiuto un importante passo nel campo della prevenzione, decidendo di vaccinare la coorte delle dodicenni. Già preannunciamo un emendamento alla prossima finanziaria per aumentare il finanziamento e ampliare il numero delle donne da vaccinare. Nel frattempo desideriamo occuparci di chi oggi, venuta a conoscenza di questa nuova scoperta, ma non appartenendo alla coorte delle dodicenni, desidera vaccinarsi.

La casa produttrice vende il farmaco a 114 euro. A causa di quanto previsto dalla legge n. 662 del 1996, poi modificata con legge n. 289 del 2002, a tale costo viene aggiunto un rincaro del 6,65 per cento dovuto al grossista e del 26,7 per cento dovuto al farmacista. Costo finale in farmacia per una dose, 188,15 euro. Ora, servono almeno tre dosi per essere vaccinata.

Ebbene, nella mozione sottoponiamo quattro soluzioni per arginare questi costi. Quello che chiediamo a lei è di intraprendere ogni azione volta a contenere il costo finale di questo straordinario farmaco per quelle donne che non sono dodicenni e quindi si vogliono vaccinare, ma non appartengono alla corte delle dodicenni vaccinate sotto il Servizio sanitario nazionale. È profondamente ingiusto pagare il costo di quattro dosi quando se ne utilizzano soltanto tre.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il senatore Silvestri per illustrare la mozione n. 94.

Vorrei ricordare che la nostra seduta termina alle ore 20. Le tre mozioni mi pare si possano in qualche modo sintetizzare, poi lo dirò ovviamente il Governo con il proprio parere. Abbiamo impegni molto rilevanti nelle prossime settimane, ho l'impressione che forse ci converrebbe fare uno sforzo di sintesi. Mi spiace iniziare da lei, senatore Silvestri, non c'è nessun problema di tipo personale.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Sarò breve, signor Presidente. Leggo semplicemente ciò che proponiamo in concreto, perché già le colleghe e i colleghi hanno illustrato lo *status quaestionis*.

Impegniamo 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.

Signor Presidente, circa il secondo capoverso del dispositivo, purtroppo, c'è stato un errore; esso va eliminato e sostituito dal seguente: im-

pegna il Governo a promuovere l'adozione da parte del Ministero della salute di iniziative rivolte a verificare la possibilità di ridurre il prezzo di vendita sul mercato del vaccino di cui trattasi.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

È iscritta a parlare la senatrice Monacelli. Ne ha facoltà.

MONACELLI (*UDC*). «Oggi siamo qui per rinnovare il nostro impegno nell'informazione e nella diffusione capillare dei programmi di *screening*, ma anche per annunciare con soddisfazione che l'Italia sarà il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazioni pubbliche contro il virus HPV e ciò avverrà contestualmente all'immissione in commercio nel nostro Paese di un nuovo vaccino contro il *virus* del papilloma umano che apre nuove prospettive per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina».

Queste sono state le parole pronunciate presso la sala delle Conferenze del Senato dal ministro della salute Livia Turco qualche tempo fa, parole con le quali ha delineato l'impegno per la prevenzione del tumore della cervice uterina in occasione della presentazione della Campagna 2007 per la diagnosi precoce del tumore al collo dell'utero, promossa dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna. A seguito di ciò, l'Agenzia italiana del farmaco ha autorizzato in Italia, nel febbraio 2007, la commercializzazione del primo vaccino contro il papilloma virus (HPV).

Il papilloma virus, malgrado possa essere prevenuto con una diagnosi precoce, determina il tumore alla cervice uterina e causa ogni anno, nel nostro Paese, 1000 morti tra le donne. La strategia di contrasto, basata sulla diagnosi precoce, da oggi aggiunge a tutto questo l'utilizzo di una attenta campagna di vaccinazioni mirate. La ricerca scientifica offre nuove frontiere: consente, attraverso le vaccinazioni, di prevenire anziché curare successivamente, e tutto questo implica anche una riduzione dei costi successivi per le cure.

Le informazioni scientifiche oggi disponibili ci dicono che siamo in presenza di un vaccino sicuro, ben tollerato e in grado di prevenire, nella quasi totalità dei casi, l'insorgenza di un'infezione persistente dei due ceppi virali responsabili attualmente del 70 per cento dei casi di questo tumore.

L'utilizzazione del vaccino rappresenta un importante presidio di prevenzione che si affianca, ma non sostituisce, lo *screening* periodico, attualmente raccomandato a donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Il vaccino attuale risulta attivo contro il 70 per cento dei virus associati al carcinoma uterino, ma per il restante 30 per cento permane ancora, come unica prevenzione, il pap-test.

Esistono in diverse Regioni italiane programmi di *screening* gratuito effettuati ogni tre anni e rivolti a tutte le donne di età compresa fra 25 e 64 anni. Gli studi realizzati fino ad oggi hanno coinvolto donne di età inferiore a 26 anni che non erano state contagiate dal virus, e per le quali si

è evidenziato che la vaccinazione risulta efficace nel prevenire il 98 per cento dei casi di infezione.

Il vaccino, che ha lo scopo di prevenire l'infezione, ma non di curarla, a seguito della disposizione del Ministero della salute, è previsto che venga gratuitamente offerto, così come ricordato precedentemente, a tutte le bambine di 12 anni di età. Esso prevede un'iniezione intramuscolare, ma di questa ne sono previste 3 dosi: la seconda dopo 2 mesi e la terza dopo 6 mesi dalla prima. Ora, va evidenziato che, nonostante il notevole passo in avanti compiuto, emerge ancora forte la preoccupazione che, essendo esentate dal costo d'acquisto soltanto le dodicenni, l'elevato prezzo finale del vaccino, pari a 188,15 euro a dose (moltiplicato per tre dosi in un anno), possa comprometterne e ridurne l'acquisto.

Pertanto, sembra doveroso e necessario, pur nella consapevolezza che la vaccinazione rappresenta un alleato importante ma non esclusivo per ridurre il rischio di tumore, che il Governo faccia fino in fondo la sua parte ed intraprenda ogni azione utile per promuovere quanto più possibile la diffusione e l'acquisto del vaccino, al fine di abbattere il costo del prodotto anche per tutte le donne e adolescenti di età compresa tra i 13 e i 26 anni. Evidentemente, a seguito di quanto esposto, il Gruppo UDC voterà a favore della mozione proposta. (*Applausi dai Gruppi UDC e FI*).

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Emprin Gilardini. Ne ha facoltà.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Signor Presidente, la ragione per cui il senatore Silvestri ha presentato una mozione sul tema del vaccino, di cui condividiamo l'impostazione, è fondata su due principi: il principio di precauzione e quello della medicina fondata sull'evidenza clinica.

Non è certamente nelle intenzioni di nessuno, però, nel momento in cui annunciamo questo vaccino, noi abbiamo la responsabilità di raccomandare che ad esso si ricorra nelle circostanze più idonee di luogo e di tempo. Soprattutto, non bisogna farsi illusioni in ordine ad un'efficacia superiore a quella clinicamente dimostrata.

La signora ministro della salute Livia Turco ha adottato un programma di vaccinazione non obbligatoria limitato alle ragazze di 12 anni di età perché questo, da studi di evidenza clinica, è il momento giusto. Infatti, si tratta innanzitutto di un vaccino precauzionale, senza efficacia se somministrato a una donna che abbia già contratto il *virus*. Dunque, una volta aumentata l'età, l'efficacia di questo vaccino potrebbe essere illusoria.

In secondo luogo, la prevenzione vera si attua anche attraverso gli *screening* di pap-test, in quanto il vaccino ha un'efficacia limitata a due dei ceppi virali del papilloma virus, che sono molti di più. Colpendo questi due ceppi si copre circa il 70 per cento dei casi di carcinoma della cervice, ma si tratta comunque del 70 per cento dei casi. Bisogna sapere che il vaccino non dà una copertura totale dal rischio di contrazione del papil-

loma virus e, quindi, dai rischi connessi di contrazione di un carcinoma a seguito dell'infezione da papilloma virus.

Ritengo che questo vada detto e che quindi non sia solo un problema di aumento generalizzato delle coorti di donne che si sottopongono alla vaccinazione né di aumento dell'età. Credo che esista un problema di informazione corretta, e anche di sensibilizzazione, soprattutto sui rischi connessi a tutte le malattie infettive trasmissibili per via sessuale e sulle relative modalità di prevenzione, compreso, per l'appunto, il pap-test e lo *screening* triennialmente suggerito. Questo perché non si creino aspettative illusorie, che potrebbero generare, nel tempo, dei problemi.

Dobbiamo poi affrontare il tema del monitoraggio dell'efficacia nel tempo del vaccino e, soprattutto, verificare cosa succederà, in somministrazione del vaccino, dei ceppi non colpiti dallo stesso, che potrebbero diventare più resistenti. Dunque, deve esser chiaro che il vaccino è efficace se somministrato nelle idonee condizioni di tempo e di luogo e, soprattutto, in un contesto di corretta informazione. Non garantisce la copertura totale dal rischio e, poiché il nostro obiettivo è di ridurre il rischio anche per quel 30 per cento di casi che non è coperto dal vaccino, riteniamo che esso debba essere somministrato, anche attraverso politiche di abbassamento dei prezzi, ma nel contesto di programmi vaccinazione pubblica e di corretta informazione. (*Applausi dai Gruppi Ulivo e RC-SE*).

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

CURSI (AN). Signor Presidente, integrando quanto ha avuto modo di esporre il primo firmatario della mozione, senatore Tofani, e anche alla luce delle considerazioni di altri colleghi, questa sera è importante discutere di un tema che riguarda migliaia di persone. Basta solo immaginare che, ogni anno, in Italia, sono diagnosticate 47.000 lesioni di basso grado al collo dell'utero, pari a 130 casi al giorno, e che, come diceva il collega Tofani, sono 14.700 le lesioni di alto grado, ovvero sono 40 casi al giorno a essere preoccupanti. La situazione è, quindi, particolarmente grave, difficile e deve essere affrontata in maniera seria, nel senso indicato da queste mozioni.

Vorrei ricordare, cogliendo l'occasione della presenza del sottosegretario Gaglione, quanto è stato fatto e deve esser fatto a livello governativo. Basterebbe rammentare che, il 24 gennaio 2007, il Ministro della salute ha annunciato che l'Italia sarebbe stato il primo Paese ad approvare il vaccino contro il papilloma virus umano e, contemporaneamente, a raccomandare la vaccinazione gratuita di tutte le dodicenni a livello regionale. Il 3 marzo, l'Agenzia italiana del farmaco pubblica il decreto con cui si pone in commercio il vaccino, che infatti è disponibile nelle farmacie italiane dal 28 marzo 2007. Ricordo, altresì, l'ultima affermazione del Ministero della salute che ha annunciato pubblicamente, il 22 marzo scorso, per la precisione in un'importante trasmissione radiofonica, che le campagne vaccinali regionali potevano partire subito.

Ebbene, attualmente risulta – e questo è un dato che resta agli atti e che dobbiamo conoscere – che nessuna Regione italiana ha iniziato a vaccinare gratuitamente le bambine di 12 anni, che rappresenta la prima importante fase, cui seguirà una seconda, che speriamo il Governo voglia accettare, volta ad estendere la vaccinazione anche alle donne di età compresa tra i 13 e i 26 anni. Chiediamo, quindi, che il Governo si impegni in questo senso.

Vorremmo sapere, intanto, e ci auguriamo che il sottosegretario Gaglione ci risponda, cosa è stato fatto per agevolare le Regioni ad avviare le campagne di vaccinazione contro il papilloma virus umano per le dodicenni e quando partiranno le campagne di vaccinazione a livello regionale.

So che se oggi dovesse verificarsi un caso interverrebbero le ASL, che hanno a disposizione questi vaccini, ma si tratta di fare in modo (e in tal senso può benissimo intervenire il Governo, anche in sede di Conferenza Stato-Regioni) che si intervenga sulle Regioni per consentire le vaccinazioni gratuite, quindi a carico dello Stato. È necessario, peraltro, come giustamente ha sottolineato il Consiglio superiore di sanità nel parere espresso l'11 gennaio scorso, che già da adesso si immagini anche la seconda coorte relativa alle persone che vanno dai 13 ai 26 anni. In particolare, secondo il Consiglio superiore, l'ulteriore sviluppo della strategia vaccinale dovrebbe prevedere un'evoluzione modulare con estensione ad una seconda coorte di donne di 25-26 anni di età, già oggetto di chiamata attiva per l'esecuzione dello *screening*.

Ci richiamiamo a questo parere, che riteniamo fondamentale, e ci auguriamo che le mozioni presentate possano essere approvate, ma soprattutto che l'intervento del Governo avvenga già da domani a livello di Conferenza Stato-Regioni. Sappiamo che in tale sede ci sono state polemiche tra il Ministro della salute e le Regioni sul piano dell'assunzione della copertura in termini finanziari. Il problema è stato, però, superato in sede di Agenzia del farmaco – e questo è stato un fatto positivo – ci auguriamo che operativamente si possa andare avanti nell'attuazione di un provvedimento che riteniamo fondamentale per la salute delle donne. (*Applausi dal Gruppo AN*).

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, che invito anche a pronunciarsi sulle mozioni in esame.

GAGLIONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, onorevoli senatrici e senatori, il Ministero della salute risponde alle mozioni in esame a seguito di delega della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il primo vaccino per la prevenzione delle lesioni precancerose del carcinoma della cervice, delle lesioni displastiche della vulva e dei condilomi genitali è stato recentemente autorizzato con procedura centralizzata europea.



Con determinazione del 28 febbraio 2007, l'Agenzia italiana del farmaco ha deliberato sul regime di rimborsabilità e sul prezzo di vendita del vaccino anti-HPV Gardasil. Il vaccino è stato classificato in classe HRR, cioè a dispensazione attraverso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, medicinale soggetto a prescrizione medica. Ne è prevista la gratuità per le bambine nel corso del dodicesimo anno di vita ed è sottoposto a sorveglianza e monitoraggio da parte dell'Istituto superiore di sanità. Si precisa, inoltre, che presso l'Agenzia europea dei medicinali è in corso la valutazione di un vaccino bivalente contro l'HPV 16 e 18.

L'infezione da HPV è la più comune tra le malattie sessualmente trasmesse. Si stima, infatti, che oltre il 75 per cento delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV e il 50 per cento delle donne si infetti con un tipo a rischio oncogeno. Tuttavia, la maggior parte delle infezioni è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario, prima di sviluppare un effetto patogeno. In caso di infezioni persistenti, la progressione verso le lesioni precancerose e il tumore richiede comunque molti anni. In particolare, l'intervallo tra le lesioni precancerose iniziali della cervice uterina e l'insorgenza del carcinoma può essere di decenni.

Lo *screening* per il carcinoma della cervice, consente quindi di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma, il più comune pap-test. Infatti, nelle nazioni che hanno avviato i programmi di *screening* organizzati, basati sull'offerta del pap-test, si è assistito, nelle ultime decadi, ad un importante decremento dell'incidenza di queste neoplasie. Attualmente, nel nostro Paese, la prevenzione del carcinoma è basata esclusivamente sul pap-test, raccomandato ogni tre anni per le donne tra i 25 e i 64 anni. Secondo i dati dell'Osservatorio nazionale *screening*, l'adesione ai programmi organizzati di *screening* della cervice è andata aumentando nel tempo.

L'infezione da HPV viene acquisita abbastanza precocemente, nel corso dei primi anni di attività sessuale. Pertanto, il modo più razionale ed efficiente di impiegare questo nuovo vaccino è quello di offrirlo attivamente subito prima dell'inizio dell'attività sessuale, inducendo così una protezione elevata prima di un eventuale contagio da HPV. Tale scelta strategica, d'altronde, è coerente con i principi della prevenzione vaccinale, il cui successo si fonda proprio sulla protezione immunitaria prima dell'esposizione all'agente infettivo.

Considerando le evidenze scientifiche attualmente disponibili e coerentemente con le raccomandazioni della Organizzazione mondiale della sanità, contestualizzate nella realtà italiana, il dodicesimo anno di vita risulta il più indicato per effettuare la vaccinazione, in quanto il beneficio è massimo proprio nelle preadolescenti. In questa fascia di età, infatti, è stata osservata la migliore risposta immunitaria al vaccino e la probabilità di aver contratto l'infezione è molto bassa poiché, nella maggior parte dei casi, non ha avuto ancora inizio l'attività sessuale.

Inoltre, tenuto conto che la vaccinazione è controindicata in gravidanza, evento raro a questa età, non sono necessarie precauzioni per evi-

tare che insorga una gravidanza nel corso dei sette mesi necessari al completamento del ciclo vaccinale. Non si deve infatti dimenticare che, affinché il vaccino garantisca una protezione efficace, è necessario che il ciclo a tre dosi previsto venga rispettato e completato.

Ancora, all'età di 11 e 12 anni, in concomitanza con la scuola dell'obbligo, è più facilmente realizzabile l'offerta attiva. Viceversa, i tassi di copertura si riducono inevitabilmente nelle fasce d'età successive, e, così come per le altre vaccinazioni, è da attendersi che la mancata vaccinazione si concentri nelle classi sociali più svantaggiate, che sono a maggior rischio sia di sviluppare l'infezione, sia di un mancato ricorso allo *screening*.

Non si può trascurare, inoltre, un importante aspetto organizzativo: l'offerta delle vaccinazioni in questa fascia d'età comporta che essa venga praticata presso quegli stessi servizi già impegnati nelle vaccinazioni per l'infanzia, mantenendola nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, anche a garanzia di equità, di accesso alla prevenzione vaccinale per la popolazione *target*.

Inoltre, l'offerta vaccinale all'età di 12 anni può essere ottimizzata sfruttando l'occasione del richiamo previsto, tra 11 e 15 anni per la vaccinazione antidifterica e antitetanica, o in occasione del recupero della seconda dose del vaccino antimorbillo, parotite e rosolia.

Le possibili strategie sono state recentemente discusse anche dal Consiglio superiore di sanità, che ha espresso all'unanimità il parere che la vaccinazione delle ragazze nel dodicesimo anno di età rappresenti, per il contesto italiano, la migliore strategia vaccinale.

Con decreto del Capo del Dipartimento della prevenzione e comunicazione del Ministero della salute del 27 febbraio 2007, è stato costituito il gruppo di lavoro per l'elaborazione di raccomandazioni nazionali per la vaccinazione anti-HPV. Il gruppo, nel quale sono presenti i rappresentanti dell'AITA e dell'Istituto superiore di sanità, delle Regioni, delle società scientifiche e delle categorie professionali tradizionalmente impegnate nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie croniche o degenerative dell'apparato riproduttivo femminile, ha mandato di predisporre una strategia vaccinale e definire precisi indirizzi ai servizi e agli operatori per garantire equità d'accesso e parità di offerta attiva a tutta la popolazione *target* su scala nazionale.

Il gruppo, tenuto conto anche del parere tecnico-scientifico espresso dal Consiglio superiore di sanità, ha predisposto il documento «Proposta di strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia».

PRESIDENTE. Professor Gaglione, le farei una proposta: questa parte del suo intervento, se lei ritiene, la possiamo pubblicare in allegato al Resoconto, così potrebbe passare al parere sulle mozioni e noi alle dichiarazioni di voto e quindi al voto delle mozioni.

GAGLIONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Sicuramente, signor Presidente. Trasmetto tutto.

Proprio in considerazione di quanto testé detto, che ha un fondamento scientifico, sull'età più opportuna della vaccinazione, esprimo parere favorevole sulla mozione n. 94, presentata dal senatore Silvestri, e sulla mozione n. 90, presentata dalla senatrice Bianconi, nonché parere condizionato sulla mozione n. 88, presentata dal senatore Tofani. Il parere è condizionato alla modifica dell'ultimo capoverso del dispositivo, da intendersi: «impegna il Governo, considerata l'alta percentuale di rischio cui sono esposte le donne, a valutare la possibilità di estendere la gratuità del farmaco anche alle ragazze in età compresa tra i 13 e i 26 anni, sulla base delle considerazioni del Consiglio Superiore della Sanità».

PRESIDENTE. Senatore Tofani, accetta la modifica proposta dal rappresentante del Governo?

TOFANI (AN). Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla votazione delle mozioni.

Comunico che i senatori Silvestri, Monacelli, Tofani e Bianconi, che avevano precedentemente chiesto di intervenire in dichiarazione di voto, vi hanno rinunciato.

BAIO (Ulivo). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BAIO (Ulivo). Signor Presidente, chiedo di poter allegare agli atti il mio intervento.

PRESIDENTE. La Presidenza l'autorizza in tal senso.

Metto ai voti la mozione n. 88 (testo 2), presentata dal senatore Tofani e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 90, presentata dalla senatrice Bianconi e da altri senatori.

**È approvata.**

Metto ai voti la mozione n. 94 (testo 2), presentata dal senatore Silvestri e da altri senatori.

**È approvata.**

**Interpellanze e interrogazioni, annunzio**

PRESIDENTE. Comunico che sono pervenute alla Presidenza interpellanze e interrogazioni, pubblicate nell'allegato B al Resoconto della seduta odierna.

**Ordine del giorno  
per le sedute di mercoledì 18 aprile 2007**

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi domani, in due sedute pubbliche, la prima alle ore 9,30 e la seconda alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

Discussione del disegno di legge:

Conversione in legge del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, recante disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario (1411).

