

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-02358 Mussolini e Barani: Condizioni di salute dei figli nati da gravidanze plurime ....	75
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> .....	79
5-02359 Nunzio Francesco Testa: Iniziative volte a garantire un'adeguata attività di prevenzione del carcinoma della mammella .....	76
5-02360 Livia Turco e Pedoto: Mancata adozione delle linee guida in materia di prevenzione e lotta alla diffusione dell'AIDS .....	76
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	82

#### INTERROGAZIONI:

5-01621 Zamparutti: Iniziative volte a evitare i possibili danni per la salute e per l'ambiente derivanti dall'utilizzo del prodotto fitosanitario « Contest » .....	76
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	84
5-01585 Mancuso: Misure di contrasto al traffico di gatti e cani verso località estere .....	76
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	86

#### SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento. C. 2350, testo base, approvato in un testo unificato dal Senato, C. 625 Binetti, C. 784 Rossa, C. 1280 Farina Coscioni, C. 1597 Binetti, C. 1606 Pollastrini, C. 1764-bis, C. 1840 Della Vedova, C. 1876 Aniello Formisano, C. 1968-bis Saltamartini, C. 2038 Buttiglione, C. 2124 Di Virgilio e C. 2595 Palagiano ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) ....	77
AVVERTENZA .....	78

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

*Giovedì 28 gennaio 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato Francesca Martini.*

#### La seduta comincia alle 13.35.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assi-

curata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

#### 5-02358 Mussolini e Barani: Condizioni di salute dei figli nati da gravidanze plurime.

Alessandra MUSSOLINI (PdL) illustra l'interrogazione in titolo, volta ad acquisire informazioni sullo stato di salute dei figli nati da gravidanze plurime, la cui frequenza risulta essere aumentata successi-

vamente all'entrata in vigore della legge n. 40 del 2004, in materia di procreazione medicalmente assistita.

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Alessandra MUSSOLINI (PdL), replicando, si dichiara soddisfatta e fa presente che la Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, di cui è presidente, ha avviato un ciclo di audizioni su questo tema. Auspica, infine, che la problematica in discorso solleciti una riflessione sull'applicazione delle disposizioni contenute nella legge n. 40 del 2004.

**5-02359 Nunzio Francesco Testa: Iniziative volte a garantire un'adeguata attività di prevenzione del carcinoma della mammella.**

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, su richiesta dell'interrogante e acquisita la disponibilità del rappresentante del Governo, rinvia lo svolgimento dell'interrogazione in titolo ad altra seduta.

**5-02360 Livia Turco e Pedoto: Mancata adozione delle linee guida in materia di prevenzione e lotta alla diffusione dell'AIDS.**

Luciana PEDOTO (PD) illustra l'interrogazione in titolo, volta ad ottenere informazioni sull'attività del Governo in materia di prevenzione dell'AIDS.

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Luciana PEDOTO (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta e rileva che, come confermato dall'aumento del numero di soggetti contagiati, risulta evidente che l'attività del Governo volta a prevenire e contrastare la diffusione dell'AIDS non ha avuto successo. Inoltre, pur prendendo atto con favore dell'impegno del Governo ad emanare le linee guida in materia,

rileva che lo stesso Governo è già in ritardo rispetto a questo adempimento.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 13.50.**

#### INTERROGAZIONI

*Giovedì 28 gennaio 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato Francesca Martini.*

**La seduta comincia alle 13.50.**

**5-01621 Zamparutti: Iniziative volte a evitare i possibili danni per la salute e per l'ambiente derivanti dall'utilizzo del prodotto fitosanitario « Contest ».**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Elisabetta ZAMPARUTTI (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta, in quanto la risposta del Governo non chiarisce se esso intenda rinnovare il provvedimento di estensione dell'autorizzazione all'impiego del prodotto fitosanitario « Contest ».

**5-01585 Mancuso: Misure di contrasto al traffico di gatti e cani verso località estere.**

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Gianni MANCUSO (PdL), replicando, si dichiara pienamente soddisfatto.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.**

**SEDE REFERENTE**

*Giovedì 28 gennaio 2010. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato Eugenia Maria Roccella.*

**La seduta comincia alle 14.**

**Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento.**

**C. 2350, testo base, approvato in un testo unificato dal Senato, C. 625 Binetti, C. 784 Rossa, C. 1280 Farina Coscioni, C. 1597 Binetti, C. 1606 Pollastrini, C. 1764-bis, C. 1840 Della Vedova, C. 1876 Aniello Formisano, C. 1968-bis Saltamartini, C. 2038 Buttiglione, C. 2124 Di Virgilio e C. 2595 Palagiano.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 27 gennaio 2010.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che è stato richiesto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sia assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, dispone l'attivazione del circuito.