La seduta è tolta (*ore 19,55*).

Allegato A

## MOZIONI

**Mozioni sull'industria agro-alimentare**

(1-00051) (21 novembre 2006)

**Approvata**

DE PETRIS, MARCORÀ, 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, PELLEGATTA, TURIGLIATTO, BAIO, 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)

### **Approvata**

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 atti-

vità 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)

**Approvata. Votata per parti separate**

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

premesso 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)

**Respinti il quarto e l'ultimo capoverso del dispositivo. Approvata la restante parte**

SCARPA BONAZZA BUORA, BURANI PROCACCINI, COMINCIOLI, PICCIONI, SANCIU, SANTINI, SARO, ZANETTIN, ALLEGGRINI. – 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, 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 oppor-

tunità 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 programmarsì, 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)

#### **Approvata**

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 perchè 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 *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 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'attività 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)

### **Approvata**

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

premessi 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 au-



mento 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 discriminazione 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 sog-

getti 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'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 nostro Paese. Nel 2003, poi, un'*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;

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) (03 aprile 2007)

**Approvata**

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

premesso 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 improcrastinabile 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 reparti ospedalieri, tra il percorso della fisiologa e quello della patologia, re-cependo, 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 Consulori 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 papilloma virus**

(1-00088) (30 marzo 2007)

#### **V. testo 2**

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

premesso 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.

(1-00088) (Testo 2) (17 aprile 2007)

### **Approvata**

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

premesso 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, a valutare la possibilità di estendere la gratuità del farmaco anche alle ragazze in età compresa tra i 13 e i 26 anni sulla base delle considerazioni del Consiglio Superiore della Sanità.

(1-00090) (04 aprile 2007)

#### **Approvata**

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

premesso 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 12 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 ridurne 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)

## V. testo 2

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

premesso 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.

(1-00094) (Testo 2) (17 aprile 2007)

### **Approvata**

SILVESTRI, BAIO, 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;

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 del Ministero della Salute di iniziative rivolte a verificare la possibilità di ridurre il prezzo di vendita sul mercato del vaccino di cui trattasi.

Allegato B**Integrazione all'intervento della senatrice Baio  
sulle mozioni 1-00045, 1-00087 e 1-00089**

La necessità di istituire un corso di studi specifico presso la Facoltà di Medicina; sviluppare e innovare la rete dei consultori; sostenere la sperimentazione della medicina di genere; istituire un Osservatorio sul benessere e la salute della donna, dei bambini e degli adolescenti; considerare il punto di vista di genere come una delle linee guida del Servizio Sanitario Nazionale; coinvolgere la rete dei Centri anti violenza in un'opera di monitoraggio e prevenzione della violenza alle donne, soprattutto durante e subito dopo la gravidanza. Tutti questi elementi sono un punto di partenza ideale per garantire un processo di crescita e di completa integrazione del genere umano. Sono gli strumenti attraverso cui sviluppare un'efficace politica di prevenzione perché, solo con il radicarsi della cultura della diagnosi precoce, si può ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita delle donne.

È importante, allo stesso modo, stabilire, presso l'Osservatorio, un dipartimento con lo specifico obiettivo di concentrarsi sulle problematiche sociali e culturali delle donne immigrate. Una politica attenta verso dati sensibili quali la cultura, la religione, la provenienza geografica e i diversi approcci terapeutici non può ignorare la rilevanza di queste caratteristiche sociali determinanti.

A fronte di una sempre maggiore esigenza d'integrare, in ogni pratica sanitaria, il punto di vista delle donne, la messa a punto di linee guida che integrino nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca medica valutazioni relative a entrambi i sessi assume un'importanza fondamentale.

Per tutti questi motivi esprimo un voto favorevole alla mozione della collega senatrice Serafini e a quella delle colleghe Valpiana e Bianconi.

Sen. BAIO

**Testo integrale dell'intervento del sottosegretario Gaglione in sede di replica nella discussione delle mozioni 1-00088, 1-00090 e 1-00094**

Il Ministero della Salute risponde alle mozioni in esame, a seguito di delega della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il primo vaccino per la prevenzione delle lesioni precancerose (CIN 2/3) e del carcinoma della cervice, delle lesioni displastiche della vulva (VIN 2/3) e dei condilomi genitali (Gardasil, ditta Sanofi Pasteur MSD), è stato recentemente autorizzato con procedura centralizzata europea.

In particolare, questo vaccino previene le lesioni causate da HPV 6 e 11, responsabili del 90 per cento circa dei condilomi genitali, e dei genotipi 16 e 18, ai quali vengono attribuiti circa il 70 per cento dei carcinomi della cervice.

Con Determinazione 28 febbraio 2007, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha deliberato sul regime di rimborsabilità e sul prezzo di vendita del vaccino anti-HPV Gardasil.

Il vaccino è stato classificato in classe H-RR (dispensazione attraverso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale – medicinale soggetto a prescrizione medica), ne è prevista la gratuità per le bambine nel corso del dodicesimo anno di vita ed è sottoposto a sorveglianza e monitoraggio da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Si precisa, inoltre, che presso l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) è in corso la valutazione di un vaccino bivalente contro l'HPV 16 e 18 (Cervarix, ditta Glaxo Smith Kline).

L'infezione da HPV è la più comune tra le malattie sessualmente trasmesse; si stima, infatti, che oltre il 75 per cento delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV, ed il 50 per cento delle donne si infetti con un tipo a rischio oncogeno.

Tuttavia la maggior parte (70-90 per cento) delle infezioni è transitoria, perché il virus viene eliminato dal sistema immunitario prima di sviluppare un effetto patogeno.

In caso di infezioni persistenti, la progressione verso le lesioni precancerose e il tumore richiede comunque molti anni.

In particolare, l'intervallo tra le lesioni precancerose iniziali della cervice uterina e l'insorgenza del carcinoma può essere di decenni.

Lo *screening* per il carcinoma della cervice (PAP-test) consente quindi di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma.

Infatti, nelle nazioni che hanno avviato programmi di *screening* organizzati basati sull'offerta del PAP-test, si è assistito nelle ultime decadi ad un importante decremento dell'incidenza di questa neoplasia.

Attualmente nel nostro Paese la prevenzione del carcinoma della cervice è basata sull'esecuzione del PAP-test, raccomandato ogni tre anni per le donne tra 25 e 64 anni.



Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, l'adesione ai programmi organizzati di *screening* della cervice è andata aumentando nel tempo.

Infatti, tali programmi hanno avuto nel 2004 come popolazione *target* il: 64 per cento delle donne italiane di 25-64 anni, rispetto al 16 per cento del 1998.

Molte donne, inoltre, effettuano il PAP-test pur non aderendo a programmi di screening organizzato: risulta che il 78 per cento delle donne in età da *screening* ha eseguito almeno un PAP-test a scopo preventivo e che circa il 70 per cento lo ha effettuato negli ultimi 3 anni.

L'infezione da HPV viene acquisita abbastanza precocemente nel corso dei primi anni di attività sessuale.

Pertanto, il modo più razionale ed efficiente di impiegare questo nuovo vaccino è quello di offrirlo attivamente subito prima dell'inizio dell'attività sessuale, inducendo così una protezione elevata prima di un eventuale contagio da HPV.

Tale scelta strategica è, d'altronde, coerente con i principi della prevenzione vaccinale, il cui successo si fonda proprio sulla protezione immunitaria prima dell'esposizione all'agente infettivo.

Considerando le evidenze scientifiche attualmente disponibili, e coerentemente con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, contestualizzate nella realtà italiana, il dodicesimo anno di vita risulta il più indicato per effettuare la vaccinazione, in quanto il beneficio è massimo proprio nelle pre-adolescenti.

In questa fascia d'età, infatti, è stata osservata la migliore risposta immunitaria al vaccino e la probabilità di aver contratto l'infezione è molto bassa poiché, nella maggior parte dei casi, non ha ancora avuto inizio l'attività sessuale.

Inoltre, tenuto conto che la vaccinazione è controindicata in gravidanza, evento raro a questa età, non sono necessarie precauzioni per evitare che insorga una gravidanza nel corso dei sette mesi necessari al completamento del ciclo vaccinale.

Non si deve infatti dimenticare che, affinché il vaccino garantisca una protezione efficace, è necessario che il ciclo a tre dosi previsto venga rispettato e completato.

Ancora, all'età di 11-12 anni, in concomitanza con la scuola dell'obbligo, è più facilmente realizzabile l'offerta attiva, e di conseguenza la vaccinazione, anche a gruppi a rischio di deprivazione sociale, ed è altresì possibile una maggiore comunicazione con le famiglie, attraverso interlocutori sanitari e sociali.

Viceversa, i tassi di copertura si riducono inevitabilmente nelle fasce di età successive e, così come per le altre vaccinazioni, è da attendersi che la mancata vaccinazione si concentri nelle classi sociali più svantaggiate, che sono a maggior rischio sia di sviluppare l'infezione sia di un mancato ricorso allo *screening*.

Inoltre, dal momento che la vaccinazione delle bambine non riduce la circolazione del virus nella popolazione, ovvero non si ha un effetto di *herd immunity*, persiste il rischio di infezione nelle non vaccinate.

Non si può trascurare, inoltre, un importante aspetto organizzativo: l'offerta della vaccinazione in questa fascia d'età comporta che essa venga praticata presso quegli stessi servizi già impegnati nelle vaccinazioni per l'infanzia, mantenendola nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, anche a garanzia di equità di accesso alla prevenzione vaccinale per la popolazione *target*.

In questo modo vengono facilitati il *follow-up* dei soggetti vaccinati, ai fini del monitoraggio sul campo della durata ed efficacia della protezione offerta dal vaccino, e la valutazione delle coperture vaccinali.

Inoltre, l'offerta vaccinale all'età di 12 anni può essere ottimizzata sfruttando l'occasione del richiamo previsto tra 11 e 15 anni per la vaccinazione antidifterica-antitetanica o in occasione del recupero della seconda dose del vaccino anti-morbillo-parotite-rosolia.

Possono, in tal modo, essere raggiunte, per l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-HPV, tutte le adolescenti in occasione del richiamo, risparmiando una visita.

Le possibili strategie vaccinali sono state recentemente discusse anche dal Consiglio Superiore di Sanità (CSS) che ha espresso all'unanimità il parere che la vaccinazione delle ragazze nel 12° anno di vita rappresenti, per il contesto italiano, la migliore strategia vaccinale.

Con Decreto del Capo del Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione del Ministero della Salute del 27 febbraio 2007, è stato costituito il «Gruppo di lavoro per l'elaborazione di raccomandazioni nazionali per la vaccinazione anti-HPV».

Il Gruppo, nel quale sono presenti rappresentanti dell'AIFA, dell'I.S.S., delle Regioni, delle società scientifiche e delle categorie professionali tradizionalmente impegnate nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie cronico-degenerative dell'apparato riproduttivo femminile, ha il mandato di «predisporre una strategia vaccinale e definire precisi indirizzi ai servizi ed agli operatori, per garantire equità d'accesso e parità di offerta attiva a tutta la popolazione *target*, su scala nazionale».

Il Gruppo, tenuto conto anche del parere tecnico scientifico del Consiglio Superiore di Sanità, ha predisposto il Documento «Proposta di strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia», ed un Piano di azione, che include tutte le attività propedeutiche e necessarie all'inizio della campagna di vaccinazione, con la relativa calendarizzazione.

È opportuno, infatti, che l'avvio della campagna di vaccinazione in tutto il Paese venga preceduto da una serie di interventi di carattere organizzativo, a garanzia dell'efficacia ed efficienza dell'intervento vaccinale e della misurabilità dell'impatto dello stesso, nonché da iniziative mirate a consentire un adeguato aggiornamento professionale di tutti gli operatori sanitari coinvolti e una appropriata informazione della popolazione, allo

scopo di evitare errori e/o fenomeni distorsivi nella percezione del significato e delle finalità di questo innovativo strumento di prevenzione.

Le tappe fondamentali del percorso al momento individuate sono, in sintesi, le seguenti:

1. approvazione in Conferenza Stato-Regioni del documento «Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia»;
2. predisposizione del protocollo concernente il corso di aggiornamento rivolto agli operatori sanitari coinvolti (modello a cascata) e del relativo pacchetto formativo, ed attuazione dei corsi ai diversi livelli;
3. preparazione e realizzazione di una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione;
4. inizio della campagna di vaccinazione, a partire dal gennaio 2008.

In occasione della riunione del Coordinamento Interregionale per la Prevenzione del 14 marzo u.s. è stata avviata con i rappresentanti regionali, per la necessaria condivisione, la verifica del suddetto Documento e del Piano d'azione.

Successivamente essi dovranno essere recepiti in un Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni, come ulteriore conferma delle scelte strategiche adottate per garantire l'offerta omogenea sul territorio nazionale.

La strategia proposta si fonda principalmente sull'offerta attiva e gratuita, attraverso le strutture del S.S.N., del vaccino anti-HPV alle ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita (dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni).

I vantaggi di questa scelta sono:

indurre la migliore risposta immunitaria al vaccino prima dell'inizio dell'attività sessuale, garantendo così la massima efficacia della vaccinazione;

rivolgersi ad un *target* di soggetti che frequentano la scuola dell'obbligo, con una offerta attiva del vaccino più facile soprattutto per i gruppi a rischio di deprivazione sociale (che sono quelli a maggior rischio di sviluppare l'infezione);

facilitare la comunicazione con le famiglie;

mantenere la vaccinazione nell'ambito del patrimonio professionale ed organizzativo delle strutture del S.S.N. deputate all'erogazione delle vaccinazioni, che costituiscono una rete di offerta vaccinale ormai consolidata e qualificata;

raggiungere elevate coperture vaccinali in breve tempo utilizzando le occasioni di contatto fra le strutture vaccinali e le adolescenti, già *target* di altri interventi vaccinali;

impiegare le anagrafi vaccinali esistenti per la registrazione delle vaccinazioni effettuate, «il *follow up*» e la valutazione delle coperture vaccinali, e per la conseguente determinazione dell'impatto della vaccina-

zione sulla popolazione (anche se sul lungo periodo), sia in termini di guadagno di salute che di risparmio della spesa sanitaria;

proporre una stima finanziaria dei costi sostenibili da tutte le Regioni, per consentire l'uniformità dell'accesso gratuito come garanzia del diritto alla prevenzione vaccinale;

promuovere l'integrazione ed il confronto con i medici della medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre categorie specialistiche tradizionalmente impegnate nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie cronico-degenerative dell'apparato riproduttivo femminile;

ridurre le disuguaglianze;

organizzare e gestire il monitoraggio dei vaccinati;

operare una stima del futuro impatto della vaccinazione.

Tale scelta strategica è supportata anche dagli studi che hanno preceduto la fase autorizzativa presso l'EMA.

In particolare, sono stati condotti studi di efficacia clinica in donne di 16-26 anni, studi di immunogenicità in donne di 16-26 anni ed in maschi e femmine di 9-15 anni, i quali dimostrano che, in bambine e ragazze tra 9 e 15 anni, il vaccino induce una risposta immunitaria maggiore di quella osservata nelle donne tra 16 e 26 anni.

Inoltre, la risposta immune è risultata significativamente più elevata nelle bambine tra 9 e 12 anni di età, rispetto alle adolescenti di età superiore ai 12 anni.

L'efficacia clinica del vaccino è risultata nettamente superiore (95 per cento) nelle donne non infettate dai tipi di HPV contenuti nel vaccino, che avevano ricevuto il ciclo vaccinale completo, rispetto al totale delle donne partecipanti agli studi effettuati, incluse le donne con infezione da HPV (27 per cento del totale) e quelle che non avevano completato il ciclo vaccinale (< 0,3 per cento del totale), in cui, invece, la stima di efficacia clinica è stata del 47 per cento.

La strategia fin qui esposta verrà affiancata dalla libera vendita del vaccino, dietro prescrizione.

Il Coordinamento Interregionale per la Prevenzione sta valutando l'opportunità di inserire nell'Accordo le modalità necessarie per facilitare l'offerta della vaccinazione anti-HPV nelle strutture vaccinali a favore delle donne, le quali, pur non rientrando nel *target* della campagna di vaccinazione di massa, potrebbero conseguire dalla somministrazione del vaccino effetti benefici sulla salute.

La disponibilità del vaccino anti-HPV, che rappresenta soprattutto una rilevante opportunità per l'intera comunità, impone, peraltro, delle riflessioni per l'impegno operativo richiesto e per le molteplici implicazioni correlate all'identificazione della migliore strategia operativa.

La disponibilità di uno strumento di prevenzione primaria avverso una patologia che colpisce la donna con ricadute doppiamente penalizzanti, come malattia oncologica e come malattia dell'apparato riproduttivo, rischia, qualora non sia preceduta ed accompagnata da una pianifica-

zione meticolosa e da una informazione corretta, di produrre aspettative non appropriate.

Un ulteriore pericolo è quello di trascurare l'importanza, e pertanto, di accantonare quelle azioni di verifica necessarie alla valutazione dell'impatto e dell'efficacia degli interventi realizzabili in questo ambito.

Il compito del Ministero della Salute e delle Regioni, appare, pertanto, quello di governare la disponibilità di tale strumento di prevenzione, fornendo indirizzi coerenti alle strutture ed agli operatori, sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di garantire equità di accesso e parità di offerta attiva delle prestazioni sanitarie, incluse quelle di prevenzione primaria, al *target* nazionale dell'intera popolazione.

In caso contrario si verrebbe a creare una situazione di difformità nelle modalità di accesso e di pagamento e, addirittura, differenti modalità di offerta nelle Aziende Sanitarie di una stessa Regione, con conseguenze negative, tra l'altro, sull'esito positivo degli interventi vaccinali.

Il prezzo del vaccino disponibile sul mercato differisce dal prezzo pagato dal Servizio Sanitario Nazionale per la somministrazione di vaccinazione pubblica. Quest'ultimo è il frutto di una contrattazione svolta dall'A.I.F.A. con l'impresa produttrice ed è stato determinato sulla base del presupposto che – in base alle evidenze scientifiche precedentemente illustrate – la somministrazione del vaccino è stata decisa per una coorte di popolazione corrispondente a 250.000 unità (pari a 750.000 dosi). Il prezzo del vaccino sul mercato viene determinato di conseguenza, calcolando sulla base del prezzo *ex factory* i margini che la legge prevede per i distributori e i farmacisti.

Poiché è possibile presumere (ma non assicurare) che l'introduzione del vaccino sul mercato importi un aumento delle unità vendute e una conseguente diminuzione dei costi per l'impresa produttrice, il Ministero è orientato ad incaricare l'A.I.F.A. di aprire un tavolo che coinvolga l'azienda produttrice, i grossisti e i farmacisti, onde verificare la disponibilità dei soggetti indicati a rinunciare a una parte del proprio margine di profitto a vantaggio di una riduzione del prezzo di mercato, che possa contribuire ad aumentare la propensione all'acquisto da parte della popolazione femminile.

Non sembra invece perseguibile quanto richiesto nell'opzione, ossia di affidare alle Regioni anche l'acquisto delle confezioni destinate alla normale vendita al pubblico, sia per la difficoltà di determinare in via preventiva la quantità di unità di vaccino che potrà essere venduta, sia per gli elevati costi e l'alea relative alle procedure di cessione al pubblico.

È opportuno precisare che il vaccino non ha alcun effetto terapeutico, per cui non è efficace nelle donne con infezione pregressa o in corso con uno dei ceppi vaccinali, e, allo stato attuale delle conoscenze, è efficace, comunque, solo nei confronti dei ceppi di HPV contenuti nel vaccino stesso e, di conseguenza, risulta utile per la prevenzione dei soli casi di cervicocarcinoma associati a queste infezioni.

Pertanto la vaccinazione, sicuramente utile, non esclude, tuttavia, l'opportunità di continuare ad attuare programmi di *screening* e di investire risorse per implementarli sul territorio nazionale e migliorarne la copertura.

Lo *screening*, infatti, continuerà ad essere essenziale sia nelle donne vaccinate, per la prevenzione di quelle lesioni tumorali associate ad altri ceppi oncogeni di HPV, sia nelle donne non vaccinate.

*Sottosegretario* GAGLIONE

**Dichiarazione di voto della senatrice Baio  
sulle mozioni 1-00088, 1-00090 e 1-00094**

Il cancro alla cervice uterina rappresenta un importante problema sanitario che riveste un'attenzione primaria nella politica di questo Governo. A livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati nel mondo e, in Italia, attualmente determina la morte di circa 1.700 donne all'anno.

Il carcinoma cervicale è il primo cancro ad essere riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), come totalmente riconducibile ad un'infezione. È, infatti, causato dall'infezione genitale da virus del papilloma umano (Hpv).

L'infezione da Hpv è estremamente diffusa nella popolazione, si stima, infatti, che oltre il 75 per cento delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus Hpv, con un picco di prevalenza nelle giovani donne fino a 25 anni di età.