Constata, quindi, l'assenza dei presentatori degli emendamenti Mura 3.17 e Palagiano 3.197: s'intende vi abbiano rinunciato.

Benedetto DELLA VEDOVA (PdL) chiede se, per la seduta odierna, sia stato indicato come sostituto di altro membro della Commissione appartenente al suo gruppo, che risulti assente.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, chiarisce che l'onorevole Della Vedova non risulta tra le sostituzioni indicate dal suo gruppo.

Benedetto DELLA VEDOVA (PdL) si rammarica della decisione assunta dal suo gruppo, la quale non gli consentirà di prender parte alle votazioni, sebbene vari

deputati del gruppo medesimo risultino assenti.

Si sofferma, quindi, sull'emendamento Laura Molteni 3.8, evidenziando che esso solleva rilevanti problemi sul piano della congruenza giuridica con il provvedimento in esame complessivamente considerato e, più in generale, con l'ordinamento vigente. In proposito, ricorda che la legge recentemente approvata in Germania, frutto di un'iniziativa dei cristiano-democratici, equipara, anche sotto il profilo della vincolatività, la volontà formalmente espressa con la volontà presunta e successivamente ricostruita. Del resto, tale equiparazione si basa sulla giurisprudenza della Corte suprema federale di giustizia, le cui argomentazioni dovrebbero essere sufficienti a dimostrare, anche sul piano strettamente giuridico, l'inammissibilità del divieto contenuto nell'emendamento Laura Molteni 3.8. Rileva, infine, che tale divieto potrebbe produrre un esito paradossale dal punto di vista dei sostenitori della proposta di legge in esame, rendendo irrilevante la volontà di revocare quanto espresso nella dichiarazione anticipata di trattamento, qualora tale revoca non rivesta le medesime formalità della dichiarazione.

Luisa BOSSA (PD), premesso di concordare con le considerazioni del collega Della Vedova, si sofferma sulle possibili conseguenze dell'impiego, nell'emendamento Laura Molteni 3.8, dell'avverbio « irrualmente ». A questo proposito, cita l'esempio della propria figlia che, a più riprese, nei giorni dell'epilogo della tragica vicenda di Eluana Englaro, ha espresso il suo desiderio di non essere sottoposta a trattamenti sanitari contro la propria volontà: se tale emendamento fosse approvato, tali pubbliche dichiarazioni dovrebbero essere ignorate dal medico e dai familiari.

Livia TURCO (PD) stigmatizza la brutalità del linguaggio impiegato nell'emendamento Laura Molteni 3.8, ritenendo che tale brutalità denoti una totale mancanza di attenzione nei confronti della persona e delle relazioni affettive nell'ambito delle quali si formano e si esprimono i suoi desideri.

Luisa CAPITANIO SANTOLINI (UdC) ritiene che, come dimostra anche il caso delle volontà testamentarie di natura patrimoniale, la volontà presunta e ricostruita da soggetti terzi non possa in alcun modo essere equiparata alla volontà espressa con le procedure e le formalità che il provvedimento in esame prevede per la dichiarazione anticipata di trattamento.

Flavia PERINA (Pdl) giudica fuorviante l'argomentazione della collega Capitanio Santolini, in quanto l'avverbio « irritualmente », impiegato nell'emendamento Laura Molteni 3.8, non esclude tanto la ricostruzione arbitraria della volontà presunta, ma qualunque espressione di volontà difforme da quanto stabilisce la proposta di legge in esame. Esprime, quindi, il proprio stupore per un atteggiamento del centrodestra che, a suo avviso, è in contraddizione con il valore che la cultura politica del centrodestra tradizionalmente annette all'autonomia del singolo. Ritiene, infine, che il provvedimento in esame si basi su un'impostazione ideologica destinata a franare di fronte alla determinazione dei familiari a rispettare e far rispettare la volontà del paziente.