Si comprende quindi l'importanza e l'urgenza di una efficace prevenzione. La politica di questo Governo è una politica responsabile che guarda alle donne, in questa direzione, il Ministro della Salute Livia Turco, dal momento del suo insediamento, dal «*new deal*», al patto per la salute, alla finanziaria, ha promosso un efficace programma di prevenzione. Una delle garanzie di questo impegno viene dimostrata dalla distribuzione gratuita del vaccino anti HPV a tutte le adolescenti fino a 12 anni di età.

Sono tre le possibilità di evoluzione dell'infezione da Hpv: regressione, persistenza e progressione. La probabilità di progressione delle lesioni è correlata anche ad altri fattori, quali l'elevato numero di partner sessuali, il fumo di sigaretta, l'uso a lungo termine di contraccettivi orali e la co-infezione con altre infezioni sessualmente trasmesse. Generalmente il tempo che intercorre tra l'infezione e l'insorgenza delle lesioni precancerose è di circa cinque anni, per questo, la prevenzione del carcinoma è basata su programmi di *screening* mediante Pap-test, che consentono di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che queste evolvano in carcinoma.

La gravità e la pericolosità di questo virus, impongono un impegno importante da parte di questo Governo, un impegno che deve necessariamente orientarsi verso una più accessibile via di prevenzione. La vaccinazione, in questo senso, rappresenta un obiettivo primario contro l'insorgere del cancro alla cervice uterina.

Il Sistema Sanitario Italiano offre da anni lo *screening* organizzato e gratuito mediante Pap-test a tutte le donne in età 25-64 anni. Le informazioni scientifiche oggi disponibili dicono che siamo in presenza di un vaccino sicuro, ben tollerato e in grado di prevenire, nella quasi totalità dei casi, l'insorgenza di un'infezione responsabile, attualmente, del 70 per cento dei casi di questo tumore. Cercare di incentivare la popolazione femminile a sottoporsi allo *screening* è uno dei passi che questo Governo

sta già compiendo, ma è un cammino che deve imporsi con più forza perché sono ancora poche le donne che si sottopongono al test.

L'efficacia clinica del vaccino nel prevenire le lesioni precancerose, è stata valutata mediante studi clinici effettuati su donne tra 16 e 26 anni e la persistenza degli anticorpi è stata dimostrata per i 4 anni successivi alla vaccinazione.

È evidente come una strategia vaccinale sia doverosa, in modo da garantire a tutti i cittadini un accesso sicuro a tutte le vie di prevenzione e di cura possibili. Il vaccino si inquadra in una politica giusta di prevenzione ed è un grande passo in avanti per la ricerca oncologica e virale.

Ad agosto 2006, l'Oms ha pubblicato una guida per l'introduzione dei vaccini anti-Hpv, in cui riporta che le pre-adolescenti tra 9-13 anni di età rappresentano il *target* primario della vaccinazione. La somministrazione prima dell'inizio dei rapporti sessuali è, infatti, particolarmente vantaggiosa perché induce una protezione elevata prima di un eventuale contagio con Hpv. L'Oms evidenzia, quindi, l'importanza di identificare in ogni nazione la strategia più appropriata per offrire il vaccino.

Attualmente il vaccino è disponibile in 26 Paesi in Europa e 55 in tutto il mondo, ma è l'Italia la prima Nazione in cui si è deciso di distribuirlo gratuitamente, per ora solo alle dodicenni. Il vaccino sarà fondamentale nei Paesi in via di sviluppo e rappresenta un impegno importante nei confronti delle donne.

In Italia le possibili strategie vaccinali sono state recentemente discusse anche dal Consiglio superiore di sanità (Css), nel corso della seduta dell'11 gennaio 2007. Il Css ha espresso, all'unanimità, il parere che la vaccinazione delle ragazze nel 12° anno di vita rappresenti, per il contesto italiano, la migliore e prioritaria strategia vaccinale. Il programma approvato dal Ministro della Salute Livia Turco stabilisce l'avvio del programma di vaccinazione gratuito a partire dal 2008: si stima che le dodicenni saranno circa 280.000 e la spesa complessiva per il SSN è pari a 75 milioni di euro.

In questo senso, il compito di un Governo coerente e responsabile è di riuscire a far comprendere l'importanza del vaccino per prevenire il rischio di contrarre il cancro alla cervice uterina in età adulta; di garantire, con l'ausilio delle apposite strutture ambulatoriali, una maggiore informazione sui rischi connessi alle malattie infettive sessualmente trasmesse; di promuovere l'adozione da parte del Ministero della Salute di iniziative rivolte a verificare la possibilità di ridurre il prezzo di vendita sul mercato del vaccino, anche tramite l'attivazione di programmi sanitari destinati ai gruppi di donne individuate dal monitoraggio del piano vaccinale del Ministero della Salute.

Per tutti questi motivi esprimo un voto favorevole alla mozione presentata dal mio collega senatore Silvestri.

Sen. BAIO



### **Congedi e missioni**

Sono in congedo i senatori: Cossiga, Di Bartolomeo, Mugnai e Santini.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Cantoni, Del Roio, Manzella, Nessa e Pinzger, per attività dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa.

### **Domande di autorizzazione a procedere in giudizio ai sensi dell'articolo 96 della Costituzione, presentazione di relazioni**

In data 12 aprile 2007, a nome della Giunta delle elezioni e delle immunità parlamentari, il senatore Manzione ha presentato la relazione sulla domanda di autorizzazione a procedere in giudizio ai sensi dell'articolo 96 della Costituzione nei confronti del professor Antonio Marzano, nella sua qualità di Ministro delle attività produttive *pro-tempore*, nonché dei signori Giovanni Bruno, Roberto Marraffa, Massimo Pica, Roberto Pettrassi, Carlo Lancella, Walter Cretella Lombardo ed Ernesto Marzano (*Doc. IV-bis*, n. 1/*bis-A*).

### **Disegni di legge, annuncio di presentazione**

Senatori Binetti Paola, Baio Emanuela, Adragna Benedetto, Banti Egidio, Bobba Luigi, Bosone Daniele, Fazio Bartolo, Ladu Salvatore, Lusi Luigi, Marcora Luca, Morgando Gianfranco, Papania Antonino, Pasetto Giorgio, Pollastri Edoardo, Procacci Giovanni, Sinisi Giannicola

Misure a sostegno dell'accesso all'abitazione per le giovani famiglie (1475)

(presentato in data 16/4/2007);

DDL Costituzionale

senatore Stiffoni Piergiorgio

Modifiche alla Parte II, Titolo V della Costituzione in materia di autonomie provinciali e locali. Attribuzione alla provincia di Treviso dello statuto d'autonomia provinciale (1476)

(presentato in data 16/4/2007);

senatore Leoni Giuseppe

Modifiche al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 Codice delle assicurazioni private, concernenti l'iscrizione al registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi e i requisiti per l'iscrizione al medesimo (1477)

(presentato in data 16/4/2007);

senatori Emprin Gilardini Erminia, Valpiana Tiziana, Alfonzi Daniela, Zuccherini Stefano

Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, in materia di professioni infermieristiche (1478)  
(presentato in data 16/4/2007);

senatrice Soliani Albertina

Delega al Governo per la riforma della disciplina delle attività educative di tempo pieno nella scuola primaria (1479)  
(presentato in data 17/4/2007);

senatore Cicolani Angelo Maria

Riordino del sistema aeroportuale della capitale ed istituzione del parco dell'aria di Rieti (1480)  
(presentato in data 17/4/2007);

senatore Cutrufo Mauro

Modifiche al decreto legislativo 20 dicembre 1993, n. 533, per l'elezione del Senato della Repubblica (1481)  
(presentato in data 17/4/2007);

senatore Pontone Francesco

Modifiche al DPR 29 settembre 1973, n. 602, recante disposizioni sulla riscossione delle imposte sul reddito, in tema di espropriazione mobiliare ed immobiliare, fermo amministrativo ed ipoteca giudiziale (1482)  
(presentato in data 17/4/2007);

senatore Colombo Furio

Disposizioni in materia di conflitti di interesse e di incompatibilità dei titolari delle cariche di governo, con particolare attenzione al controllo di imprese e capitali e di attività aziendali nel settore dell'informazione, comunicazioni, reti mobili o fisse di telefonia, attività informatiche (1483)  
(presentato in data 17/4/2007).

### **Disegni di legge, assegnazione**

*In sede referente*

*1<sup>a</sup> Commissione permanente Affari Costituzionali*

sen. De Simone Andrea Carmine

Disposizioni in materia di accesso al futuro per le giovani generazioni e deleghe al Governo in materia di riordino delle professioni intellettuali e in materia di istituzione della «Carta giovani» (1323)

previ pareri delle Commissioni 2<sup>a</sup> (Giustizia), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 6<sup>a</sup> (Finanze e tesoro), 7<sup>a</sup> (Istruzione pubblica, beni culturali), 8<sup>a</sup> (Lavori pubblici, comu-

nicazioni), 10<sup>a</sup> (Industria, commercio, turismo), 11<sup>a</sup> (Lavoro, previdenza sociale), 14<sup>a</sup> (Politiche dell'Unione europea), Commissione parlamentare questioni regionali

(assegnato in data 17/04/2007);

*1<sup>a</sup> Commissione permanente Affari Costituzionali*

Delega al Governo per l'attuazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione e per l'adeguamento delle disposizioni in materia di enti locali alla legge costituzionale n. 3 del 2001 (1464)

previ pareri delle Commissioni 5<sup>a</sup> (Bilancio), 6<sup>a</sup> (Finanze e tesoro), Commissione parlamentare questioni regionali

(assegnato in data 17/04/2007);

*2<sup>a</sup> Commissione permanente Giustizia*

sen. Berselli Filippo

Delega al Governo per la istituzione e la regolamentazione della professione intellettuale di ufficiale giudiziario (1305)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 6<sup>a</sup> (Finanze e tesoro), 14<sup>a</sup> (Politiche dell'Unione europea)

(assegnato in data 17/04/2007);

*6<sup>a</sup> Commissione permanente Finanze e tesoro*

sen. Benvenuto Giorgio

Disposizioni in materia di cambiale finanziaria (1444)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 2<sup>a</sup> (Giustizia), 5<sup>a</sup> (Bilancio)

(assegnato in data 17/04/2007);

*6<sup>a</sup> Commissione permanente Finanze e tesoro*

sen. Benvenuto Giorgio

Trattamento tributario del lavoro dipendente prestato fuori del territorio nazionale da parte di lavoratori fiscalmente residenti (1446)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio)

(assegnato in data 17/04/2007);

*7<sup>a</sup> Commissione permanente Istruzione pubblica, beni culturali*

sen. Russo Spena Giovanni ed altri

Nuove disposizioni in materia di stato giuridico, reclutamento e valutazione dei docenti universitari (1439)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio)

(assegnato in data 17/04/2007);

*8<sup>a</sup> Commissione permanente Lavori pubblici, comunicazioni*

sen. Brutti Paolo

Norme per l'accelerazione e la semplificazione di interventi di realizzazione di opere pubbliche con risorse private (1295)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 2<sup>a</sup> (Giustizia), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 6<sup>a</sup> (Finanze e tesoro), 10<sup>a</sup> (Industria, commercio, turismo), 13<sup>a</sup> (Territorio, ambiente, beni ambientali)

(assegnato in data 17/04/2007);

*8<sup>a</sup> Commissione permanente Lavori pubblici, comunicazioni*

sen. Cutrufo Mauro

Disposizioni a sostegno della mobilità su due ruote e modifiche al codice della strada (1425)

previ pareri delle Commissioni 2<sup>a</sup> (Giustizia), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 7<sup>a</sup> (Istruzione pubblica, beni culturali), 10<sup>a</sup> (Industria, commercio, turismo), Commissione parlamentare questioni regionali

(assegnato in data 17/04/2007);

*11<sup>a</sup> Commissione permanente Lavoro, previdenza sociale*

sen. Martinat Ugo

Riduzione dell'aliquota previdenziale e assistenziale per i portieri (1367)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio)

(assegnato in data 17/04/2007);

*11<sup>a</sup> Commissione permanente Lavoro, previdenza sociale*

sen. Ciccanti Amedeo

Modifica all'articolo 42 del testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, in materia di prepensionamento dei genitori di portatori di handicap in condizioni di gravità (1400)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 12<sup>a</sup> (Igiene e sanità)

(assegnato in data 17/04/2007);

*12<sup>a</sup> Commissione permanente Igiene e sanità*

sen. Marino Ignazio Roberto ed altri

Norme a sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani e della cura delle malattie rare (1426)

previ pareri delle Commissioni 1<sup>a</sup> (Affari Costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 6<sup>a</sup> (Finanze e tesoro), 7<sup>a</sup> (Istruzione pubblica, beni culturali), 10<sup>a</sup> (Industria, commercio, turismo), 14<sup>a</sup> (Politiche dell'Unione europea), Commissione parlamentare questioni regionali

(assegnato in data 17/04/2007);

*Commissioni 1<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> riunite*

sen. Casson Felice

Norme concernenti la competenza dei comuni a tutela della salute e dell'ambiente in materia di impianti di trasmissione radiotelevisiva e di impianti di telefonia mobile (1077)

previ pareri delle Commissioni 7<sup>a</sup> (Istruzione pubblica, beni culturali), 8<sup>a</sup> (Lavori pubblici, comunicazioni), 11<sup>a</sup> (Lavoro, previdenza sociale), 12<sup>a</sup> (Igiene e sanità), 13<sup>a</sup> (Territorio, ambiente, beni ambientali), Commissione parlamentare questioni regionali (assegnato in data 17/04/2007).

**Governo, richieste di parere per nomine in enti pubblici**

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento e le riforme istituzionali, con lettera in data 12 aprile, ha trasmesso – per l'acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell'articolo 1 della legge 24 gennaio 1978, n. 14 – la proposta di nomina del generale di squadra aerea (aus.) Piergiorgio Crucoli a Presidente dell'Opera nazionale per i figli degli aviatori (ONFA) (n. 30).

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, la proposta di nomina è deferita alla 4<sup>a</sup> Commissione permanente, che esprimerà il parere entro il 7 maggio 2007.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento e le riforme istituzionali, con lettera in data 12 aprile, ha trasmesso – per l'acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell'articolo 1 della legge 24 gennaio 1978, n. 14 – la proposta di nomina dell'avvocato Giancarlo Viglione a Presidente dell'Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici (APAT) (n. 31).

Ai sensi della predetta disposizione e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, la proposta di nomina è deferita alla 13<sup>a</sup> Commissione permanente, che esprimerà il parere entro il 7 maggio 2007.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento e le riforme istituzionali, con lettera in data 12 aprile 2007, ha trasmesso - per l'acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell'articolo 1 della legge 24 gennaio 1978, n. 14, nonché dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204 – la proposta di nomina del professor Roberto Petronzio a Presidente dell'Istituto nazionale di fisica nucleare (INFN)(n. 32).

Ai sensi delle predette disposizioni e dell'articolo 139-*bis* del Regolamento, la proposta di nomina è deferita alla 7<sup>a</sup> Commissione permanente, che esprimerà il parere entro il 7 maggio 2007.

Il Ministro per le politiche giovanili e le attività sportive, con lettera del 30 marzo 2007 integrata dalla successiva nota del 13 aprile, ha trasmesso – per l’acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell’articolo 1 della legge 24 gennaio 1978, n. 14, e secondo le procedure di cui all’articolo 1, comma 1297, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni – la proposta di nomina del dottor Andrea Cardinaletti a Presidente dell’Istituto per il credito sportivo (n. 33).

Ai sensi delle predette disposizioni e dell’articolo 139-*bis* del Regolamento, la proposta di nomina è deferita alla 6<sup>a</sup> Commissione permanente, che esprimerà il parere entro il 7 maggio 2007.

Il Ministro per le politiche europee, con lettera del 5 aprile 2007 integrata dalla successiva nota del 13 aprile, ha trasmesso – per l’acquisizione del parere parlamentare, ai sensi dell’articolo 1, comma 5, della legge 23 giugno 2000, n. 178 – la proposta di nomina della dottoressa Valeria Romano ad Amministratore del Centro nazionale di informazione e documentazione europea (n. 34).

Ai sensi della predetta disposizione e dell’articolo 139-*bis* del Regolamento, la proposta di nomina è deferita alla 14<sup>a</sup> Commissione permanente, che esprimerà il parere entro il 7 maggio 2007.

### **Governo, trasmissione di atti e documenti**

Il Ministero degli affari esteri, con lettera in data 5 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell’articolo 4 della legge 11 dicembre 1984, n. 839, gli Atti internazionali firmati dall’Italia i cui testi sono pervenuti al Ministero degli affari esteri entro il 15 marzo 2007 (Atto n. 136).

La predetta documentazione è stata trasmessa, ai sensi dell’articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 3<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento e le riforme istituzionali, con lettera in data 23 marzo 2007, ha inviato, ai sensi dell’articolo 2-*duodecies*, comma 4, della legge 31 maggio 1965, n. 575, come introdotto dall’articolo 3, comma 2, della legge 7 marzo 1996, n. 109, la relazione – aggiornata al 31 gennaio 2007 – sulla consistenza, destinazione e utilizzo dei beni sequestrati o confiscati, e stato dei procedimenti di sequestro e confisca (*Doc. CLIV*, n. 2).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell’articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 2<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro dell'economia e delle finanze, con lettera in data 10 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 1, comma 229, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la relazione sullo stato della liquidazione degli enti pubblici, relativa al 2006 (*Doc. CCXXIX*, n. 2).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 10<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro degli affari esteri, con lettera in data 3 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 9 della legge 15 ottobre 1991, n. 344, recante «Provvedimenti in favore dei profughi italiani», la relazione sullo stato di attuazione della legge recante provvedimenti in favore dei profughi italiani, per l'anno 2006 (*Doc. CVI*, n. 1).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 1<sup>a</sup> e alla 3<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro degli affari esteri, con lettera in data 12 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 9 della legge 18 novembre 1995, n. 496, come sostituito dall'articolo 6 della legge 4 aprile 1997, n. 93, la relazione sullo stato di esecuzione della convenzione sulle armi chimiche e sugli adempimenti effettuati dall'Italia nel 2006 (*Doc. CXXXI*, n. 1).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 3<sup>a</sup> e alla 4<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro degli affari esteri, con lettera in data 12 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 4 della legge 15 dicembre 1998, n. 484, la relazione sullo stato di esecuzione del Trattato per il bando totale degli esperimenti nucleari, riferita all'anno 2006 (*Doc. CXXXIX*, n. 1).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 3<sup>a</sup> e alla 4<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, con lettera in data 30 marzo 2007, ha inviato, ai sensi degli articoli 5, comma 1, della legge 9 luglio 1990, n. 185, e dell'articolo 10, comma 6, del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 89, la relazione sulle operazioni autorizzate e svolte per il controllo dell'esportazione, importazione e transito dei materiali di armamento nonché dell'esportazione e del transito dei prodotti ad alta tecnologia, relativa all'anno 2006 (*Doc. LXVII*, n. 2).

Il predetto documento sarà trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 1<sup>a</sup>, alla 3<sup>a</sup>, alla 4<sup>a</sup>, alla 6<sup>a</sup> e alla 10<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro dell'interno, con lettera in data 13 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 29 ottobre 1991, n. 345, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 1991, n. 410, la relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia (DIA) nel secondo semestre 2006 (*Doc. LXXIV*, n. 2).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 1<sup>a</sup> e alla 2<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 12 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 25 febbraio 1999, n. 66, il rapporto sull'attività svolta dall'Agenzia nazionale per la sicurezza del volo, per l'anno 2006 (*Doc. LXXV*, n. 2).

Il predetto documento sarà trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 8<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro dello sviluppo economico, con lettera in data 5 aprile 2007, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 15, comma 5, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, la relazione sugli interventi realizzati nelle aree sottoutilizzate e sui risultati conseguiti, con particolare riguardo alla ricaduta dell'occupazione, alla coesione sociale e alla sostenibilità ambientale, nonché alla ripartizione territoriale degli interventi, per l'anno 2006 (*Doc. XIII*, n. 1-*sexies*).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 125 del Regolamento, alla 5<sup>a</sup> Commissione permanente.

Il Ministro della salute, con lettera in data 30 marzo 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto-legge 18 giugno 1986, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1986, n. 462, recante «Misure urgenti in materia di prevenzione e repressione delle sofisticazioni alimentari», la relazione sull'attività di vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia, per l'anno 2004 (*Doc. LXXVI*, n. 6).

Il predetto documento è stato inviato, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 12<sup>a</sup> Commissione permanente.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 3 aprile 2007, ha inviato, ai sensi dell'articolo 27, comma 5, della legge 7 agosto



1990, n. 241, la relazione, predisposta dalla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi, sulla trasparenza dell'attività della Pubblica Amministrazione, relativa all'anno 2006 (*Doc. LXXVIII*, n. 1).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 1<sup>a</sup> Commissione permanente.

### **Corte costituzionale, trasmissione di sentenze**

La Corte costituzionale, con lettere in data 23 marzo e 5 aprile 2007, ha inviato, a norma dell'articolo 30, comma 2, della legge 11 marzo 1953, n. 87, copia delle sentenze n. 103 del 19 marzo 2007 e n. 116 del 21 marzo 2007, depositate in cancelleria – rispettivamente – il successivo 23 marzo e 5 aprile 2007, con le quali la Corte stessa ha dichiarato l'illegittimità costituzionale:

dell'articolo 3, comma 7, della legge 15 luglio 2002, n. 145 (Disposizioni per il riordino della dirigenza statale e per favorire lo scambio di esperienze e l'interazione tra pubblico e privato), nella parte in cui dispone che «i predetti incarichi cessano il sessantesimo giorno dalla data di entrata in vigore della presente legge, esercitando i titolari degli stessi in tale periodo esclusivamente le attività di ordinaria amministrazione». Il predetto documento (*Doc. VII*, n. 65) è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 139, comma 1, del Regolamento, alla 1<sup>a</sup> Commissione permanente;

dell'articolo 22, comma 1, della legge della regione Calabria 26 giugno 2003, n. 8 (Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario, collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2003 – articolo 3, comma 4, della legge regionale n. 8 del 2002), nella parte in cui stabilisce che eventuali sopravvivenze attive e passive delle sopresse gestioni liquidatorie delle unità sanitarie locali rimangono di pertinenza delle aziende sanitarie competenti e a tal fine le disponibilità finanziarie dei conti correnti accesi presso le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato sono iscritte nel conto «Accostamento spese *ex* gestioni liquidatorie»;

dell'articolo 22, comma 2, della stessa legge della regione Calabria n. 8 del 2003. Il predetto documento (*Doc. VII*, n. 66) è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 139, comma 1, del Regolamento, alla 1<sup>a</sup> e alla 12<sup>a</sup> Commissione permanente.

### **Corte dei conti, trasmissione di relazioni sulla gestione finanziaria di enti**

Il Presidente della Sezione del controllo sugli Enti della Corte dei conti, con lettere in data 11 aprile 2007, ha inviato, in adempimento al

disposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, le determinazioni e le relative relazioni sulla gestione finanziaria:

dell'Accademia nazionale dei Lincei, per gli esercizi dal 2003 al 2005 (*Doc. XV*, n. 102). Il predetto documento è stato deferito, ai sensi dell'articolo 131 del Regolamento, alla 5<sup>a</sup> e alla 7<sup>a</sup> Commissione permanente;

dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei psicologi (EN-PAP), per l'esercizio 2005 (*Doc. XV*, n. 103). Il predetto documento è stato deferito, ai sensi dell'articolo 131 del Regolamento, alla 5<sup>a</sup> e alla 11<sup>a</sup> Commissione permanente.

Alle determinazioni sono allegati i documenti fatti pervenire dagli enti suddetti ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della legge stessa.

### **Corte dei conti, trasmissione di atti**

Il Presidente della Sezione di controllo per gli affari comunitari ed internazionali della Corte dei conti ha inviato, con lettera in data 20 febbraio 2007, la delibera 2/2007 con la quale la Sezione ha approvato l'indagine speciale sulle «Irregolarità e frodi in materia di fondi strutturali con particolare riguardo al FESR nelle regioni obiettivo 1» (Atto n. 135).

Il predetto documento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, secondo periodo, del Regolamento, alla 14<sup>a</sup> Commissione permanente.

### **Interrogazioni, apposizione di nuove firme**

La senatrice Gaggio Giuliani ha aggiunto la propria firma all'interrogazione 4-01708 dei senatori Palermo ed altri.

### **Interpellanze**

SOLIANI, PIGNEDOLI. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri della pubblica istruzione e dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

le gravi e preoccupanti notizie sulla situazione finanziaria degli istituti scolastici, provenienti da tutto il Paese, allarmano l'opinione pubblica già scossa dalle difficoltà e dal disagio che la scuola attraversa in questa fase;

la situazione è ben conosciuta a tutti i livelli dell'amministrazione scolastica, e tuttavia fino a questo momento non si ha notizia di soluzioni certe al riguardo;

i finanziamenti comunicati alle istituzioni scolastiche per l'anno 2007 risultano ridotti di circa un terzo (–31%) rispetto a quelli dell'anno

precedente, e l'assegnazione dei fondi per le supplenze risulta addirittura pressoché dimezzata rispetto alla spesa storica (-82%);

l'assommarsi dei tagli che si sono succeduti negli anni 2002-2006, a seguito delle politiche economiche del Governo Berlusconi, ha finito per sottrarre al sistema scolastico circa 1.000 milioni di euro;

nell'attuale situazione di carenza – ormai generalizzata – di liquidità finanziaria, le istituzioni scolastiche si trovano spesso nell'impossibilità di pagare le supplenze (alcuni docenti sono senza stipendio da mesi), con grave pregiudizio non solo per l'attività didattica ma per la stessa custodia degli alunni, soprattutto nella scuola di base;

per far fronte alla mancanza di risorse le istituzioni scolastiche del secondo ciclo sono costrette a fare appello alla contribuzione spontanea delle famiglie degli studenti per spese di natura ordinaria che dovrebbero essere finanziate dallo Stato;

considerato che:

il buon andamento dell'attività amministrativa e finanziaria della scuola è condizione necessaria per la sua progettazione, la qualità del servizio erogato, la fiducia nella possibilità di conseguire gli obiettivi nel medio-lungo periodo, la possibilità stessa di una valutazione adeguata rispetto alle sfide che oggi investono l'istruzione;

la garanzia dell'effettività del diritto costituzionale all'istruzione è data innanzitutto dalle condizioni materiali che lo determinano: edifici, orari, personale docente (organico di diritto, di fatto, di sostegno, supplenze), continuità dell'attività didattica, pagamento del personale delle commissioni per gli esami di Stato, eccetera;

in questo quadro di forte carenza di risorse e di incertezza per la situazione futura, il personale dirigente e amministrativo delle istituzioni scolastiche è messo a dura prova dalle condizioni drammatiche in cui si trova ad operare, esposto al rischio di irregolarità amministrativo-contabili, contenziosi e paralisi della gestione della scuola;

negli ultimi anni è cresciuto anche il disagio del personale docente, ormai impegnato a orario pieno di cattedra, senza possibilità di assicurare la disponibilità per le supplenze e per le attività di arricchimento formativo, con grave detrimento per l'efficacia dell'attività didattica e l'efficienza dell'organizzazione scolastica,

si chiede di sapere:

considerato che al secondo punto del Piano del Presidente del Consiglio per il rilancio dell'azione di Governo figura un «Impegno forte per la cultura, scuola, università, ricerca e innovazione», quali valutazioni o circostanze abbiano indotto a ridurre il contributo per il funzionamento ordinario delle istituzioni scolastiche per l'anno 2007 a un livello significativamente inferiore a quello dell'anno precedente, tale da non consentire nemmeno lo svolgimento delle funzioni essenziali;

quali interventi il Governo intenda mettere in atto per affrontare da subito la questione della cronica insufficienza di liquidità finanziaria delle scuole e i conseguenti problemi di esposizione debitoria – a partire dal-

l'imposta sui rifiuti dovuta dalle scuole ai Comuni (TARSU) – e di grave difficoltà gestionale posti in capo ai dirigenti scolastici;

in particolare, in quale modo intenda il Governo affrontare sul piano strategico per l'anno scolastico 2007-2008 il problema del finanziamento ordinario delle istituzioni scolastiche, tenuto conto delle spese per le supplenze, per il pagamento dei docenti degli esami di Stato, per la progettazione, per le spese di ordinaria gestione, e come intenda semplificare il procedimento per le supplenze.

(2-00174)

COSSIGA. – *Al Ministro degli affari esteri.* – Si chiede di sapere:

quali misure il Ministro in indirizzo intenda adottare per sgombrare definitivamente la vita politica italiana dai veleni sparsi dalle menzogne propalate dal capo del Governo fantoccio afgano Karzai, lacchè dell'Amministrazione americana. Questi, mentendo «per la gola», ha affermato che il Presidente del Consiglio dei ministri, on. Romano Prodi, avrebbe sostenuto che la mancata liberazione dell'innocente giornalista Daniele Mastrogiacomo, o peggio il suo sgozzamento e decapitazione – ancorché secondo le consuetudini della Jihad, che l'Italia peraltro onora e rispetta – avrebbe causato la caduta del Governo, il ritiro delle unità militari italiani dall'Afghanistan con la fine della loro attività di interposizione nei confronti delle forze operative della NATO, di silvicoltura, e di distribuzione di gallette e di scatolame vario. Questo l'on. Romano Prodi avrebbe affermato per convincere il Capo del Governo fantoccio afgano a rilasciare cinque capi militari della organizzazione religiosa, politica e nazionale afgana dei signori Talebani, alleata della gloriosa causa della Rivincita Islamica con la invincibile forza di Al Qaeda e guidata dal seguace del Profeta Osama Bin Laden (che Allah lo protegga!), di Hezbollah e di Hamas, cui il Governo Prodi è particolarmente vicino, in cambio dell'innocente giornalista Daniele Mastrogiacomo e del suo interprete, poi ritualmente sgozzato e decapitato secondo le consuetudini della Jihad;

se il Governo italiano, in questo quadro, non ritenga opportuno richiedere un immediato chiarimento e intanto richiamare a Roma per consultazioni il nostro ambasciatore a Kabul.

(2-00175)

### **Interrogazioni**

CAPRILI. – *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* – Premesso che:

con l'interrogazione 3-00556 del 3 aprile 2007, veniva sottolineata la condizione di estrema difficoltà nello stabilire normali rapporti sindacali all'interno della ditta FAPIM con sede in Altopascio (Lucca);

a seguito di tale interrogazione la direzione della ditta FAPIM faceva recapitare a tutti i dipendenti, assieme alla busta paga, copia dell'interrogazione con la seguente letterina di accompagnamento: «L'interroga-

zione è stata presentata dal senatore di rifondazione comunista Milziade Caprili, residente in Versilia (o comunque eletto per la circoscrizione Versilia). Questo particolare ci fa pensare che il senatore abbia ricevuto le informazioni dal segretario della CGIL lucchese, sig. Braccini (anch'egli appunto versigliese), anche se non riusciamo a comprendere il fine di una simile mossa.

Poiché questa cosa riguarda anche lavoratori della FAPIM, abbiamo ritenuto opportuno portare a conoscenza di tutti il testo integrale dell'interrogazione. Non vogliamo fare commenti in quanto tutti voi siete in condizioni di giudicare le affermazioni del senatore Caprili e trarre le dovute considerazioni»,

l'interrogante chiede di sapere quale giudizio, per le proprie competenze, possa dare il Ministro in indirizzo rispetto a questa iniziativa che non può non collocarsi nell'ambito delle reiterate ed indebite azioni della direzione della ditta FAPIM contro ogni azione sindacale o, come nel caso in oggetto, di rappresentanti isituzionali, che semplicemente narrano lo stato dei rapporti all'interno della suddetta fabbrica.

(3-00573)

MARTONE, DEL ROIO. – *Al Ministro degli affari esteri.* – Premesso che:

i Saharawi vivono una condizione di occupazione da parte del Marocco dal 1976. Il 27 febbraio dello stesso anno il Fronte ed il Consiglio Nazionale Saharawi proclamano la Repubblica Araba Saharawi Democratica (RASD); una repubblica in esilio nata per colmare il vuoto istituzionale lasciato dalla partenza degli spagnoli;

a 31 anni dalla proclamazione dell'indipendenza della RASD il Sahara Occidentale continua a rimanere sotto il pieno controllo delle autorità marocchine;

l'Unione Africana, in collaborazione con le Nazioni Unite, è impegnata nel tentativo di trovare una soluzione pacifica e condivisa per il Sahara Occidentale. Più volte, in passato, l'organizzazione che raggruppa la maggior parte degli Stati africani, si è pubblicamente espressa in favore del diritto di autodeterminazione dei Saharawi;

l'ONU, con le risoluzioni dell'Assemblea Generale e del Consiglio di Sicurezza, ha riaffermato più volte il diritto all'autodeterminazione del popolo saharawi e ha presentato diversi piani di regolamento per la soluzione del conflitto e in particolare: il Piano di Regolamento delle Nazioni Unite approvato dal Consiglio di Sicurezza con le sue risoluzioni 658 del 27 giugno 1990 e 690 del 29 aprile 1991; gli Accordi di Houston, firmati nel settembre 1997 dalle due parti in conflitto; il Piano per l'autodeterminazione del popolo saharawi, elaborato da J. Baker III su richiesta del Consiglio di Sicurezza e approvato dal Consiglio nella sua risoluzione 1495 del 31 luglio 2003;

tali documenti esplicitano assai chiaramente che il regolamento della questione del Sahara Occidentale non può avvenire che tramite l'e-

spressione libera della scelta del popolo saharawi sul proprio avvenire per mezzo di un *referendum* di autodeterminazione;

sono numerose le accuse mosse dalla comunità internazionale contro il Governo marocchino. Secondo le Nazioni Unite, che nell'ottobre 2006 hanno optato per il prolungamento della missione Minurso, Rabat, impedendo lo svolgimento del *referendum* per l'indipendenza del Sahara Occidentale, viola il diritto internazionale;

al momento, la situazione sembra aver raggiunto un livello di stallo. Si è, infatti, arenata nel Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite la proposta di Mohammed VI, avanzata nel 2006; un piano studiato per concedere, apparentemente, ampia autonomia alla regione, impedendone di fatto l'indipendenza;

il piano marocchino è stato definito «preoccupante» dall'Intergruppo del Parlamento europeo per il Sahara Occidentale, che ha inoltre espresso il proprio stupore per la recente vendita di armi spagnole al Marocco. Questa commessa bellica è stata interpretata come un segnale di serio allarme per la popolazione saharawi;

presenti in Marocco dal 1991, con la missione Minurso, le Nazioni Unite sembrano impossibilitate a perseguire il proprio obiettivo di garantire regolari elezioni per l'indipendenza del Sahara Occidentale. Nei giorni scorsi, il Marocco ha duramente criticato quanto rilevato dai funzionari del Palazzo di Vetro, sostenendo che l'ONU avrebbe stilato il rapporto dietro forti pressioni del Fronte Polisario, impegnato attivamente nella lotta per l'indipendenza del popolo saharawi, nonché delle autorità algerine. Il prolungamento della missione ONU, la cui scadenza era prevista per la fine del 2006, è un ulteriore segnale della scarsa forza persuasiva dell'organizzazione, che è impegnata nel monitoraggio del cessate il fuoco tra le parti contendenti, nella verifica del ritiro delle truppe militari marocchine dal territorio del Sahara Occidentale e, soprattutto, nell'identificazione e registrazione dei votanti per il *referendum* che dovrebbe stabilire il destino del territorio. La missione delle Nazioni Unite si dovrebbe concludere con la proclamazione ufficiale dell'esito del *referendum*, sulla cui regolarità dovrebbe vigilare la stessa organizzazione internazionale;

il Segretario Generale dell'ONU, Ban Ki-Moon, ha nominato il diplomatico inglese Julian Harston Rappresentante Speciale e Capo della missione delle Nazioni Unite nel Sahara Occidentale. Nell'ottobre scorso, l'Alto Commissariato per i Diritti Umani ha fornito un quadro preoccupante della situazione, mettendo in evidenza la violazione dei più elementari diritti umani da parte delle forze di polizia marocchine, contro il popolo saharawi;

nel corso del mese di aprile 2007 il Consiglio di Sicurezza dell'ONU esaminerà gli sviluppi della situazione nel Sahara Occidentale, in un incontro al quale parteciperà l'Italia in qualità di membro non permanente,

si chiede di sapere:

quali iniziative di propria competenza il Governo intenda adottare a livello internazionale e in qualità di membro del Consiglio di Sicurezza

dell'ONU per il rispetto delle risoluzioni adottate sia dal Consiglio di Sicurezza che dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite;

quali interventi di propria competenza il Governo intenda adottare perché nei territori occupati dal Marocco, venga assicurata la protezione delle popolazioni saharawi dalla repressione operata dal Governo marocchino, dalle torture, dai processi arbitrari, dall'appropriazione delle risorse naturali.

(3-00577)

SODANO. – *Ai Ministri delle infrastrutture e dei trasporti.* – Premesso che:

in data 10 aprile 2007, presso l'aeroporto di Capodichino, l'Airbus 321 dell'Alitalia, proveniente da Parigi e avente a bordo 182 passeggeri e sei componenti di equipaggio, ha corso un grave rischio a causa di un'avaria ai freni. L'aereo infatti non ha rallentato la corsa seguendo le normali procedure, e solo la manovra del pilota, che ha virato bruscamente prima che il velivolo finisse del tutto fuori pista, ha consentito che l'episodio non avesse conseguenze più serie;

al momento dell'atterraggio, inoltre, erano pronti al decollo due altri velivoli, un elicottero del 118 e un Fokkers dell'Alpi Eagles, che hanno dovuto repentinamente liberare la pista stessa per evitare la collisione con l'Airbus 321 Alitalia;

lo stesso Airbus aveva fatto inusualmente scalo all'aeroporto di Milano, dove era stato sottoposto a verifiche tecniche, riguardo alle quali l'Alitalia esclude ufficialmente che abbiano interessato l'impianto frenante;

le condizioni della pista di Capodichino sono abbastanza difficili, sia per la lunghezza del tracciato sia per l'affollamento dei voli, a causa del quale l'aeroporto napoletano sarebbe prossimo alla saturazione,

si chiede di sapere:

quali provvedimenti di competenza i Ministri in indirizzo intendano attivare per appurare cosa sia effettivamente accaduto in occasione dell'atterraggio dell'Airbus 321 dell'Alitalia;

quali concrete misure stiano adottando per decongestionare il traffico aereo di Capodichino e migliorare le condizioni di sicurezza di un impianto situato a ridosso del centro di Napoli;

in particolare, quali siano i tempi necessari alla realizzazione dello scalo internazionale di Grazzanise e all'ampliamento di quello di Pontecagnano.

(3-00579)

BERSELLI. – *Al Ministro della difesa.* – Premesso che:

il 3 marzo 1977 avvenne la sciagura aerea di Monte Serra (Pisa) in cui persero la vita 38 cadetti della Marina militare, l'ufficiale accompagnatore e i 5 membri dell'equipaggio;

alcuni familiari promossero una causa davanti al Tribunale di Roma contro il Ministero della difesa per ottenere il risarcimento dei danni sofferti;

il Tribunale respinse con sentenza le loro domande;

soltanto alcuni familiari impugnarono tale pronuncia e la Corte d'appello di Roma accolse il loro gravame riformando la sentenza del Tribunale, condannando il Ministero al risarcimento dei danni da liquidarsi in separata sede;

a quel punto intervenne una transazione tra il Ministero ed i familiari che avevano vinto la causa davanti alla Corte d'appello di Roma ai quali fu liquidato il giusto risarcimento;

rimaneva invece aperta la questione relativa ai familiari che non avevano promosso la causa davanti al Tribunale di Roma ed agli altri che non avevano interposto appello ed i cui diritti risultavano prescritti;

nel corso della XIV Legislatura l'on. Lavagnini presentò un ordine del giorno in cui si impegnava il Governo a risarcire i familiari rimasti esclusi e tale ordine del giorno venne accolto dal Governo come raccomandazione ma anche per tale motivo non ebbe seguito alcuno;

in sede di discussione dell'Atto Senato 1293 concernente «Proroghe dei termini» l'interrogante presentava un ordine del giorno, analogo a quello dell'on. Lavagnini, che con parere favorevole del relatore veniva accolto dal Governo senza riserva alcuna;

l'Atto Senato 1293 è stato definitivamente poi approvato dalla Camera ed oggi costituisce legge 26 febbraio 2007, n. 17;

il legale che assiste i familiari esclusi dal risarcimento ha inviato al Ministero. – Direzione generale degli Armamenti aeronautici una raccomandata per domandare la liquidazione di quanto dovuto,

si chiede di sapere:

per quale motivo non si sia dato seguito all'ordine del giorno Lavagnini accolto a suo tempo come raccomandazione;

in quali tempi e modi si intenda dare esecuzione all'ordine del giorno dell'interrogante accolto senza riserve con parere favorevole dal relatore;

se non ritenga che ad oltre trent'anni dalla tragedia sia veramente inammissibile ritardare ulteriormente una liquidazione da tutti ritenuta giusta e doverosa.