Massimo POLLEDRI (LNP) ritiene che il rispetto delle forme e delle procedure sia tanto più importante quando è in gioco un valore, quale la tutela della salute e della vita, di gran lunga più prezioso dei beni patrimoniali, per disporre dei quali l'ordinamento impone appunto procedure e forme rigorose.

Andrea SARUBBI (PD) ritiene che la certezza della volontà del paziente sia un problema estremamente serio e delicato, che meriterebbe un'attenta riflessione da parte di tutti. Osserva, peraltro, che l'emendamento in esame affronta tale problema in modo troppo radicale e irragionevole.

Anna Margherita MIOTTO (PD) osserva che, salvo il caso di volontà espressa mediante la dichiarazione anticipata di trattamento, la possibilità di ricostruire la

volontà del paziente deve continuare ad essere ammessa. Altrimenti, si corre il rischio, a suo avviso, di stabilire il dominio incontrastato dello Stato sulla volontà del singolo individuo. Richiama, inoltre, l'attenzione dei colleghi sul rischio che l'avverbio « irritualmente » sia interpretato come sinonimo di « irregolarmente », finendo di fatto per vanificare anche le volontà espresse nelle dichiarazioni anticipate di trattamento, magari per vizi meramente formali.

Giovanni Mario Salvino BURTONE (PD) ricorda che, durante l'esame preliminare, anche una parte della maggioranza aveva auspicato un intervento normativo non eccessivamente invasivo, laddove l'emendamento Laura Molteni 3.8 fa venir meno ogni margine di apprezzamento e di valutazione da parte dei familiari del paziente e del medico.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, essendo imminente la ripresa dei lavori in Assemblea, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.30.**

#### AVVERTENZA

I seguenti punti all'ordine del giorno non sono stati trattati:

#### SEDE REFERENTE

*Misure per il riconoscimento dei diritti delle persone sordocieche.*

*C. 2713 approvato, in un testo unificato, dalla 11<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato.*

*Disposizioni sulle associazioni di tutela delle persone disabili.*

*C. 1732 Porcu.*

*Disposizioni per l'incremento dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili.*

*C. 1539 d'iniziativa popolare, C. 1612 Zazzerà e C. 2119 Fugatti.*

## ALLEGATO 1

**5-02358 Mussolini e Barani: Condizioni di salute dei figli nati da gravidanze plurime.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento alla questione posta, comunico che dal rapporto concernente i dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) 2006, risulta che il numero di parti plurimi è pari a 7.403 che rappresenta l'1,4 per cento del totale dei parti. Non si registrano differenze regionali significative: il *range* di variazione va dall'1,2 all'1,7 per cento.

La frequenza dei parti plurimi risulta più elevata fra le madri con più di 30 anni. Tali sono i dati desumibili dall'ultimo certificato di assistenza al parto (CeDAP 2006), redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita.

Dall'ultima relazione al Parlamento del Ministro della Salute sullo stato di attuazione delle norme sulla procreazione medicalmente assistita (25 marzo 2009), si evince che, nel 2007, su 6486 nati da tecniche di fecondazione in vitro la percentuale di parti plurimi in gravidanze

medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze. I parti gemellari conseguenti a tecniche di PMA (20,6 per cento nel 2007) si attestano intorno ai valori della media europea, mentre i trigemini la superano, con una media nazionale del 2,8 per cento. Questo è però un risultato medio di valori che – escludendo i centri con meno di dieci parti – variano da zero al 13,3 per cento. La percentuale dei nati vivi con malformazione è dell'1,1 per cento, con le tecniche di II e III livello, a fronte dello 0,5 per cento con tecniche di I livello e dello 0,4 per cento che si ha nella popolazione generale. In particolare, la gran parte dei nati vivi con malformazione (lo 0,8 per cento) si ha per nati da tecniche ICSI, mentre lo 0,22 per cento è di nati da FIVET.

Per quanto si riferisce ai parti plurimi superiori a tre, come può evidenziarsi dalla tabella tratta dall'ultima relazione al Parlamento, che metto a disposizione, questi sono fortunatamente rari.