(3-00580)

### **Interrogazioni orali con carattere d'urgenza ai sensi dell'articolo 151 del Regolamento**

**GIRFATTI.** – *Ai Ministri dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

la città di Torre del Greco (Napoli) nel corso dei secoli ha perfezionato un'importante tradizione nella lavorazione artistica ed artigianale



del corallo tale da farla divenire, ad oggi, la capitale mondiale del cosiddetto «oro rosso»;

l'intero comparto produttivo, con un fatturato di oltre un miliardo di euro annuo, costituisce un settore fondamentale per l'economia di Torre del Greco e dell'intera Regione Campania ma soprattutto garantisce occupazione a migliaia lavoratori;

nel mese di giugno del 2006, nel corso di un Convegno del Cites in Olanda, si è venuti a conoscenza del fatto che il Ministero dell'ambiente italiano ha in programma di firmare un accordo internazionale che prevede, sulla base di una proposta avanzata dagli Stati Uniti, di inserire il corallo tra le specie di flora e fauna in via di estinzione;

l'inserimento del corallo nell'Appendice II della Convenzione di Washington non comporterà il divieto alla sua commercializzazione ma sostanzialmente imporrà forti limitazioni al suo scambio causando gravi danni all'intero comparto;

considerato che:

gli operatori del settore hanno ripetutamente manifestato grave preoccupazione per le ripercussioni che tale accordo provocherà dal punto di vista sia economico che occupazionale;

ampi studi e numerose ed autorevoli fonti scientifiche affermano che la pesca del corallo rosso nel Mediterraneo non danneggia la specie;

effettivamente la pesca del corallo è attualmente regolata da poche norme ormai vecchie di decenni e, soprattutto, inadeguate alla specialità del settore. Di qui la necessità inderogabile di una disciplina specifica attenta a tutte le peculiarità biologiche della risorsa da tutelare e nel contempo sensibile alle necessità degli operatori;

gli stessi operatori del settore hanno richiesto una più moderna ed attenta regolamentazione della loro attività per scongiurare il rischio, sempre più prossimo, che lo sfruttamento indiscriminato e l'abusivismo portino alla scomparsa del *corallium rubrum* dai mari italiani e con esso l'eclisse definitiva di un comparto produttivo che dà di che vivere ad intere famiglie da generazioni; che l'assenza di una normativa specifica spinga ad assumere scorciatoie di provvedimenti meramente restrittivi ed estemporanei che porterebbero al blocco totale della pesca e della lavorazione;

gli imprenditori del settore, negli ultimi anni, hanno profuso energie e ingenti fondi al fine di sviluppare e creare nuovi poli produttivi in Campania,

si chiede di sapere se i Ministri in indirizzo non ritengano opportuno non procedere alla firma dell'accordo suddetto e adottare, di contro, le misure necessarie al fine di regolamentare tale settore tutelando al contempo la risorsa corallo, elemento portante dell'economia campana e italiana.

(3-00572)

GRAMAZIO. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il quotidiano «il Tempo» del 13 aprile 2007, nella sezione sulla cronaca di Roma, riporta a tutta pagina il titolo «Mammografia, l'attesa è di un anno – liste chiuse IFO», evidenziando come al San Camillo-For-

lanini tali attese raggiungano i tredici mesi, mentre sarebbero di dieci mesi al Sant'Eugenio;

tali risultati derivano da un'indagine telefonica condotta presso il CUP regionale;

la giornalista Maria Grazia Coletti, dell'autrice dell'inchiesta, nel servizio afferma di avere raccolto tali risultati chiamando il numero verde regionale per la prenotazione di esami diagnostici;

nel servizio giornalistico la Coletti riporta i tempi e gli orari delle chiamate effettuate al RECUP regionale, specificando quelli d'attesa per gli ospedali San Camillo, Forlanini, Sant'Eugenio e Figlie di San Camillo (zona Casilina);

dall'analisi di tutti questi casi si desume come negli ospedali romani esistono «tempi biblici» per effettuare gli esami diagnostici;

il Tribunale del Malato «Cittadinanza attiva» presenterà un dettagliato rapporto dei tempi d'attesa sugli esami ospedalieri dai quali si deduce, ancora una volta, che le future mamme faranno prima a partorire che ad effettuare un'ecografia,

si chiede di sapere:

quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda assumere affinché i tempi di attesa possano essere ridotti, al fine di garantire funzionalità ed efficienza al Servizio sanitario regionale del Lazio;

se sia a conoscenza delle motivazioni per le quali il Presidente della Regione Lazio, Marrazzo, e l'Assessore alla sanità, Battaglia, hanno dichiarato che negli ultimi anni i tempi di attesa sono stati ridotti, dichiarazioni chiaramente smentite dal servizio della giornalista Maria Grazia Coletti.

(3-00574)

GRAMAZIO. – *Al Ministro dell'interno.* – Risultando all'interrogante che:

il 12 aprile 2007 la comunità cinese di via Paolo Sarpi a Milano ha espresso la «sua rabbia» ed in trecento si sono scagliati contro le Forze dell'ordine a causa di una multa inflitta ad una cittadina extracomunitaria cinese che sostava in doppia fila con la propria autovettura;

in seguito a questo fatto, l'intolleranza della comunità cinese è esplosa in una reazione, a giudizio dell'interrogante, quantomeno incivile e deplorabile: in molti sono scesi in strada con bastoni e bottiglie e hanno divelto anche cestini gettandoli contro le Forze dell'ordine;

è servito l'intervento di agenti della Questura di Milano in tenuta anti-sommossa per riportare la legalità all'interno della «chinatown» milanese;

quattordici agenti sono stati feriti durante gli scontri di via Sarpi, episodio documentato dai giornali di tutta Italia con ampi servizi fotografici che riportavano, inoltre, lo sventolio di bandiere rosse della Repubblica Popolare Cinese,

si chiede di conoscere:

quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda intraprendere a garanzia dell'ordine e della sicurezza come già richiesto dal Sindaco di Milano, Letizia Moratti, che commentando i fatti ha dichiarato: «La polizia ha solo svolto il suo compito, non ci faremo intimidire. Non possono esistere zone franche nella nostra città»;

se intenda aprire una «coscienziosa» indagine per individuare coloro che hanno provocato gli scontri, caratterizzati anche dallo sventolio di bandiere rosse della Repubblica Popolare Cinese, trasformati, dal mancato senso dello Stato che li ospita, in una vera e propria guerriglia urbana.

(3-00575)

GRAMAZIO. – *Al Ministro della salute.* – Risultando all'interrogante che:

venerdì 23 marzo 2007, presso il Tribunale Civile di Roma, Sezione lavoro è stato discusso il ricorso del dott. Paolo Valle, medico dipendente della ASL RM/C, che ha ritenuto doveroso e necessario rivolgersi al Giudice del lavoro poiché dal 2003, responsabile di una Unità operativa dipartimentale di specialità chirurgica, è costretto a lavorare da solo, con saltuari aiuti in sala operatoria;

durante il periodo di malattia (giugno – settembre 2006) il servizio è stato chiuso con enormi disagi per i pazienti;

considerato che:

sono state numerose e ripetute nel tempo, le sue richieste di vedersi assegnare almeno un medico in aiuto;

vi sono tre richieste di trasferimento – due interne e una dalla Regione Lombardia – ma nessuna risposta è raggiunta dalla Direzione per risolvere tale problema,

l'interrogante chiede di conoscere quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo intenda prendere affinché tale lacuna, nel rispetto di chi lavora e dei pazienti, venga colmata, al fine di evitare che in futuro i medici o i lavoratori debbano ricorrere al Giudice per poter lavorare.

(3-00576)

GRAMAZIO. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il 17 agosto 1999 il Governo D'Alema con decreto legislativo n. 368 – pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 250 del 23 ottobre 1999, supplemento ordinario n. 187 – ha emanato le norme di attuazione della direttiva 93/16/CEE, riguardante la libera circolazione dei medici ed il reciproco riconoscimento di diplomi e titoli;

in tale decreto, all'art. 38, comma 3, – in vigore dal 7 novembre 1999 – tra l'altro si legge: «La formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della scuola, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore (...). In nessun

caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo» (comma 3);

considerato che:

contravvenendo a tali precise norme il Direttore sanitario del Policlinico Umberto I di Roma, dott. Maurizio Dal Maso, tra l'altro specialista in Igiene soltanto dal 29 ottobre 2002, presso l'Università di Firenze, ha emesso una circolare in data 4 aprile 2007 che, faceva riferimento invece all'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 257/1991, quindi precedente alla direttiva CEE, che stabilisce che gli specializzandi dal terzo anno sono inseriti in turni di guardia, contando sull'attività tutorale dei medici strutturati nel DEA o in diverse altre strutture;

il tutore è nominato dal Consiglio della scuola e, dunque, non può essere qualunque sanitario nel momento di turno presso il DEA o il Reparto terapia intensiva,

l'interrogante chiede di conoscere quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo intenda prendere affinché tale circolare, che fa riferimento all'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 257/1991, sia modificata per garantire l'efficacia del decreto legislativo 368/1999 al fine di tutelare il diritto degli specializzandi ad una formazione graduale ed allo stesso tempo assicurare le migliori cure ai pazienti.

(3-00578)

#### *Interrogazioni con richiesta di risposta scritta*

FORMISANO. – *Al Ministro dello sviluppo economico.* – Premesso che:

il Governo ha presentato un disegno di legge (DDL) «Misure per il cittadino consumatore e per agevolare le attività produttive e commerciali, nonché interventi in settori di rilevanza nazionale» che attualmente è in corso di esame della X Commissione permanente (Attività produttive) della Camera dei deputati con Atto Camera 2272;

il predetto DDL Atto Camera 2272 prevede all'art. 2, comma 6, in attuazione di una direttiva 86/653/CEE del Consiglio, per l'attività di agente o rappresentante di commercio, la soppressione del ruolo di cui all'art. 2 della legge 3 maggio 1985 n. 204;

nel preambolo del ministro Bersani al DDL stesso, in riferimento al suddetto articolo, viene specificato quanto segue: «L'attuale disciplina delle attività di agente di affari in mediazione, agente immobiliare, agente d'affari, agente e rappresentante di commercio, mediatore marittimo, spedizioniere e raccomandatario marittimo subordina, peraltro con varie disomogeneità tra le diverse categorie, l'esercizio dell'attività all'iscrizione in ruoli o in elenchi, per l'accesso ai quali sono stabiliti requisiti vari, o ad autorizzazioni di pubblica sicurezza oramai prive di una vera ragione. La normativa comunitaria (si veda in particolare la direttiva 86/653/CE del Consiglio, del 18 dicembre 1986, in materia di agenti commerciali) esclude per l'esercizio di tali professioni la necessità di iscrizione in ruoli.

Con la sentenza del 6 marzo 2003 la Corte di giustizia delle comunità europee ha affermato che l'iscrizione dell'agente commerciale nel ruolo non può essere ritenuta condizione di validità dei contratti di agenzia conclusi dall'agente con il suo proponente. Pur non essendo preclusa l'esistenza di norme nazionali che per l'iscrizione dell'agente commerciale nel registro delle imprese richiedano la preventiva iscrizione nell'apposito ruolo, ne deriva che chi non è iscritto nel ruolo suddetto può qualificarsi agente, può stipulare un valido contratto di agenzia, ma non può iscriversi come tale nel registro delle imprese. Anche l'Autorità garante della concorrenza e del mercato ha segnalato la necessità di rimuovere le ingiustificate restrizioni all'esercizio delle attività professionali in esame (si confronti, in particolare, la segnalazione AS 219 del 18 ottobre 2001, in materia di agenti e rappresentanti del commercio). Per rispondere a tali necessità di liberalizzazione e di promozione della concorrenza, il presente articolo, da un lato, unifica i profili professionali di agente di affari in mediazione, agente immobiliare, agente d'affari, agente e rappresentante di commercio, mediatore marittimo, spedizioniere e raccomandatario marittimo nella nuova categoria degli intermediari commerciali e di affari; dall'altro, richiede per l'esercizio della relativa attività unicamente una dichiarazione di inizio di attività (da presentare alla camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura competente per territorio e, per conoscenza, alla questura), corredata delle autocertificazioni e delle certificazioni attestanti il possesso dei requisiti soggettivi, morali, professionali, tecnici e finanziari, ove prescritti dalla legislazione vigente, alla quale consegue, verificato il possesso dei requisiti, l'iscrizione nel repertorio delle notizie economiche e amministrative (REA), tenuto presso le camere di commercio, e la contestuale attribuzione della qualifica»;

la F.N.A.A.R.C. (Federazione nazionale associazioni agenti e rappresentanti di commercio), aderente a ConfCommercio, in quest'ultimo periodo ha provato a sensibilizzare il Governo sulle gravissime conseguenze che deriverebbero dalla cancellazione del ruolo, sia ai fini della tutela dei consumatori finali sia per la tutela delle case mandanti e dell'intera filiera distributiva;

l'associazione, senza alcuna volontà di difesa corporativa, ha tentato di sottolineare la funzione che il ruolo degli agenti svolge, sicuramente diversa da altri albi professionali: infatti, medici, avvocati e professionisti in genere ricevono la formazione professionale attraverso corsi di studio e non dall'iscrizione all'albo, nel caso degli agenti di commercio, invece, l'iscrizione al ruolo può essere fatta solo attraverso un apposito corso professionale, qualora non siano in possesso di titoli di studi abilitanti o di un'esperienza di vendita mirata;

il ruolo, quindi, non si limita alla certificazione del possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività, ma è strumento di formazione necessaria per lo svolgimento dell'attività stessa;

il ruolo assicura, inoltre, che gli agenti di commercio non siano gravati da pendenze penali, garantendo, in questo modo che sia le aziende

mandanti che la clientela e i consumatori finali abbiano rapporti solo con persone di specchiata moralità;

la stessa associazione ritiene la proposta, espressa nel DDL Atto Camera 2272 di sostituire il tutto con una autocertificazione, assolutamente insufficiente a garantire la tutela dei terzi, venendo a mancare le verifiche preventive attualmente svolte dalle Camere di Commercio; inoltre ritiene che si aprirebbe una situazione di assoluta incertezza sulla professionalità degli operatori commerciali,

l'interrogante chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno rivalutare ed emendare in sede di esame in Commissione il suddetto comma 6 dell'articolo 2, valutando i suggerimenti delle associazioni rappresentanti la categoria;

se, vista la previsione espressa già nella nota introduttiva, non ritenga opportuno inserire delle norme a carattere nazionale, che preven-  
gano le conseguenze che preoccupano le suddette associazioni;

se, altrimenti, non ritenga opportuno prevedere l'accoglimento di eventuali emendamenti in merito, volti a soddisfare le esigenze del Governo e quelle della categoria.

(4-01752)

VALPIANA. – *Al Ministro dell'interno.* – Premesso che:

da notizie stampa (quotidiano «L'Arena» del 24 gennaio 2007) risulta che Silvano Polo, Sindaco di San Bonifacio (Verona), avrebbe asserito: «Ci sono mille abitanti «fantasma»: i dati sulla popolazione del paese, che l'anagrafe comunale solitamente comunica a fine anno, una volta rispecchiavano la reale situazione. Oggi non è più così. San Bonifacio ha raggiunto e superato abbondantemente il traguardo dei 20.000 abitanti, ma il dato non è registrato ufficialmente (...) chiederò una mozione parlamentare, affinché tutti gli stranieri con permesso di soggiorno in Italia debbano avere la carta di identità, perché solo con questa si possono conoscere: chi gira con il permesso di soggiorno e il passaporto è un irregolare in quanto non è iscritto all'anagrafe e quindi è sconosciuto»;

già nel 2005 il sindaco Polo aveva emanato un'ordinanza (la n. 162 del 5 ottobre 2005) con la quale veniva istituito lo «schedario della popolazione temporanea», in cui si prevedeva l'obbligo per chiunque vivesse a San Bonifacio di auto-denunciarsi entro il 31 dicembre 2005;

la motivazione che avrebbe spinto il Sindaco di San Bonifacio a istituire lo «schedario della popolazione temporanea» sarebbe stata l'esigenza di capire quanto incidesse il fenomeno migratorio (secondo il Sindaco circa il 15 per cento) sulle dinamiche della popolazione, con la conseguente introduzione di una tassa di soggiorno per gli immigrati;

infatti, secondo il Sindaco, gli extracomunitari, dotati di un reddito che si aggira su 7500 – 8000 euro l'anno, non portano alcuna ricchezza al Comune poiché non risultando residenti, non contribuiscono al pagamento dei tributi locali per i servizi generici;

considerato che:

l'articolo 16 della Costituzione garantisce il diritto alla libertà di circolare e soggiornare in qualsiasi parte del territorio nazionale, di fissare o trasferire la propria residenza o il proprio domicilio, quindi chi possiede il permesso di soggiorno si trova in una posizione giuridicamente regolare;

l'articolo 3 del vigente Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza aggiornato al 31 marzo 2003 prevede già quanto segue: il Sindaco è tenuto a rilasciare alle persone di età superiore agli anni quindici aventi nel Comune la loro residenza o la loro dimora, quando ne facciano richiesta, una carta di identità conforme al modello stabilito dal Ministero dell'interno, ma l'obbligo di registrarsi scatta solo qualora l'interessato superi i quattro mesi di permanenza,

si chiede di sapere se l'ordinanza cui si fa riferimento in premessa possa ritenersi conforme alla disciplina costituzionale e legislativa vigente in materia, anche alla luce di quanto previsto dal decreto legislativo 196/2003, e, in caso negativo, se il Ministro in indirizzo non ritenga di promuoverne l'annullamento straordinario ai sensi di quanto previsto dall'articolo 138 del decreto legislativo 267/2000.

(4-01753)

POLLEDRI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

dal mondo medico e in generale dai rappresentanti delle associazioni di farmacisti, giungono richieste di chiarimenti in merito alla modifica del regime prescrittivo dei farmaci Toradol e Lixidol;

in particolare, in data 8 marzo 2007 (sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 8) è stata pubblicata la determinazione dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) del 23 febbraio 2007, concernente la modifica del regime di fornitura dei medicinali citati;

secondo tale determinazione è stata autorizzata la modifica del regime di fornitura da RNR (ricetta non reperibile) medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta (art. 89 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 – «Attuazione della direttiva 2001/83/CE, e successive direttive di modifica, relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE»), a RNRL (ricetta limitativa non ripetibile) medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (art. 93 del medesimo decreto);

l'effetto di tale determinazione consiste che dal marzo 2007 tali farmaci, in tutte le loro confezioni, sono dispensabili solo dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta su prescrizione di centri ospedalieri o specialisti;

considerato che:

risulta necessario chiarire se per «specialista» si intende un medico in possesso di qualunque specializzazione. Infatti, circa la prescrivibilità in regime di SSN da parte del medico di base di tali farmaci, potrebbero configurarsi le seguenti ipotesi: se il medico di base è in possesso di specializzazione, può prescriberli direttamente; se non è in possesso di alcuna

specializzazione potrebbe sorgere la necessità di acquisire dall'assistito la diagnosi dello specialista o del centro ospedaliero (peraltro con dubbi se tale procedura sia corretta e conforme anche al dettato di cui all'art. 93, comma 1, del decreto legislativo 219/2006);

stanti queste possibili alternative il farmacista non è in grado di verificare e/o rilevare la corretta prescrizione,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno che l'AIFA (che è organismo di diritto pubblico che opera sulla base degli indirizzi e della vigilanza del Ministero) fornisca dei chiarimenti circa le modalità prescrittive e sull'entrata in vigore di tali provvedimenti non compatibili con la consueta efficienza e correttezza del servizio erogato dalle farmacie;

se non sia opportuno introdurre una «moratoria» rispetto alla decorrenza del provvedimento per evitare disfunzioni nei servizi erogati al cittadino.

(4-01754)

BARBA, COSTA, NESSA, SCARPA BONAZZA BUORA. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, delle politiche agricole alimentari e forestali e dei trasporti.* – Premesso che:

da circa tre mesi al largo delle coste di Gallipoli la superficie marina è ricoperta da uno strato di mucillagine proveniente dall'Adriatico;

la situazione peggiora di giorno in giorno e le battute di pesca risultano essere sempre infruttuose;

i costi e le perdite ormai insostenibili rischiano di compromettere l'intero settore della pesca ormai al tracollo;

molte famiglie, stante il perdurare di questa situazione, si ritroveranno presto senza mezzi di sostentamento;

i pescatori ed i Sindaci di Gallipoli, Ugento, Leuca, Otranto, Castro e del Salento, esasperati, hanno già inscenato, nei giorni scorsi, manifestazioni di protesta e promettono altre iniziative al fine di portare il problema all'attenzione nazionale e del Governo,

gli interroganti chiedono di sapere se il Governo ritenga opportuno promuovere interventi urgenti con la dichiarazione dello stato di calamità approntando ogni possibile provvedimento economico che consenta all'intero settore della pesca di sopravvivere.