**Tab. 4.25: Distribuzione del genere delle gravidanze (singole, gemellari, trigemine o quaduple) ottenute da tecniche applicate nell'anno 2007, secondo le classi di età delle pazienti**

Classi di Età	Totale gravidanze	Gravidanze singole	Gravidanze gemellari	Gravidanze trigemine	Gravidanze quaduple
<-29	1.863	71,6	23,0	5,4	0,1
30-34	3.806	73,0	21,9	4,3	0,1
35-39	3.297	80,6	16,8	2,5	0,0
40-44	908	90,7	8,3	1,0	0,0
40-42 anni	(797)	(90,0)	(8,0)	(1,1)	(0,0)
43 anni	(80)	(90,0)	(3,0)	(0,0)	(0,0)
44 anni	(31)	(90,0)	(3,2)	(0,0)	(0,0)
>=45	11	100,0	0,0	0,0	0,0
Totale	8.285	78,1	18,5	3,3	0,0

Nello specifico, di quanto richiesto dagli Onorevoli interroganti, si rappresenta che il rischio sia per le mamme che per i feti aumenta, ovviamente, con l'aumentare del numero dei feti in quanto è estremamente difficile che gravidanze plurime possano giungere ad un'età gestazionale e quindi ad un peso compatibile con un profilo di bassa mortalità e morbilità.

Infatti, i nati di peso inferiore a 1.500 grammi sono meno del 2 per cento dei nati vivi, ma contribuiscono per più del 50 per cento alla mortalità neonatale. La sopravvivenza dei neonati di peso inferiore a 1.000 grammi, negli anni '60 inferiore al 3-5 per cento, è attualmente superiore al 60 per cento e quella dei neonati di peso tra 1.001 e 1.500 grammi è passata da meno del 50 per cento a più del 90-95 per cento. Questo notevole miglioramento è da attribuire alla istituzione dei centri di terapia intensiva neonatale dove è possibile assistere i neonati ad alto rischio con una sostituzione artificiale di quelle funzioni non ancora mature e con attivazione di quelle in via di maturazione. Un limite a queste tecniche assistenziali è rappresentato dall'età gestazionale che non consente il recupero di più del 20-30 per cento dei nati al di sotto delle 24 settimane. Le difficoltà inerenti alla corretta terapia intensiva neonatale si riflettono nelle differenze di risultati tra un centro e l'altro. È stato riportato che le variabili che incidono significativamente sulle possibilità di sopravvivenza sono rappresentate, oltre che dall'età gestazionale, dalle condizioni cliniche del neonato alla nascita e dal livello di qualità delle cure offerte dall'ospedale.

Ai successi ottenuti nella riduzione della mortalità neonatale non corrisposto un altrettanto brillante successo nella riduzione della morbilità.

I nati con « peso estremamente basso alla nascita (inferiore a 1 Kg), sono a rischio particolarmente elevato. Possono soffrire di manifestazioni che derivano dalla loro prematura nascita in tutti i sistemi del corpo, più comunemente a livello cardiorespiratorio, neurologico e gastrointestinale.

Problemi respiratori influenzano la maggior parte dei bambini e comprendono sindrome da *distress* respiratorio e l'apnea della prematurità a breve termine e displasia broncopolmonare (BPD) o malattia polmonare cronica a lungo termine.

Nonostante gli importanti progressi ottenuti negli ultimi anni a seguito dell'adozione di terapie prenatali con corticosteroidi e surfattante postnatale, la BPD può ancora persistere fino al 20 per cento dei neonati di peso inferiore a 1 Kg e al 40 per cento dei neonati con peso estremamente basso alla nascita.

Nella maggior parte dei casi più gravi l'insufficienza respiratoria cronica può continuare nell'infanzia, con bisogno di ossigeno, farmaci e frequenti ricoveri ospedalieri che possono essere correlati ad esacerbazioni della malattia o dell'infezione secondaria. Problemi neurologici caratteristici dei neonati con peso inferiore a 1 Kg includono l'emorragia intraventricolare (IVH) e la leucomalacia periventricolare. Negli ultimi anni, l'incidenza e la gravità della IVH è diminuita, anche se si può riscontrare in circa il 15 per cento al 20 per cento di questi bambini.

Entrambe queste condizioni predispongono alla compromissione a lungo termine dello sviluppo neurologico, che può includere paralisi cerebrale, ritardo mentale e problemi visivi, uditivi e problemi comportamentali.

Sepsi a trasmissione verticale e nosocomiali, sono presenti in rapporto al peso, come pure neonati immunocompromessi nei casi di peso inferiore a 1 Kg alla nascita sono 20 per cento al 50 per cento, dal 10 per cento al 20 per cento dei quali può andare incontro a morte. Altre morbidità importanti comunemente viste in questi bambini sono difficoltà di alimentazione, enterocolite necrotizzante, dotto arterioso pervio, e retinopatia della prematurità.