(4-01755)

BETTAMIO. – *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

nei giorni scorsi la società Servizi Italia S.p.A. con sede a Soragna di Parma è stata quotata in Borsa;

la Servizi Italia è *leader* nel settore del noleggio e della sterilizzazione di forniture tessili e strumenti chirurgici per ospedali e strutture socio-sanitarie, avendo realizzato nel 2006 ricavi per 135,1 milioni di euro, in crescita del 7,7% rispetto all'esercizio precedente;



nel Prospetto Informativo della quotazione in Borsa e da notizie di stampo risulterebbe che nei mesi scorsi il 40% delle azioni della Servizi Italia, pari a cinque milioni di titoli, sarebbero transitate alla First Service Holding con sede in Lussemburgo al prezzo di 1,149 euro per azione;

la First Service Holding sarebbe stata costituita nel dicembre 2004 all'ombra della Fiduciaria Felsinea di Bologna, due mesi prima della formalizzazione dell'operazione con la Fondazione Manodori;

tale passaggio sarebbe avvenuto a conclusione di una operazione di finanziamento realizzata nel 2005 dalla fondazione Manodori di Reggio Emilia a favore di Aurum (proprietaria di Servizi Italia e controllata al 100% da Coopservice), proprio in vista della quotazione a Piazza Affari di Servizi Italia, con l'acquisto delle azioni al prezzo unitario a 1,1 euro e il successivo riacquisto da parte di Aurum-Coopservice a 1,149 euro, per un totale di 5,7 milioni di euro versati alla Manodori;

le azioni della Servizi Italia sono state collocate in Borsa ai primi di aprile 2007 al prezzo unitario di 8,50 euro;

in questo modo la First Service Holding del Lussemburgo è diventata proprietaria del 40% della Servizi Italia;

nel mese di novembre 2006 la Aurum-Coopservice si era impegnata a rilevare da First Service il 12,5 delle azioni di Servizi Italia (pari a un milione e mezzo di titoli) al prezzo di collocamento in Borsa;

da questa successiva operazione First Service avrebbe ricavato 42 milioni di euro con una plusvalenza di 36,5 milioni di euro;

i circa 300 azionisti della First Service Holding, beneficiari della colossale plusvalenza, sarebbero nella quasi totalità soci e amministratori della Coopservice di Cavriago (Reggio Emilia), peraltro promotrice e regista della complessa operazione finanziaria;

fra i soci della First Service del Lussemburgo figurano anche il presidente di Coopservice e di Servizi Italia Pierluigi Rinaldini, che avrebbe guadagnato dall'operazione 1,3 milioni di euro; l'ex consigliere di Coopservice Luciano Facchini, anche lui beneficiario di 1,3 milioni di euro; la vicepresidente di Coopservice e consigliere della stessa società Italia Eugeniani (294.000 euro ciascuno);

apparirebbe chiara la sostanza dell'operazione volta a privilegiare un gruppo ristretto di soci e amministratori i quali, grazie ed una architettura finanziaria concepita *ad hoc*, avrebbero goduto della plusvalenza di 36,5 milioni di euro, mentre gli altri cinquemila soci sarebbero rimasti a bocca asciutta,

si chiede di sapere quali siano le valutazioni del Ministro in indirizzo in ordine alla correttezza dell'operazione rispetto alle norme vigenti e, nel dettaglio, quali iniziative di competenza intenda adottare ed in particolare se non ritenga di adoperarsi per ottenere e rendere pubblici i nomi di tutti i soci della First Service Holding del Lussemburgo, anche al fine di verificare la sussistenza o meno di eventuali conflitti di interesse con eventuali *partner* pubblici o sostenuti da finanziamenti pubblici e se sussistano,

previo accertamento ispettivo, violazioni delle norme fiscali ed un danno per l'erario.

(4-01756)

STORACE. – *Al Ministro della giustizia.* – Premesso che:

il lavoro straordinario per il personale di Polizia penitenziaria dovrebbe essere espletato soprattutto, se non esclusivamente, per motivi di sicurezza;

risulta all'interrogante, invece, che presso la Casa circondariale di Crotona il lavoro straordinario venga espletato anche per motivi non espressamente legati alla sicurezza: in particolare, l'addetto all'ufficio comando avrebbe effettuato dal mese di luglio 2006 al mese di ottobre 2006 ben 81 ore di prestazioni di lavoro straordinario, di cui 51 nel solo mese di luglio 2006; il responsabile di falegnameria della manutenzione ordinaria fabbricati nel mese di febbraio 2007 avrebbe effettuato 97 ore di straordinario;

in alcuni casi le prestazioni di lavoro straordinario effettuato dagli addetti e all'ufficio comando e alla manutenzione ordinaria fabbricati risulterebbero maggiori di quelle di un turnista che ha effettuato 5 notti e dello stesso comandante di reparto;

la circolare riguardo la remunerazione del lavoro straordinario, per l'esercizio finanziario 2006, sottolinea la tutela primaria ed inderogabile della sicurezza, dell'ordine e della disciplina presso ciascun istituto penitenziario e richiama l'attenzione sulla assoluta necessità di una razionale utilizzazione delle risorse umane disponibili, prevedendo 41 ore per 10 mesi e 40 ore per un mese, con un limite massimo individuale di 450 ore annue, come limite massimo individuale e di spesa non superabile;

la circolare stabilisce inoltre che il suddetto limite massimo individuale non potrà mai essere superato e potrà essere richiesto al personale esclusivamente in casi eccezionali, sottolineando inoltre che solo per casi eccezionali e per esigenze di servizio connesse esclusivamente al mantenimento, o al ripristino, dell'ordine, della disciplina e della sicurezza dell'istituto e solo in tali casi l'attribuzione di lavoro straordinario potrà essere elevato, in via del tutto eccezionale a 60 ore;

dopo l'applicazione dell'indulto, presso la Casa circondariale di Crotona non sono reclusi più di 40 detenuti e di norma vi è un solo reparto detentivo funzionante;

risulta all'interrogante che gli addetti al servizio manutenzione ordinaria fabbricati prestino la loro funzione con abbigliamento civile, e non come prevede la normativa vigente per il corpo di Polizia penitenziaria, si chiede di sapere:

se non esistano gli estremi per promuovere un'ispezione per verificare la situazione descritta;

se l'effettuazione di lavoro straordinario presso l'ufficio comando oppure nella falegnameria di una casa circondariale possa ritenersi dovuto a motivi di sicurezza, ordine e disciplina;

se l'uso di abiti civili nei reparti manutenzione possa considerarsi consono alla normativa vigente del lavoro.

(4-01757)

RIPAMONTI. – *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* – Premesso che:

la società Gaggia, nel marzo 2007, avrebbe improvvisamente comunicato che cesserà le proprie attività produttive nello stabilimento di Robecco sul Naviglio, in provincia di Milano. Nell'area di Ribecco resteranno la divisione commerciale e amministrativa, il magazzino e l'ufficio cambi;

per circa 100 lavoratori dello stabilimento di Ribecco sarebbe stata avviata la procedura di mobilità;

la direzione aziendale avrebbe motivato la scelta con la volontà di perseguire un incremento di redditività tramite la delocalizzazione di determinate linee di prodotto e il trasferimento di altre;

tale operazione sembrerebbe in palese violazione degli accordi sindacali sin qui stipulati, accordi che prevedono un confronto preventivo sulle scelte strategiche del gruppo,

si chiede di sapere:

se non si ritenga di dover aprire un tavolo di trattativa con le Organizzazioni sindacali e con tutte le realtà del gruppo, che ha punti produttivi anche a Modena, a Bergamo, in Romania e in Cina per avviare un confronto collegiale sui problemi alla base della scelta dell'azienda e per individuare proposte alternative;

se non si ritenga preoccupante la situazione creatasi nel territorio dell'Abbiatense dove la crisi della Gaggia si aggiunge alle pesanti ristrutturazioni e delocalizzazioni che, soltanto nel corso del biennio 2005/2006, hanno colpito il settore metalmeccanico con la perdita di circa 1.300 posti di lavoro e se non si consideri che tale situazione possa derivare dai troppi anni di mancati investimenti industriali su innovazione del prodotto, tecnologia e organizzazione, che hanno portato al disfacimento di un tessuto industriale diffuso e qualitativamente elevato con le conseguenti ricadute negative occupazionali e di reddito.

(4-01758)

SILVESTRI. – *Al Ministro dell'interno.* – Premesso che:

risulta all'interrogante che il Dipartimento dei Vigili del fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile abbia inviato suoi dirigenti presso il comando provinciale di Milano per organizzare, presumibilmente nel mese di maggio, una festa del Corpo nazionale;

la festa dei Vigili del fuoco, in onore della patrona Santa Barbara, è sempre stata il 4 dicembre;

il Corpo nazionale attraversa un periodo di ristrettezze economiche sia per i «tagli» subiti dalla legge finanziaria, sia per la mancata destinazione di fondi da parte del Governo, con prevedibili ricadute sulle attività di soccorso pubblico e sulla manutenzione dei mezzi di soccorso;

va poi aggiunto che sono stati «tagliati» anche i fondi delle missioni e delle trasferte e si va profilando anche un «taglio» alle utenze di gas, energia e riscaldamento, unitamente alla chiusura di alcuni distaccamenti permanenti per mancanza di personale;

le organizzazioni sindacali della Lombardia hanno indetto lo stato di agitazione e successive azioni di sciopero per il rinnovo dei contratti di lavoro, assunzione dei precari e finanziamenti per le attività di soccorso, dichiarando al contempo che, nelle attuali condizioni, non hanno intenzione di festeggiare alcunché, né tantomeno comprendono di che festa trattasi,

si chiede di sapere:

se corrisponda al vero che sono stati inviati autovetture e uomini dal Dipartimento per l'organizzazione di tale festa;

se risulti che, nonostante non vi siano fondi sufficienti per le attività di istituto e per l'acquisto dei mezzi ordinari, il Dipartimento abbia acquistato un ulteriore aereo;

quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo intenda intraprendere per porre fine al diffuso malcontento della categoria e per risolvere le sorti del Corpo nazionale che di tutto ha bisogno, tranne che di festeggiamenti.

(4-01759)

TOMASSINI, BIANCONI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

è vietata l'istituzione di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale presso strutture sanitarie private anche accreditate ed ogni forma di pubblicità alle stesse connessa;

la conservazione di sangue da cordone ombelicale è consentita presso le strutture pubbliche, quelle individuate dall'art. 18 della legge n. 107/1990 e quelle di cui all'Accordo del 10 luglio 2003;

la conservazione, presso le strutture di cui al comma 2, di sangue da cordone ombelicale per uso autologo o dedicato a consanguineo con patologia in atto, ove si renda necessario, è consentita previa presentazione di motivata documentazione clinico-sanitaria, e non comporta oneri a carico del donatore;

considerato che:

le banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale sono individuate dalle Regioni sulla base di quanto previsto dai relativi piani sanitari regionali, debbono essere accreditate sulla base di programmi definiti e del documentato, operare in accordo con requisiti e *standard* previsti dalle società, organizzazioni e gruppi clinico-scientifici di cui alla premessa nonché dall'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003, e debbono procedere alla tipizzazione delle cellule raccolte;

l'autorizzazione all'importazione e all'esportazione di cellule staminali da cordone ombelicale per uso sia autologo che allogenico è rilasciata di volta in volta dal Ministero della salute – Direzione generale

della prevenzione sanitaria – nel rispetto dei requisiti di cui all'allegato 3 del decreto ministeriale 7 settembre 2000;

l'autorizzazione all'esportazione di campioni di sangue placentare autologo può essere richiesta al Ministero della salute – Direzione generale della prevenzione sanitaria, da soggetti, diretti interessati, che, non ricorrendo le condizioni di cui all'art. 1, comma 3, previo *counselling* con il Centro nazionale per i trapianti, e previo accordo con la Direzione sanitaria sede del parto, decidano comunque di conservare detti campioni a proprie spese presso banche private operanti all'estero;

ai fini dell'esportazione, tale richiesta recante i dati anagrafici dei genitori richiedenti, il paese e struttura di destinazione, il posto di frontiera e mezzo di trasporto e la data presunta del parto, deve essere corredata da idonea certificazione redatta dalla Direzione sanitaria della struttura sede del ricovero ove sarà raccolto il campione, attestante: la negatività ai *marker* dell'epatite B, C e dell'HIV, eseguiti sul siero materno nell'ultimo mese di gravidanza; la rispondenza del confezionamento ai requisiti previsti in materia di spedizione e trasporto di materiali biologici, di cui alle circolari del Ministero della salute n. 16 del 20 luglio 1994 e n. 3 dell'8 maggio 2003 ed alle eventuali normative regionali, nonché da documentazione attestante l'avvenuto *counselling*,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga urgente rinnovare la suddetta ordinanza.

(4-01760)

STORACE, VALDITARA. – *Al Ministro della pubblica istruzione.* – Si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo a conoscenza delle ricerche pubblicate su «Medicina del Lavoro» n. 5 del 2004, le quali hanno evidenziato un consistente aumento dei casi della «Sindrome di *burn-out*» che colpisce la categoria degli insegnanti in una misura che è esponenzialmente aumentata nell'arco di soli 8 anni, ossia, dal 45% del biennio 1993/94, al 57% nel 2001/02;

se sia a conoscenza del fatto che tali percentuali sopra riportate, sono pari al doppio di quelle che incidono sulla categoria degli impiegati ad esempio, in quanto sono considerevolmente maggiori lo *stress* e l'impiego psicofisico continuo cui sono sottoposti gli insegnanti in un modo che, oltretutto, non è possibile prevedere e/o prevenire;

se sia a conoscenza del fatto che le caratteristiche del ruolo professionale di insegnanti nella scuola dell'infanzia, che è molto caratteristico, vista la responsabilità giuridica dei minori, unite ad altri aspetti tipici dell'attività scolastica con un'utenza particolare, come le classi piccole e rumorose, raramente dotate di strutture ed impianti idonei, la continua delega da parte dei genitori al ruolo di educatori, l'inserimento di bambini diversamente abili e di lingua straniera, senza avere supporto alcuno necessario a garantire il benessere e la giusta accoglienza, rendono lo svolgimento dell'attività lavorativa difficoltoso, stressante e usurante;

se sia a conoscenza del fatto che a quanto sopra esposto si aggiunge l'aspetto frustrante derivante da un elevato numero di attività obbligatorie che vanno dalla frequenza di corsi di aggiornamento agli incontri collegiali, dalle riunioni con i genitori alla gestione della pianificazione (POF, eccetera) e alla stesura dei verbali e documenti di verifica dell'andamento scolastico di ogni singolo studente;

se sia a conoscenza del fatto che queste attività, che non sono compensate in misura adeguata della retribuzione salariale, facilitano la diffusione di patologie come appunto, quella nota con il nome di «*burn-out*»,

infine, se alla categoria professionale degli insegnanti delle scuole dell'infanzia possa essere riconosciuta tra quelle dei lavori particolarmente usuranti e a rischio, secondo le disposizioni di legge previste dalla legge 374/93 e successive modifiche.

(4-01761)

PIONATI. – *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

la Direzione dell'Agenzia del territorio, il 26 febbraio 2004 emanava circolare n. 2/2004 prot. 16813 relativa alle procedure di affrancazione di fondi, già appartenenti a Comuni o ad altre collettività, la cui occupazione da parte di soggetti abusivi era stata legittimata con l'imposizione di un canone enfiteutico, ai sensi degli artt. 9 e 10 della legge 16 giugno 1927, n. 1766;

nella stessa circolare veniva precisato che per effetto della legittimazione e conseguente imposizione del canone, si instaurava tra ente legittimante e soggetto legittimario un rapporto enfiteutico avente natura esclusivamente privatistica e che in pratica il terreno oggetto del rapporto passava nella libera ed assoluta proprietà del legittimario cui faceva obbligo di corrispondere il canone enfiteutico, affrancabile a richiesta del medesimo;

come più volte ribadito dalla Corte di Cassazione il provvedimento di legittimazione delle occupazioni abusive di terre del demanio comunale conferisce al destinatario la titolarità di un diritto soggettivo perfetto e di natura reale, costituendone legittimo titolo di proprietà;

i rapporti giuridici che si instaurano fra ente concedente e soggetto legittimario, a seguito del provvedimento di legittimazione, vanno ricondotti alla disciplina normativa delineata dal codice civile in materia di diritti reali, pur essendo peculiare la tipologia di affrancazione correlata ai procedimenti di legittimazione su terre di uso civico e dunque producendosi effetti parzialmente diversi rispetto a quelli dell'affrancazione ordinaria prevista dall'art. 971 del codice civile;

se con l'affrancazione ordinaria l'enfiteuta consegue *ex novo* l'acquisto del diritto di proprietà del terreno, con l'affrancazione in oggetto si verifica solo una sorta di effetto espansivo del diritto preesistente, infatti il diritto di proprietà già esistente in capo al legittimario viene solo liberato dall'obbligo di corresponsione del canone annuo, attraverso il provvedimento di legittimazione;

la legge 29 gennaio 1974 n. 16 estingue i rapporti perpetui reali e personali, costituiti anteriormente al 28 ottobre 1941, in forza dei quali le Amministrazioni e le aziende autonome dello Stato, comprese le Amministrazioni del fondo per il culto, del fondo di beneficenza e di religione nella città di Roma e l'Amministrazione dei patrimoni riuniti ex economici hanno diritto di riscuotere canoni enfiteutici, censi, livelli e altre prestazioni in denaro o derrate, in misura inferiore a lire 1.000 annue;

ai sensi dell'art. 2 della legge 29 gennaio 1974 n. 16 gli uffici che provvedono alla riscossione delle prestazioni debbono procedere, senza alcun onere per i debitori, alla chiusura delle relative partite di credito, dandone comunicazione agli obbligati iscritti nei libri debitori nonché agli altri uffici interessati;

con circolare n. 374, prot. 71471 del 20 maggio 1974, venivano dettati i criteri esplicativi della legge 16/1974 e detta circolare veniva inviata anche alle ragionerie regionali dello Stato,

si chiede di sapere:

se il canone enfiteutico, relativo ai fondi rustici legittimati ai sensi della legge 1766/27, artt. 9 e 10, debba ritenersi affrancato per usucapione se il comune concedente non lo richiede per oltre venti anni e non esercita il suo diritto di ricognizione nel diciannovesimo anno, ai sensi dell'art. 969 del codice civile;

se la legge 29 gennaio 1974 n. 16 estingua anche i rapporti enfiteutici - sorti prima del 28 ottobre 1941 e con canone inferiore a lire 1.000 annue - gestiti dalle Regioni, a seguito del trasferimento ad esse delle funzioni amministrative statuali in materia di usi civici di cui alla legge 16 giugno 1927 n. 1766, trasferimento attuato con decreto del Presidente della Repubblica n. 11 del 15 gennaio 1972.

(4-01762)

BERSELLI. - *Al Ministro dell'interno.* - Premesso che:

negli ultimi mesi gli organici della Polizia di Stato della provincia di Bologna hanno registrato una forte diminuzione, essendo stati in parte dirottati su altre province, dove i *media* avevano focalizzato la loro attenzione con riferimento alla questione sicurezza;

desta quindi seria preoccupazione il saldo negativo di 58 operazioni della Polizia di Stato all'interno della provincia di Bologna, anche perché quasi tutti erano adibiti a mansioni di carattere operativo su strada;

tale situazione non potrà non avere effetti negativi sulla sicurezza a Bologna e provincia,

l'interrogante chiede di conoscere:

in base a quali elementi si sia ritenuto che il distacco dei 58 operatori di cui sopra non avrebbe provocato ricadute negative in termini di sicurezza nella provincia di Bologna;

se il Ministro in indirizzo non ritenga di dover rivedere tale decisione.

(4-01763)

EUFEMI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'8 marzo 2007 l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha autorizzato la reintroduzione sul mercato italiano di due potenti psicofarmaci, il metilfenidato e l'atomoxetina, autorizzandone nel contempo la somministrazione ai minori ed in particolare ai bambini;

la comunità scientifica è assolutamente discorde circa l'opportunità di somministrare molecole psicoattive dai preoccupanti effetti collaterali ai bambini in tenera età;

se è vero che gli psicofarmaci possono avere – qualora somministrati sotto stretto controllo clinico – una qualche utilità nel porre sotto controllo i sintomi, da soli non curano alcunché, in quanto è impensabile risolvere il disagio profondo di un minore con la semplice somministrazione di una pastiglia;

i protocolli autorizzativi dell'AIFA, per come sono stati resi noti agli addetti ai lavori, sono – anche a detta di «Giù le Mani dai Bambini», il più rappresentativo comitato italiano di farmacovigilanza per l'età pediatrica – gravemente lacunosi tanto che lo stesso Ministro della salute ha ritenuto di dover istituire presso il Ministero un tavolo permanente «psicofarmaci e bambini», per monitorarne l'utilizzo e suggerire eventuali misure correttive, tavolo riunitosi per la prima volta in data 14 marzo 2007;

appare necessario prendere completa conoscenza di tutti gli atti della pubblica amministrazione afferenti a questa delicata questione, al fine di formarsi un'opinione corretta in merito e poi avviare eventuali iniziative a migliore tutela della salute psichica dell'infanzia del Paese;

all'AIFA è stata più volte richiesta copia integrale della delibera di Consiglio di amministrazione dell'8 marzo 2007, ma – al di là del lacconico comunicato stampa divulgato ai *media* – l'AIFA non ha ritenuto di dover fornire copia di tale documento,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo, nell'ambito delle proprie competenze, non ritenga di intervenire sollecitamente, assumendo urgenti e concrete iniziative al riguardo, al fine di garantire la trasmissione immediata di copia integrale della delibera AIFA del 8 marzo 2007 inerente l'autorizzazione alla messa in commercio delle molecole metilfenidato ed atomoxetina, ivi inclusi tutti gli atti ed i documenti a detta delibera correlati, invitando l'AIFA ad una maggiore trasparenza nei propri processi di lavoro, specie nei confronti del Parlamento, dal momento che tali incomprensibili reticenze rischiano di pregiudicare l'immagine di autorevolezza degli organismi della pubblica amministrazione presso la cittadinanza tutta.

(4-01764)

IOVENE, VILLECCO CALIPARI. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri dell'interno e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* – (Già 3-00282)

(4-01765)



BULGARELLI. – *Al Ministro delle infrastrutture.* – Premesso che:

in data 24 marzo 2004 un corteo dei comitati «No Dal Molin» si recava nei pressi dell'aeroporto di Vicenza, al cui interno dovrebbe insediarsi una nuova base militare Usa, per contestare i lavori di scavo intrapresi dall'azienda municipalizzata A.I.M. per la posa di cavi a fibre ottiche che dovrebbero, verosimilmente, essere utilizzati da strutture e servizi del nuovo insediamento militare americano; la protesta dei cittadini di Vicenza muoveva dal fatto che nessuna autorizzazione era stata rilasciata all'A.I.M. ma, nonostante ciò, i lavori di scavo erano iniziati, senza che le autorità locali fossero intervenute per bloccarli; l'altra richiesta era quella di conoscere quale fosse la destinazione d'uso finale della rete;

in effetti, desta sconcerto il comportamento del Comune di Vicenza che, con il suo comportamento omissivo, ha di fatto permesso che lavori non autorizzati, e dunque abusivi, non fossero bloccati; infatti, solo in seguito ad una segnalazione giunta al locale comando dei Vigili urbani di Vicenza, questi ultimi, con una circolare emessa in data 22 marzo 2007, notificavano al Presidente della V Circoscrizione del Comune di Vicenza ed agli Assessori alla sicurezza e alla mobilità che «personale del suindicato ufficio in data 22 febbraio 2007 ha eseguito un sopralluogo constatando che la ditta A.I.M. Spa, con sede a Vicenza in Contrà Pedemuro San Biagio n. 72, stava effettuando uno scavo delle dimensioni di m 1,20 (profondità) e m. 0,50 (larghezza), finalizzato alla posa e predisposizione dei nuovi cavidotti a fibra ottica, come da contratto relativo all'allacciamento «Interroute 6 – Dal Molin Sant'Antonino», in assenza di autorizzazione/concessione dall'ente proprietario della strada (Comune di Vicenza). Tutto ciò premesso si precisa che per effettuare i lavori di cui sopra, era necessaria la concessione, così come previsto dall'art. 21 del C.d.s. e ribadito anche dalla deliberazione n. 180 PGN 15335 del 04/06/2001 del comune in intestazione; quest'ultima riporta nel testo che i lavori di A.I.M. relativi a scavo e ripristino, nonché l'occupazione del suolo e sottosuolo pubblico per la posa di cavidotti devono ottenere la concessione del competente settore del comune»,

si chiede di sapere:

quale sia il motivo per il quale il Comune di Vicenza non è tempestivamente intervenuto per bloccare i lavori di scavo abusivi intrapresi da A.I.M. Spa;

chi sia il committente e chi il beneficiario della posa in opera dei nuovi cavidotti a fibra ottica e se risponda al vero che essi dovrebbero servire la nuova base militare Usa prevista all'interno dell'aeroporto civile Dal Molin.

(4-01766)

SODANO. – *Al Ministro dell'interno.* – Premesso che:

il Comune di Casamarciano (Napoli), la Prefettura di Napoli, il Ministero dell'interno e la Regione Campania hanno intentato un procedimento presso il TAR Campania (n. 6632/2006) contro l'attività estrattiva

della Edilcalcestruzzi srl, esercitata alla Contrada Olivella di Casamarciano;

la Edilcalcestruzzi srl farebbe parte di un'unica *holding* riconducibile alla famiglia Marinelli, specializzata nella gestione delle cave e nella produzione e fornitura di calcestruzzo. Della predetta *holding* farebbero parte, insieme alla summenzionata Edilcalcestruzzi, anche la società Cave Marinelli srl e la Marinelli srl;

in particolare, sulla società Cave Marinelli srl, avente sede in Casamarciano alla Contrada Olivella, è stata emessa, con prefettizia n. 11057/Area 1-bis del 4 agosto 2006, un'informativa antimafia ostativa ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 490/1994. La Edilcalcestruzzi srl, avente sede legale in Atripalda (Avellino), dispone tuttavia di una unità locale operativa proprio a Casamarciano, coincidente con la sede della richiamata Cave Marinelli srl;

il Ministero, con circolare n. 559.leg/240 del 14 dicembre 1994, ha precisato che nel caso in cui il rapporto con l'amministrazione riguardi un'articolazione secondaria della società interessata, onde valutare la competenza territoriale ai fini antimafia, ha rilievo la sede dell'articolazione secondaria; la quale, nel caso specifico, è costituita dalla suddetta unità operativa locale ubicata a Casamarciano;

tra la Edilcalcestruzzi srl, titolare della concessione regionale per lo sfruttamento della cava di materiale inerte di cui trattasi, e la Cave Marinelli srl è stato stipulato un contratto di gestione della cava medesima, che prevede, tra l'altro, «la concessione di un diritto di opzione e la facoltà di acquisire in forma definitiva l'azienda oggetto del contratto»;

la Cave Marinelli srl ha licenziato al 31 dicembre 2005 la quasi totalità dei lavoratori dipendenti, con il passaggio delle maestranze alla Edilcalcestruzzi srl, avvenuto in data 2 gennaio 2006;

socio al 50% della Cave Marinelli srl risulta Luca Marinelli, il quale riveste altresì la carica di amministratore unico della Edilcalcestruzzi srl, di cui detiene anche il 50% del capitale societario. Tale Marinelli Luca è figlio di Marinelli Giuseppe, amministratore unico della Cave Marinelli srl, e nipote di Marinelli Sergio, pluripregiudicato per associazione a delinquere di tipo mafioso, omicidio, tentato omicidio, estorsione ed altro, nonché esponente di spicco della N.C.O. di Raffaele Cutolo;

per tutti questi intrecci la Prefettura di Napoli ha emesso, in data 13 ottobre 2006, un'informativa ostativa antimafia anche nei confronti della Edilcalcestruzzi srl, con sede legale in Atripalda e unità operative in Atripalda e Casamarciano, in quanto sussisterebbero tentativi di infiltrazione mafiosa da parte della criminalità organizzata;

la Giunta regionale della Campania, con decreto n. 78 del 20 ottobre 2006 ha revocato il decreto n. 435 del 17 gennaio 1996, relativo all'autorizzazione al proseguimento dell'attività estrattiva di materiale calcareo in Contrada Olivella di Casamarciano;

contro tale provvedimento la Edilcalcestruzzi srl ha presentato ricorso presso il TAR Campania (procedimento di cui al registro generale

n. 6632/2006), respinto con ordinanza della Prima sezione n. 3170 del 22 novembre 2006;

avverso tale ordinanza la Edilcalcestruzzi srl si è appellata al Consiglio di Stato, con ricorso n. 9842/2006, accolto dalla Sesta sezione con ordinanza n. 6630 del 19 dicembre 2006, in quanto si ravvisavano i presupposti della gravità e irreparabilità del danno prospettato dalla società appellante in relazione alle esigenze di salvaguardia occupazionale. Il dispositivo rimanda ulteriori approfondimenti al successivo giudizio di merito;

nell'udienza del 7 marzo 2007, relativa al suddetto giudizio di merito, la Edilcalcestruzzi srl ha esibito un'informativa della Prefettura di Avellino, datata 12 febbraio 2007 e firmata non dal Prefetto ma da un dirigente prefettizio, in cui si afferma che nei confronti della Edilcalcestruzzi srl e dell'amministratore unico Marinelli Luca non sussistono le cause di divieto, sospensione e di decadenza indicate nell'allegato 1 del decreto legislativo 490/1994, e che non sono emersi tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a condizionare le scelte e gli indirizzi della stessa società;

come è facilmente riscontrabile, si tratta di conclusioni assolutamente contraddittorie con quelle a cui era pervenuta la Prefettura di Napoli con la citata informativa prot. 5990/Area 1/TER/OSP del 13 ottobre 2006. Per tale motivo, in data 13 marzo 2007 il Sindaco di Casamarciano ha chiesto un incontro chiarificatore al Prefetto di Napoli, incontro che però non è stato ancora accordato,

si chiede di sapere:

quali provvedimenti urgenti di competenza il Ministro in indirizzo intenda adottare al fine di chiarire come sia possibile che due distinte Prefetture giungano a conclusioni palesemente contraddittorie, soprattutto in considerazione dei gravi rischi di infiltrazione mafiosa che caratterizzano alcune zone della Campania;

in particolare, quali provvedimenti urgenti di competenza il Ministro in indirizzo intenda promuovere per sostenere la richiesta di legalità espressa sia sotto il profilo tecnico-giuridico, attraverso i provvedimenti della Prefettura di Napoli e dei competenti uffici della Regione Campania e del Comune di Casamarciano, che istituzionale e amministrativo, così come evidenziato dalla volontà dell'amministrazione comunale di Casamarciano e della Giunta regionale della Campania.

(4-01767)

RIPAMONTI. – *Al Ministro dell'interno.* – Premesso che:

nel Consiglio comunale di Cassano D'Adda (Milano) da tempo non viene rispettato il Regolamento comunale relativo al funzionamento del Consiglio stesso e si è instaurato un clima di intimidazione nei confronti dei consiglieri di minoranza;

in particolare, durante l'esame del Bilancio pluriennale 2007-2009 si è verificato che: 1) in data 7 marzo 2007 venivano recapitati ai Consiglieri comunali l'ordine del giorno e la documentazione per il Consiglio

del 13 marzo 2007, mancante, però, tra gli altri, di alcuni documenti, tra cui la relazione dei Revisori dei conti, depositata al Protocollo del Comune il giorno successivo 8 marzo e il prospetto «Previsione spese di personale»; 2) la suddetta dolosa mancata produzione in allegato dei costi del personale non metteva in condizione i Consiglieri di potersi convenientemente documentare in argomento; 3) all'inizio del Consiglio comunale del 26 marzo 2007 il Sindaco presentava una cosiddetta «mozione d'ordine» nella quale, con il pretesto del numero elevato degli emendamenti, veniva attribuito il tempo di un solo minuto per la presentazione degli emendamenti stessi. Il Regolamento di funzionamento del Consiglio comunale prevede all'art. 25, comma 5, la possibilità per ogni Consigliere di intervenire su ogni argomento per un tempo complessivo di otto minuti, ad eccezione che per il Bilancio di previsione e per il Piano regolatore generale e le sue varianti. È evidente che l'eccezione del tempo di intervento per il Bilancio di previsione va intesa in aumento e non in diminuzione;

considerato che:

le illegittimità (che verranno pure affrontate in altra competente sede), compiute dal Sindaco, dal Presidente del consiglio comunale e dal Segretario generale, sono evidenti. La mancata produzione in allegato di documenti dichiarati come allegati nella relazione previsionale e programmatica, quali il prospetto delle spese del personale; il rifiuto di rilascio dello stesso al richiedente Consigliere comunale e sua tardiva consegna dopo la presentazione di emendamenti riguardanti la cancellazione; la tardiva consegna della Relazione dei Revisori dei conti; la tardiva e inutile consultazione *ex post* della Consulta comunale bilancio e gli atteggiamenti prevaricatori dei diritti dei Consiglieri comunali sul provvedimento più importante, quale è il Bilancio preventivo, della vita dell'amministrazione di un Comune di quasi 18.000 abitanti, con la riduzione a un minuto del tempo di discussione degli emendamenti, si sposano poi con il sistematico sabotaggio dell'attività delle Consulte comunali permanenti, i cui Presidenti vengono invitati dai dirigenti della Segreteria comunale a procedere da soli alla convocazione delle stesse Consulte per telefono o «come meglio credano» ovvero vengono impediti a convocare le rispettive Consulte dall'asserita (ma in realtà inesistente) mancanza di aule ove tenere le riunioni;

si sarebbe creato un clima invero irrispettoso delle prerogative dei Consiglieri comunali; frasi come «Tanto il Consiglio Comunale non conta niente»; «i Consiglieri di minoranza rompono i .....» sono all'ordine del giorno e vengono profferite con disinvoltto convincimento e il Sindaco, invece di fermare tale deriva oltraggiosa e becera, la incentiva con la presentazione di una mozione d'ordine volta ad impedire ogni dibattito sul bilancio,

si chiede di sapere se non si ritenga opportuno ed urgente intervenire al fine di ristabilire il rispetto delle prerogative del Consiglio comunale di Cassano D'Adda e delle minoranze consiliari e prevedere, attraverso le

sedi decentrate del Ministero, di garantire un rigoroso controllo su tutti gli atti dell'amministrazione comunale.

(4-01768)

ALFONZI, ALLOCCA. – *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* – Premesso che:

la rete di telecomunicazioni è una infrastruttura strategica con prevalenti contenuti di interesse pubblico e con carattere strategico per una moderna politica industriale. È necessario quindi puntare ad incrementare le potenzialità, l'efficienza e l'apertura della rete di telecomunicazioni, puntando ad un'infrastruttura, al servizio dei cittadini, delle comunità e delle imprese, che sia accessibile ai creatori di servizi e che renda gli investimenti per l'ammodernamento compatibili con i bisogni del Paese e non solo dei singoli azionisti. A tal fine è necessario considerare la rete di telecomunicazioni un bene comune, non solo perché è stata pagata con i proventi del canone, ma perché deve essere una struttura da mettere al servizio delle imprese e della collettività;

il gruppo Telecom Italia offre i propri servizi a 24 milioni di clienti su rete fissa e a 31,5 milioni su rete mobile in Italia e rappresenta una risorsa strategica per il sistema-Paese, perché proprietario della quasi totalità delle reti di trasmissione delle telecomunicazioni;

il personale dell'azienda è passato da 106.620 dipendenti nel 2002 a 91.365 nel 2004, per arrivare a 85.484 a fine 2005. Il gruppo Telecom risulta essere a tutt'oggi tra i primi gruppi industriali italiani per l'occupazione;

considerato, inoltre, che lo statuto del gruppo Telecom Italia all'articolo 22 prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con il Ministro delle attività produttive, è titolare di alcuni poteri speciali, tra i quali, il potere di veto, debitamente motivato, «in relazione al concreto pregiudizio arrecato agli interessi vitali dello Stato, all'adozione delle delibere di scioglimento della società, di trasferimento dell'azienda, di fusione, di scissione, di trasferimento della sede sociale all'estero, di cambiamento dell'oggetto sociale»;

si chiede di sapere:

se il paventato controllo del capitale azionario del gruppo Telecom Italia da parte di società estere non possa rappresentare un *vulnus* agli interessi generali del Paese ed alle sue prospettive di autonomo sviluppo e quali urgenti provvedimenti si intendano intraprendere per garantire che le reti vengano controllate da un sistema pubblico che garantisca la libertà di accesso;

quali iniziative di competenza si intendano adottare, per impedire che un eventuale cambio di proprietà del gruppo possa mettere in discussione gli orientamenti programmatici del Governo;

se non si ritenga necessario che i Ministri interessati si avvalgano dei poteri speciali loro conferiti dall'articolo 22 dello Statuto di Telecom Italia, in relazione al diritto di «veto, debitamente motivato in relazione al

concreto pregiudizio arrecato agli interessi vitali dello Stato», in vista di un cambio ai vertici della società;

se non si ritenga che garantendo la pubblicità delle reti si sia in grado di tutelare più adeguatamente la *privacy* di milioni di cittadini italiani, messa a dura prova dalla recente vicenda delle intercettazioni illecite, sottoposte, in questi mesi, ad indagine da parte della magistratura;

quali iniziative di competenza si intendano adottare per tutelare il lavoro di migliaia di uomini e donne occupate in Telecom, garantendo l'unitarietà dell'azienda come condizione per definire assetti proprietari e occupazionali in grado di assicurare un gruppo forte e consolidato nelle telecomunicazioni.

(4-01769)

NOVI. – *Al Ministro della salute.* – Risultando all'interrogante che:

il 7 febbraio 2007 il sindacato UIL – F.P.L. inviava una nota al Direttore generale e al Direttore amministrativo dell'azienda ospedaliera «San Giovanni – Addolorata» per denunciare una vicenda di mala sanità e di relativo sperpero di risorse finanziarie;

la denuncia del sindacato riguardava il servizio di radioterapia del complesso ospedaliero;

nell'aprile 2006 un dispositivo dell'acceleratore lineare in dotazione all'ospedale mostrava segni di cedimento ed il primario professor Alberto Ascarelli aveva ritenuto di richiedere una rapida sostituzione di tale dispositivo il cui costo è di 44.970 euro;

la sostituzione di questo componente dell'acceleratore lineare è prevista come semplice procedura di manutenzione del macchinario;

l'acceleratore lineare è indispensabile per i trattamenti più impegnativi come neoplasie della prostata, del retto, del polmone, eccetera;

nel giugno 2006 a seguito della rottura di una apparecchiatura necessaria allo svolgimento delle attività di radioterapia, la Siemens aveva inviato un preventivo di spesa per ripristino apparecchiatura «Mevatron MD2» di 44.970 euro necessario all'acceleratore lineare;

nello stesso mese il Dirigente medico del servizio, professor Alberto Ascarelli, faceva presente con nota scritta che con l'approvazione di tale preventivo sarebbe stato possibile entro tre giorni riprendere la piena funzionalità dell'apparecchio stesso eliminando il grave disagio per i pazienti in attesa di trattamento;

sempre nello stesso mese di giugno il professor Ascarelli inviava una nota informativa al Direttore generale sull'allora programma di lavoro della radioterapia in attesa del Magnatron (tubo facente parte del Mevatron MD2). Nella nota in questione il dirigente del servizio faceva presente, inoltre, che poteva comunque lavorare con un'energia inferiore al solito (6 MeV invece di 15 MeV) per non interrompere i trattamenti in corso e che con la riparazione dell'apparecchiatura sopra citata entro due giorni sarebbero state ristabilite le condizioni di lavoro ottimali;

sempre nel mese di giugno il professor Ascarelli inviava ulteriori due note alla direzione strategica e una nota al Presidente della Regione Lazio, Piero Marrazzo, sull'interruzione del servizio di radioterapia;

nonostante le segnalazioni del professor Ascarelli i vertici dell'Azienda ospedaliera optavano per una soluzione che si concretizzava in una convenzione con la struttura «Fatebenefratelli – Villa San Pietro»;

si arrivava al punto di organizzare il trasporto con navetta dei pazienti dal «San Giovanni» al «Fatebenefratelli»;

questo disservizio comportava un onere di spesa rilevante che si concretizzava in oltre 50.000 euro al mese;

l'onere mensile di questo sperpero organizzato di risorse pubbliche era superiore al costo della attrezzatura da sostituire;

le proteste di decine di pazienti privati del servizio di radioterapia non sono valse a far retrocedere i vertici dell'Azienda ospedaliera da una decisione irrazionale, sperperatrice e conflittuale con le esigenze dei pazienti;

un indubbio utile da questa disorganizzazione programmata è derivato, tra l'altro, alle società che forniscono le autoambulanze per il servizio di navetta,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza di queste procedure inusuali e irrazionali che caratterizzano l'assistenza sanitaria nella regione Lazio.

(4-01770)

SCARPA BONAZZA BUORA, COMINCIOLI, PICCIONI, SANCIU, ZANETTIN. – *Al Ministro dell'economia e delle finanze.* – Premesso che:

l'art. 2, commi da 33 a 39, dalla legge 286/2006, come modificato dalla legge 296/2006, ha stabilito principi e procedure per consentire la semplificazione degli adempimenti a carico del cittadino e per conseguire una maggiore rispondenza del contenuto delle banche dati dell'Agenzia del territorio all'attualità territoriale;

per il conseguimento di tali fini la citata norma indica che, a decorrere dal 1° gennaio 2007, le dichiarazioni relative all'uso del suolo sulle singole particelle catastali rese dai produttori agricoli in sede di presentazione agli organismi pagatori delle domande di pagamento ai fini dell'erogazione dei contributi agricoli, previsti dal regolamento (CE) n. 1782/03 e dal regolamento (CE) n. 796/2004, consente l'aggiornamento dei dati catastali ivi compresi quelli relativi ai fabbricati inclusi nell'azienda agricola, e, conseguentemente, risulta sostitutiva per il cittadino della dichiarazione di variazione colturale da rendere al catasto terreni stesso;

l'Agenzia del territorio sta procedendo all'aggiornamento della banca dati del catasto terreni sulla base del contenuto delle ricordate dichiarazioni rese agli organismi pagatori, attribuendo alle particelle interessate i nuovi redditi che producono effetti fiscali dal 1° gennaio 2006;

i primi risultati di tali attività di revisione sono stati resi pubblici e dalla consultazione dei dati emergono attribuzioni erronee delle qualità ca-

tastali e variazioni delle rendite esclusivamente in aumento, a tutto svantaggio del contribuente;

tali errori sono frutto dell'automatica assimilazione tra usi del suolo tra loro molto diversi che oltretutto non coincidono affatto con la realtà colturale del territorio agricolo;

i risultati ottenuti con la procedura messa in atto non rispettano le dichiarate finalità della norma, volta ad ottenere una maggiore equità fiscale e a far emergere situazioni di elusione ed evasione;

il risultato dell'operazione avviata è invece un ingiustificato inasprimento del carico fiscale dei contribuenti per di più con effetti retroattivi, destinato a generare un enorme contenzioso tributario,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non intenda eliminare l'effetto retroattivo al 2006 dell'operazione avviata, tra l'altro contrario ad ogni principio di corretto rapporto tra l'amministrazione fiscale ed il contribuente, nonché sospendere e rivedere le procedure operative che attualmente risultano molto carenti.