Il tasso di mortalità neonati di peso inferiore a 1 Kg è circa il 13 per cento al 15 per cento in serie recenti, anche se vi sono variazioni fra i centri.

La frequenza della paralisi cerebrale, una delle più gravi patologie ad origine

perinatale o neonatale, non è diminuita nell'ultimo mezzo secolo ed il fatto è facilmente spiegabile considerando che alcuni neonati particolarmente a rischio, una volta destinati a sicura morte, sopravvivono con esiti di lesioni sofferte prima della nascita o nei giorni immediatamente successivi. Il miglioramento degli indici di sopravvivenza dei piccoli pretermine, non associato a diminuzione di esiti a distanza, ha indotto alcuni a ridimensionare un successo apparentemente pagato al prezzo di un aumento di disabilità. Una tale conclusione non è accettabile non solo perché gravi affezioni come la paralisi cerebrale se pur non diminuite non sono aumentate a fronte del forte aumento di sopravvivenza, ma anche perché calcoli effettuati sul rapporto tra frequenza di disabilità maggiori in nati al di sotto delle 26 settimane di età gestazionale e quella di nati a termine dimostrano una netta prevalenza della morbilità in questi ultimi. Questo dato riflette il numero molto limitato dei nati sotto le 26 settimane e le purtroppo non eccezionali sofferenze perinatali in nati perfettamente a termine. Come accennato a proposito degli indici di mortalità, anche per quanto riguarda l'incidenza di gravi disabilità le statistiche redatte da vari centri dimostrano notevoli differenze tra loro. Il livello di cure offerte sembra influire sulla morbilità come sulla mortalità. Da studi scientifici si evince che nel nato pretermine, la frequenza di emor-

ragie intraventricolari, patologia all'origine di disabilità, varia da meno del 2 per cento ad oltre l'11 per cento. Anche il fabbisogno di interventi particolarmente aggressivi sembra influire sul futuro dei neonati a rischio. Secondo Walsh e coll., il numero dei giorni nei quali il neonato è tenuto in respirazione assistita correla con la frequenza di paralisi cerebrale e di disabilità minori. La frequenza varia da circa il 10 per cento nei neonati tenuti in respirazione assistita per meno di 24 ore a 95 per cento in quelli in respirazione assistita per oltre 120 giorni.

Le differenze tra i dati riportati dalle varie statistiche si spiegano con l'estrema difficoltà di assicurare un'assistenza ottimale in grado di proteggere da eventi lesivi l'encefalo in piena evoluzione nel neonato a termine e soprattutto pretermine. La vulnerabilità encefalica feto-neonatale implica che anche nel caso di non gravi disabilità, il neonato possa andare incontro a difetti minori quali deficit di apprendimento, riduzione di quoziente intellettivo, problemi di inserimento nell'ambiente. Questi difetti sono tanto più frequenti quanto più bassa è l'età gestazionale alla nascita.

Infine, il Ministero, attesa la delicatezza della questione posta, si riserva di integrare con maggiori elementi di dettaglio il presente atto non appena saranno acquisite specifiche informazioni riferite al caso in questione.

## ALLEGATO 2

**5-02360 Livia Turco e Pedoto: Mancata adozione delle linee guida in materia di prevenzione e lotta alla diffusione dell'AIDS.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In risposta ai quesiti posti dagli On.li interroganti, preciso che l'epidemia da HIV e le patologie HIV-correlate sono problematiche all'attenzione continua del Ministero della Salute. Di seguito espongo le iniziative avviate.

Ricordo che il 21 gennaio 2009 è stata istituita la Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA).

In un anno di lavoro, l'attività della Commissione è stata rivolta a dare indicazioni scientifiche, utili a definire una strategia aggiornata, con valenza nazionale ed europea, per gli ambiti della prevenzione, della ricerca e dell'analisi delle problematiche connesse all'evoluzione della terapia.

La Commissione ha individuato delle macroaree specifiche su cui lavorare, incentrate sulle seguenti tematiche: epidemiologia, prevenzione, assistenza ed integrazione socio sanitaria e ricerca.

Nell'ambito degli interventi di sorveglianza epidemiologica dell'infezione da HIV, la Commissione ha individuato la necessità che la diagnosi tempestiva dell'infezione sia affiancata da una serie di azioni volte a: favorire l'accesso al *test* richiesto, offrire attivamente il *test* a gruppi di popolazione a più elevata prevalenza di infezione che si rivolgono per altri motivi ai servizi sanitari, a gruppi di popolazione per i quali più elevato è il beneficio atteso da una diagnosi tempestiva, valutare possibili programmi di offerta routinaria nei servizi sanitari e contrastare attivamente lo stigma e le possibili conseguenze negative della diagnosi.

Le predette azioni saranno approfondite in un documento di indirizzo sulle

strategie per la diagnosi tempestiva dell'infezione da HIV anche attraverso una conferenza di consenso, di prossima adozione.

Nell'ambito dell'area Assistenza e integrazione socio-sanitaria, i punti su cui la CNA concentra le proprie indicazioni scientifiche riguardano principalmente: l'accesso universale ai farmaci antiretrovirali e alla diagnostica necessaria per garantire il trattamento corretto e tempestivo, l'aggiornamento delle linee guida di trattamento per adolescenti/adulti nonché popolazioni speciali, l'inquadramento di problematiche specifiche relative all'assistenza del paziente HIV+ in particolari ambiti, quali ad esempio quello trapian-tologico, quello della lipodistrofia, quello delle malattie del metabolismo/cardiovascolari, oggi di primaria importanza, nonché le persone HIV in regime carcerario, gli immigrati, la gravidanza e la garanzia della *privacy* necessaria dei pazienti.

Relativamente alla ricerca, il Ministero ha licenziato il programma per l'attività di Ricerca AIDS per il biennio 2009-2010, approvato dalla CNA, che avrà come propri criteri-guida:

il consolidamento e lo sviluppo di reti collaborative tra istituzioni e/o enti con comprovata esperienza assistenziale, produzione di ricerca biomedica traslazionale nel settore disciplinare e collegamento trasversale con tutti gli esperti delle discipline complementari indispensabili per la cura integrata del malato e non solo della malattia;

l'organizzazione delle reti attraverso il diretto coinvolgimento e accreditamento

di centri a diverso livello di riferimento, dotati di effettiva capacità operativa, tecnologica e professionale nelle discipline essenziali.

Il Programma di ricerca è suddiviso in 4 aree tematiche: epidemiologia, etiologia, patogenesi e sviluppo di vaccini; clinica e terapia; infezioni opportunistiche, tumori HIV-correlati, coinfezioni.

Annualmente, come definito dall'articolo 8, comma 3, della legge 5 giugno 1990, n. 135, il Ministero presenta una dettagliata relazione al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV, ivi compresa l'attività svolta dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS.

Comunico che le linee guida che la CNA sta definendo, si propongono di ribadire la necessità di effettuare il *test*, proporre modalità univoche di erogazione del test stesso e della consegna dei risultati sul territorio nazionale, aprire la possibilità di sperimentare modalità diverse di offerta del test.

Per quanto riguarda le iniziative sulle informazioni, ricordo che la promozione della conoscenza dello stato di infezione appare dunque un intervento rilevante nella prevenzione della infezione da HIV e delle sue conseguenze cliniche.

La citata legge n. 135/1990 ha promosso la realizzazione da parte del Ministero della Salute di iniziative di informazione allo scopo di contrastare la diffusione del virus HIV.

Ogni anno vengono pianificate iniziative di comunicazione in base alle risultanze degli studi epidemiologici e alle indicazioni formulate dalla Commissione Nazionale per la lotta all'Aids.

La CNA sta elaborando un piano per la realizzazione di una campagna informativa e di prevenzione della patologia HIV/AIDS e delle Malattie a Trasmissione Sessuale, tenendo conto delle ultime indicazioni in materia derivate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalle istituzioni europee ed internazionali, non-

ché del messaggio dato ai delegati della XVII International AIDS Conference (AIDS 2008) di Città del Messico, ovvero quello di fare « uno sforzo senza precedenti per la prevenzione della trasmissione dell'HIV – così com'è stato fatto con grande successo per la terapia antiretrovirale ».

È stata, pertanto, impostata l'attività di comunicazione, con l'obiettivo principale di mantenere alta la soglia di attenzione della popolazione italiana nei confronti del problema AIDS ed, in particolare, incentivare i giovani adulti (30-40 anni), di qualunque orientamento sessuale, italiani e stranieri, a sottoporsi al *test* HIV.