(4-01771)

MARTONE. – *Ai Ministri delle politiche agricole alimentari e forestali e della giustizia.* – Premesso che:

calamità naturali ed epizootie, indebitamento aziendale, costo dell'acqua, lentezza delle riforme della macchina amministrativa e la mancata programmazione nella spesa dei fondi Por (Programma operativo regionale della Sardegna), rappresentano la causa di redditi sempre più impoveriti ed un indebitamento cronico delle imprese agricole in Sardegna;

il sistema agricolo sardo è indebitato, a vario titolo, per oltre 675 milioni di euro; di questi, 171 milioni si originano da esposizioni debitorie verso il sistema bancario già passate «a sofferenze», che escludono quindi gli agricoltori dal mercato finanziario precludendo loro l'accesso al credito per le vie ordinarie;

tali esposizioni «a sofferenza» sono maturate nell'ambito di rapporti di finanziamenti a breve, medio o lungo termine non integralmente restituiti, originariamente assistiti dal concorso sugli interessi, cambiali agrarie non onorate, esposizioni in conto corrente, per i quale i crediti sono determinati in applicazione di clausole anatocistiche la cui illegittimità è stata dapprima affermata dalla giurisprudenza della Cassazione, in esito ad un radicale mutamento di un precedente e consolidato orientamento favorevole alla prassi bancaria, e, quindi, sancita a livello normativo, senza che al formale adeguamento da parte dei vertici bancari abbia fatto seguito la concreta disapplicazione delle suddette clausole con riferimento ai rapporti già definiti, soprattutto per quelli resi inoppugnabili dal passaggio in giudicato dei relativi titoli di formazione giudiziale (decreti ingiuntivi o sentenze) emessi nella vigenza del precedente orientamento;

è inoltre invalsa la prassi di richiedere con riferimento ai contratti di mutuo, dal momento dell'esercizio della clausola di decadenza del beneficio del termine, il pagamento della totalità delle rate scadute e di quelle a scadere, comprensive quindi, nei mutui ad ammortamento, di



una quota di interessi, talora non ancora maturati alla data della richiesta di anticipata restituzione e per di più in applicazione, sull'intera rata di ulteriori di ulteriori interessi di mora, con una prassi ancora una volta anacronistica, calcolati in applicazione di tassi convenzionali, frequentemente superiore al 15% data la vetustà dei rapporti (quasi tutti anteriori al 1996), anche dopo il 30 dicembre 2000, in aperta violazione dell'obbligo di applicare il tasso di sostituzione previsto dal decreto-legge 394/2000, convertito dalla legge 24/2001, o approfittando dell'originaria concessione dell'agevolazione relativa al concorso sugli interessi che tale obbligo di sostituzione escludeva, a norma del richiamato decreto;

di fatto, tale situazione conduce ad un'esponenziale e macroscopica moltiplicazione dell'originaria esposizione, in ragione della persistente operatività di condizioni assolutamente fuori dagli attuali *standard* di mercato; con un rapporto complessivo superiore a quello degli altri settori economici sardi e con una percentuale pagato-non pagato più elevata rispetto a quella di molte altre regioni italiane;

per di più, poiché la quasi totalità delle posizioni a sofferenza è già stata trasferita in sede contenziosa, dando vita a procedure espropriative immobiliari, il comparto è consegnato in condizioni di sostanziale impotenza giacché, a causa della scarsa appetibilità per il mercato locale delle aziende ipotecate e quindi pignorate, i pignoramenti hanno reso indisponibile l'intero patrimonio degli agricoltori, colpendo indiscriminatamente ogni loro proprietà comprese le case di abitazione;

le aziende più colpite dal fenomeno dell'indebitamento in sofferenza sono quelle che nel corso degli anni '80 e '90 hanno effettuato gli investimenti più significativi con l'intento di modernizzarsi per essere più competitive, in linea con gli orientamenti di sviluppo che i Governi regionali dell'epoca avevano indicato e sostenuto, favorendo gli investimenti in tale direzione, e che ha tuttavia tradito le aspettative degli imprenditori, a causa dell'omissione di studi di impatto ed a seguito dell'introduzione dei sempre più stringenti limiti imposti dal mercato comune: il comparto più colpito è quello terricolo (39%), seguono quello florovivai-stico (19%), e della cooperazione per la trasformazione dei prodotti agricoli (14%). Complessivamente questi tre comparti comprendono il 72% dell'indebitamento in sofferenza dell'agricoltura sarda;

le piccole e medie imprese agricole, già interessate dalla congiuntura negativa del mercato, che hanno contratto con le banche prestiti agrari a tasso ordinario e comunque superiori al tasso agevolato, ricorrendo all'indebitamento a breve o a medio termine a causa degli eventi calamitosi e della cronica intemperatività di erogazione da parte degli enti competenti (*in primis*, la Regione) degli indennizzi al riguardo autorizzati dalla Comunità europea e deliberati dal Governo regionale o nazionale, che ne hanno condizionato e compromesso la capacità produttiva sia singola che complessiva, si ritrovano oggi nella condizione di non poter garantire i rientri imputabili ai prestiti contratti; a ciò si aggiunga che tali indennizzi, proprio in ragione della loro lentezza, sono stati oggetto di rapporti di anticipazione (mediante sconto di crediti o aperture di credito garantite

da pegno) con il sistema bancario a condizioni penalizzanti e con sensibile decurtazione del beneficio effettivo per l'impresa, quando non sono state direttamente pignorate, nelle forme dell'espropriazione presso terzi, non preclusa dall'assenza di una norma che li sottragga alla pignorabilità (come viceversa accade per contributi per le quote latte, in ragione della disposizione contenuta negli artt. 5-*duodecies* e 5-*terdecies* del decreto-legge 182/2005, introdotte, in sede di conversione, dalla legge 231/2005), dal sistema bancario, primo fra tutti il Banco di Sardegna, tesoriere regionale e quindi edotto dei tempi di erogazione ancor prima dell'agricoltore e quindi in condizioni di avvalersi di tali informazioni per soddisfare le proprie ragioni su tale credito;

la crisi del comparto ha comportato un crescente disinteresse per gli investimenti in agricoltura. Ciò, oltre a ingenerare un fenomeno di diffuso abbandono delle colture e di conseguente disoccupazione, soprattutto giovanile, ha, come detto, reso scarsamente appetibili le aziende poste all'asta, con conseguente neutralizzazione – per assenza di competitori – del meccanismo al rialzo anche nei casi in cui il succedersi dei ribassi abbia reso possibile l'acquisto di strutture aziendali di persistente elevato valore per prezzi assolutamente irrisori. E di fatto accaduto che una azienda agricola del valore di oltre 500.000 euro sia stata venduta all'asta, dopo 17 tentativi, per un prezzo di aggiudicazione di 18.000 euro. E tale episodio non è rimasto isolato, giacché altri incanti a prezzi infimi hanno avuto seguito e si sono consolidati con l'emissione del decreto di trasferimento;

il *modus procedendi* ora riferito trova favorevoli gli istituti di credito per i quali l'espletamento della procedura liquidatoria costituisce frequentemente l'adempimento propedeutico all'esercitabilità della garanzia sussidiaria loro accordata dalla Regione Sardegna. Ma questa prassi, che non arreca danno al creditore-banca, sortisce l'effetto di privare il debitore di tutti i propri beni (compresa la casa di abitazione) senza essere liberato del peso dei debiti che permangono verso i creditori diversi dalle banche nonché nei confronti del garante Regione, stravolgendo così le finalità liquidatorie del procedimento esecutivo. Né trovano di fatto applicazione i correttivi istituiti dall'ordinamento attraverso la previsione, all'art. 586 del codice di procedura civile, del potere del giudice di non dar corso all'emissione del decreto di trasferimento, sospendendo l'aggiudicazione e riconsegnando il bene agli incanti, giacché tale potere non viene di fatto esercitato;

la situazione ora descritta contribuisce ad accrescere il malessere economico e sociale di parte della popolazione delle campagne e ad ingenerare situazioni di preoccupante tensione sociale. Ciò soprattutto in considerazione del fatto che la gran parte delle aziende, che attirano l'attenzione degli acquirenti (attratti dai costi incredibilmente bassi), si trovano nella fascia immediatamente a ridosso l'area costiera interessata dai vincoli di inedificabilità introdotto dal recente PPR (Piano di promozione regionale) adottato dalla Regione Sardegna e si presta ad essere interessata da una nuova speculazione edilizia che, sottraendo le campagne alla vocazione agricola, le trasforma in gigantesco parco-giochi agrituristico. Senza

tener conto del possibile interesse di multinazionali o di investitori –portatori di capitali di incerta provenienza- interessati a creare latifondi incolti, perché attratti, a seguito del contestato disaccoppiamento, dall'erogazione indiscriminata dei premi comunitari, erogati sulla base della superficie agricola posseduta e non più di quella a coltura;

ritenendo che:

tale situazione debitoria delle aziende non rappresenta esclusivamente un significato economico ma sta assumendo sempre più aspetti di rilevanza sociale e di ordine pubblico. Un fenomeno dovuto al coinvolgimento di intere famiglie, che vedono il proprio futuro in pericolo, non solo per la perdita del proprio posto di lavoro ma per la possibile perdita dell'impresa familiare, loro unico sostentamento;

la necessità che il Governo, nell'ambito di un più ampio progetto di rilancio complessivo del settore agricolo, debba adottare con immediatezza un intervento finalizzato alla riduzione dell'indebitamento delle aziende agricole fino a un livello sostenibile dalle stesse;

in data 5 aprile 2004 l'amministrazione regionale, gli istituti di credito e le organizzazioni professionali agricole hanno firmato un protocollo d'intesa finalizzato al risanamento del *deficit* del comparto agricolo, che, a tutt'oggi, per ragioni principalmente riconducibili al disinteresse del sistema bancario per il mercato agricolo, non ha trovato applicazione,

si chiede di sapere:

se non si ritenga opportuno costituire un tavolo tecnico tra il Ministero, l'amministrazione regionale, gli istituti di credito e le organizzazioni rappresentanti degli agricoltori, per effettuare la verifica dell'accordo in essere e per definire un nuovo accordo, vincolante per le parti, sull'indebitamento del settore agricolo e per inserire nello stesso i seguenti punti: a) la sospensione immediata di tutti gli atti esecutivi nei confronti delle aziende agricole; b) la previsione di una ricontrattazione dei debiti delle aziende agricole; c) l'adeguamento di tassi di interesse applicati alle situazioni debitori pregresse con quelli praticati a livello nazionale e di tempo in tempo vigenti, anche laddove le esposizioni siano consolidate a seguito della emissione di titolo esecutivo di formazione giudiziale; d) l'individuazione di un'azione da parte dell'amministrazione statale e regionale a favore delle aziende agricole che si trovano in stato di crisi a causa dell'indebitamento dovuto alla perdurante crisi di mercato oltre che a diverse calamità naturali, che, in deroga ai limiti espressi negli orientamenti comunitari in materia di aiuti di stato, possa consentire la cancellazione dei debiti e la ripresa del comparto agricolo, alla stregua degli interventi al riguardo avviati in tale direzione da Spagna e Portogallo; e) la riforma dello statuto dell'imprenditore agricolo, con la previsione di procedure concorsuali di tipo concordatario, giudiziale e stragiudiziale, per le ipotesi di crisi aziendale, e la istituzione di regole e strumenti che consentano l'armonizzazione dell'impresa agricola con il resto del mercato;

se non si ritenga opportuno, nelle more:

promuovere l'introduzione, in via immediata, una disposizione che sancisca, alla stessa stregua di quanto previsto negli artt. 5-*duodecies*

e *5-terdecies* del decreto-legge 182/2005, introdotte, in sede di conversione, dalla legge 231/2005, l'impignorabilità assoluta delle indennità erogate per eventi calamitosi e dei premi comunitari, a qualunque titolo erogati, al fine di preservarne l'effettiva destinazione alle finalità proprie della loro erogazione;

promuovere la modifica dell'art. 586 del codice di procedura civile, ponendo a carico del giudice il dovere di non dar corso all'emissione del decreto di trasferimento, sospendendo l'aggiudicazione e riconsegnando il bene agli incanti, allorché il prezzo di aggiudicazione risulti inferiore al valore del bene stesso, determinato al momento dell'incanto, stabilendo, se del caso, una percentuale di tolleranza non superiore al 20%;

promuovere l'introduzione, nel vigente codice di procedura civile, una disposizione che precluda alle banche di assoggettare a pignoramento gli altri beni del debitore, prima di aver portato a compimento (e non già di aver semplicemente promosso) la procedura espropriativa con riferimento al bene gravato da ipoteca volontaria, coordinando altresì tale disposizione con il divieto per lo stesso istituto di pretendere l'iscrizione di ipoteca sulla abitazione di proprietà del debitore allorché il finanziamento sia erogato per scopi attinenti l'impresa ed all'imprenditore facciano capo altri beni facenti parte del complesso aziendale;

si chiede, infine, se, al fine di prevenire logiche speculative, il Ministro della giustizia non ritenga opportuno vigilare sulla corretta applicazione all'art. 586 del codice di procedura civile, specificando la portata applicativa di tale strumento nel senso precisato dalla Cassazione nella sentenza n. 6269/03, come strumento di generale applicazione, non limitato, ad onta della sua introduzione ad opera della legge 203/1991, alla sola ipotesi di emersione dell'ingerenza della criminalità organizzata e finalizzato a preservare la finalità liquidatoria delle procedure espropriative ed il corretto temperamento di interessi tra creditore e debitore, adottando i provvedimenti più opportuni al riguardo.

(4-01772)

RUSSO SPENA, SODANO, TECCE, VANO. – *Al Ministro dell'interno.* – Premesso che:

domenica 15 aprile 2007 a Pignataro Maggiore (Caserta) alcune forze politiche del centro-sinistra hanno affisso un manifesto per chiedere le dimissioni del Sindaco e Consigliere provinciale di An, e l'intervento delle autorità competenti per le gravi vicende emerse a seguito dell'inchiesta compiuta da un gruppo di giornalisti del quotidiano locale «Giornale di Caserta» ed in seguito all'accusa secondo la quale il sindaco avrebbe avuto un incontro con il *boss* Lello Lubrano (cosca camorristico-mafiosa Lubrano-Nuvoletta-Ligato) – poi ucciso in un agguato il 14 novembre 2002 – alla vigilia delle elezioni amministrative del maggio 2002;

in questi giorni, a seguito dell'inchiesta che ha portato all'arresto dell'ex presidente del Consorzio Ce4 per la nettezza urbana, dell'ex direttore dell'Ecoquattro e subcommissario per l'emergenza rifiuti, nell'ambito di un'inchiesta dei magistrati della Direzione distrettuale antimafia di Na-

poli, e degli investigatori della Tenenza di finanza di Mondragone, è emersa sulla stampa locale la notizia secondo la quale alla vigilia delle elezioni amministrative di Pignataro Maggiore del maggio 2006 lo stesso sindaco Giorgio Magliocca avrebbe avuto un incontro con Giuseppe Valente (ora agli arresti domiciliari) per siglare un patto con l'attuale vice-sindaco Piergiorgio Mazzuocolo, ex capogruppo dell'opposizione in Consiglio comunale;

nel sopra citato manifesto dell'opposizione si ipotizza che l'incontro con Valente potrebbe aver inquinato il risultato elettorale, in elezioni dove Magliocca aveva vinto per soli sette voti,

si chiede di conoscere:

se il Ministro in indirizzo ritenga opportuno accertare i motivi per i quali la Prefettura di Caserta non ha ritenuto, ad ora, di dar corso alla nomina di una Commissione d'accesso a carico dell'amministrazione comunale di Pignataro Maggiore;

quali iniziative si intendano assumere a tutela dei giornalisti del «Giornale di Caserta», oggetto di minacciose pressioni finalizzate a bloccare il lavoro di indagine sulle cointeressenze politico-affaristiche e camorristico-mafiose a Pignataro Maggiore e sugli assi Pignataro-Mondragone e Pignataro-Casal di Principe.

(4-01773)

STORACE. – *Al Ministro della giustizia.* – Si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza degli esiti della recente sentenza della Corte di Cassazione in ordine al processo sulla strage alla stazione di Bologna del 2 agosto 1980, con la quale è stata confermata la condanna a 30 anni di reclusione per Luigi Ciavardini, che all'epoca dei fatti aveva appena 17 anni;

se sia a conoscenza del fatto che il processo si è sviluppato soprattutto grazie alle testimonianze a rate di due pentiti, Izzo e Sparti, il primo dei quali è tristemente noto per i numerosi delitti compiuti fino a pochissimo tempo fa, mentre il secondo – a cui fu diagnosticato oltre vent'anni orsono un fulmineo tumore al pancreas, per il quale uscì dal carcere – è scomparso solo poco tempo addietro;

se sia a conoscenza del fatto che Ciavardini fu assolto in primo grado e condannato invece in appello;

se sia a conoscenza del mancato utilizzo, agli atti del processo, dei lavori della Commissione Mitrokhin, che portavano a responsabilità internazionali per la strage dell'80, grazie alle rogatorie dei giudici francesi, tedeschi e ungheresi, in particolare sulla presenza del gruppo del terrorista Carlos il 1° e il 2 agosto di quell'anno nel capoluogo emiliano;

se risponda a verità che il pubblico ministero di primo grado fu il magistrato Libero Mancuso, oggi assessore nella giunta Cofferati e che il procuratore generale in Cassazione è stato lo stesso Vito D'Ambrosio, già Presidente per dieci anni della Regione Marche;

quali iniziative di competenza intenda intraprendere per un accertamento realmente rigoroso dei fatti avvenuti e sulle reali responsabilità

per la strage di Bologna, anche per evitare il tradizionale «doppiopesismo» che punta a privilegiare in questo Paese colpevoli eccellenti come Adriano Sofri e a criminalizzare innocenti scomodi come Luigi Ciavardini.

(4-01774)

SCARPA BONAZZA BUORA, COMINCIOLI, PICCIONI, SANCIU, ZANETTIN, COSTA, BARBA. – *Ai Ministri delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare.* – Premesso che:

l'emergenza provocata dal proliferare della mucillagine negli areali marini antistanti le coste del Mare Adriatico e del Mar Jonio sta determinando incalcolabili danni alle imprese del comparto della pesca, assumendo connotati sempre più allarmanti, considerato che il fenomeno si protrae costantemente ormai dal mese di gennaio, interessando fasce di mare progressivamente più ampie

ed inibendo, di fatto, le attività di pesca;

le istituzioni territoriali locali ed i sindaci dei comuni interessati, unitamente alle associazioni nazionali di categoria, hanno denunciato da tempo lo stato di difficoltà delle marinerie dell'Adriatico e dello Jonio conseguenti al blocco forzato delle attività di pesca, determinato dal fenomeno mucillaginoso in atto, ed il malcontento dilagante che rischia, in assenza di provvedimenti concreti, di sfociare in forme di protesta incontrollate;

il perdurante riaffacciarsi della mucillagine ripropone il tema di una attenta politica di tutela ambientale, atteso che l'intensità di tale fenomeno è strettamente correlato con l'inquinamento marino prodotto dagli scarichi, immessi tramite fiumi e corsi d'acqua, di tonnellate di reflui della zootecnia, di pesticidi e di residui tossici delle industrie, che provocano la formazione delle alghe mucillaginose;

la calamità mucillaginosa colpisce un settore già in forte crisi per una serie di concause, non ultima la crescita esponenziale dei costi dei fattori di produzione e la scarsa incisività di adeguate politiche di sostegno al comparto;

il settore della pesca, e tutto quanto esso rappresenta per il nostro Paese in termini economici, sociali e culturali, rischia il collasso in assenza di interventi urgenti che fronteggino lo stato di emergenza segnalato,

si chiede di sapere:

quali interventi e provvedimenti il Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali intenda intraprendere per consentire alle imprese di pesca di contenere i negativi effetti, sui redditi e sull'occupazione e per risarcire i relativi danni prodotti dal fenomeno della mucillagine;

quali iniziative e provvedimenti il Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare intenda adottare per contenere gli effetti della mucillagine e impedire, per il futuro, il ripetersi di tale fenomeno

inquinante che, alimentato dagli scarichi rilasciati a terra, danneggia fortemente gli operatori della pesca.

(4-01775)

### **Interrogazioni, da svolgere in Commissione**

A norma dell'articolo 147 del Regolamento, la seguente interrogazione sarà svolta presso la Commissione permanente:

*4<sup>a</sup> Commissione permanente (Difesa):*

3-00580, del senatore Berselli, sul risarcimento dei danni ai familiari delle vittime di una sciagura aerea.

---

---

### Errata corrige

Nel Resoconto sommario e stenografico della 138<sup>a</sup> seduta, dell'11 aprile 2007, nel testo dell'interrogazione 4-01711 del senatore Grassi, a pagina 40, alla seconda riga sostituire la parola «alberghiera» con la parola «commerciale».

Nello stesso resoconto, a pagina 19, sostituire il quarto capoverso con il seguente:

«proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio sulla tutela penale dell'ambiente (COM (07) 51 definitivo) (Atto comunitario n. 20), alle Commissioni permanenti 2<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> riunite;».

Nel Resoconto sommario e stenografico della 139<sup>a</sup> seduta pubblica, del 12 aprile 2007, a pagina 30, nell'intervento del senatore Possa, al primo capoverso:

alla prima riga, eliminare la parola: «non»;

alla nona riga sostituire la parola: «*governance*» con la seguente: «*governances*».