Per l'esatta definizione del profilo del *target* di campagna, le informazioni raccolte dai sistemi di sorveglianza evidenziano che le caratteristiche di coloro che oggi si infettano con HIV sono completamente diverse da quelle di coloro che si infettavano dieci o venti anni fa: non si tratta più di persone giovani e prevalentemente tossicodipendenti, ma piuttosto di adulti maturi che si infettano attraverso i rapporti sessuali.

Secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia più della metà dei soggetti con una nuova diagnosi di AIDS ignora la propria sieropositività.

L'obiettivo principale, pertanto, è quello di raggiungere la fascia di popolazione costituita dai cosiddetti « inconsapevoli », vale a dire da coloro i quali non essendosi sottoposti al test ignorano la propria sieropositività, infettano gli altri attraverso i rapporti sessuali e ricevono una diagnosi tardiva della malattia.

Gli strumenti di comunicazione a tal fine utilizzati sono quelli maggiormente idonei all'efficace diffusione del messaggio alla popolazione di riferimento.

Per il futuro si intende valutare, sulla base delle indicazioni della Commissione Nazionale Aids, la possibilità di proporre al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca uno specifico accordo di collaborazione al fine di « favorire l'insegnamento della prevenzione nelle scuole secondarie di II grado ».

## ALLEGATO 3

**5-01621 Zamparutti: Iniziative volte a evitare i possibili danni per la salute e per l'ambiente derivanti dall'utilizzo del prodotto fitosanitario « Contest ».**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

Premesso che, come noto, il Coleottero Curculionideo *Lissorhoptrus oryzophilus* (punteruolo acquatico del riso), è considerato uno dei fitofagi del riso più dannosi a livello mondiale. La specie, originaria degli Stati Uniti, attualmente presente in Messico, Cuba, Repubblica Dominicana, Colombia, Suriname, Venezuela, Giappone, Corea, Cina, è stata segnalata per la prima volta in Europa agli inizi del 2004. In Italia risulta diffusa nelle Province lombarde di Milano e Pavia e in Piemonte nelle Province di Novara, Vercelli ed Alessandria, con tendenza ad una espansione territoriale. Il danno arrecato dagli insetti adulti è generalmente considerato limitato, anche economicamente; i danni più rilevanti sono imputabili alle larve, che con la loro attività trofica, alterano l'efficienza dell'apparato radicale ed indeboliscono la pianta, che cresce stentatamente.

A partire dal 2006 e dal 2007, molte risaie sono risultate parzialmente compromesse dagli attacchi del punteruolo acquatico del riso, nonostante l'adozione di alcuni accorgimenti tecnici ed agronomici (Uso di semine ritardate ed esecuzione di asciutte prolungate per il contenimento dello sviluppo larvale).

Nel gennaio 2008 la Regione Piemonte e l'Ente Nazionale Risi hanno manifestato la necessità e l'urgenza di una autorizzazione all'estensione dell'impiego del « Contest »; in allegato all'istanza, l'Ente Risi ha presentato prove sperimentali al fine di valutare l'efficacia della sostanza attiva alfa-cipermetrina nei confronti dell'insetto citato.

La richiesta di estensione dell'autorizzazione è stata presentata ai sensi dell'ar-

ticolo 8, comma 3, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 194, che prevede una autorizzazione eccezionale e provvisoria per un tempo massimo di 120 giorni: infatti il provvedimento del 31 marzo 2009 è scaduto già dal 28 luglio 2009.

Per tale estensione è stato richiesto il parere circa l'effettiva necessità agronomica e l'eccezionalità dell'evento, non contrastabile con altre sostanze o prodotti fitosanitari autorizzati, al Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MIPAAF) il quale, acquisiti i preventivi pareri tecnici, ha espresso parere favorevole all'istanza presentata. Sulla proposta è stato successivamente acquisito il parere positivo della Commissione Consultiva nazionale per i prodotti fitosanitari, di cui fanno parte, tra gli altri, esperti in materie tossicologiche ed ecotossicologiche.

Per quanto riguarda la classificazione eco-tossicologica del prodotto fitosanitario in questione, preciso che essa è stata riesaminata nel 2005, in ottemperanza al Decreto Legislativo 14 marzo 2003, n. 65.

L'estensione d'impiego presentata dalla ditta Basf Italia srl non ha comportato una modifica dello scenario di utilizzazione del prodotto: infatti, per il riso, coltura già autorizzata, la necessaria valutazione del rischio è stata già verificata all'atto della registrazione del prodotto fitosanitario.

Infatti, la procedura di autorizzazione di un prodotto fitosanitario su una coltura prevede una valutazione preventiva del rischio che si basa sull'intero ambito di applicazione (dosi, modalità e numero di applicazioni); pertanto, l'estensione di im-

piego alla nuova avversità, non modificando lo scenario di impiego, non comporta un rischio aggiuntivo rispetto a quello già valutato in precedenza.

Il pieno rispetto delle indicazioni d'uso riportate in etichetta è *conditio sine qua non* per un appropriato utilizzo del prodotto, che non comporti rischi non accettabili per la salute dell'uomo e per l'ambiente; l'etichetta del prodotto in questione tiene conto di tali valutazioni.

Da ultimo per maggior chiarezza si comunica:

il principio fondante del processo di autorizzazione di un prodotto fitosanitario

è la valutazione preventiva dei rischi che l'utilizzo del prodotto comporta per la salute umana, l'ambiente e le specie animali non bersaglio. Tale valutazione preventiva è mirata a proteggere l'ambiente nella sua interezza e non limitatamente alle sole zone protette.

Ai sensi dell'articolo 5, comma 20, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 194, le Regioni e le Province Autonome possono richiedere di imporre limitazioni o esclusioni di impiego in aree specifiche di territorio, anche per motivi di tutela ambientale.

## ALLEGATO 4

**5-01585 Mancuso: Misure di contrasto al traffico di gatti e cani verso località estere.****TESTO DELLA RISPOSTA**

La movimentazione di animali da compagnia verso alcuni Paesi dell'Unione Europea è un problema all'attenzione di questo Ministero, con particolare riguardo alla scarsa tracciabilità dei movimenti degli animali e delle loro destinazioni.

A tal proposito il Ministero della Salute ha costituito un Gruppo di lavoro, a cui partecipano anche rappresentanti delle Regioni nelle quali il fenomeno in questione risulta più rilevante e delle Associazioni coinvolte, per stabilire una procedura che dia garanzie sull'effettiva destinazione degli animali e sia in grado di tutelare il loro benessere, prevedendo misure da adottarsi ogni qualvolta vengano movimentati gli animali, con il coinvolgimento diretto delle Autorità Sanitarie dei Paesi di partenza e di arrivo.

A seguito della riunione del Gruppo di lavoro interessato alla problematica relativa alla movimentazione dei cani in ambito intra ed extra comunitario, tenutasi il 19 novembre 2009, si è concordato di elaborare un documento specifico, in cui si evidenziano, tra l'altro, due importanti iniziative legislative a livello comunitario, che contribuiranno a rendere più facile il controllo di tali movimentazioni:

1) recente adozione da parte della Commissione Europea di una proposta di modifica del Regolamento CE/998/2003 che fissa a cinque il numero massimo di animali che possono essere movimentati, senza fini commerciali, al seguito dei proprietari o responsabili anche negli scambi;

2) approvazione di uno schema di decisione della Commissione, che modifica la Direttiva 92/65, e prescrive la certifica-

zione sanitaria, nell'ambito del sistema di banca dati in cui vengono registrati i movimenti di animali attraverso le frontiere entro i Paesi dell'U.E., nonché i dati relativi ai controlli veterinari di confine delle spedizioni, provenienti da Paesi terzi, che sottostanno all'obbligo di controllo (sistema denominato Trade Control and Expert System – TRACES), anche per le movimentazioni non commerciali degli animali qualora gli stessi superino le cinque unità.

Nel corso della stessa riunione si è convenuto di determinare una procedura nazionale mirata a regolamentare il trasferimento degli animali verso gli altri Paesi europei, al fine di garantirne la tracciabilità ed avere adeguate assicurazioni sulla loro destinazione.

La procedura individuata è la seguente:

1. gli animali movimentati devono obbligatoriamente essere identificati con microchip ed iscritti all'Anagrafe Canina nazionale;

2. tutti gli animali movimentati devono essere muniti del Passaporto comunitario previsto dal Regolamento CE/998/2003, recante anche l'attestazione sanitaria di eventuali trattamenti antiparassitari e vaccinali richiesti dal Paese di destinazione;

3. le Associazioni di protezione animale che intendono effettuare tali movimentazioni devono darne comunicazione all'ASL territorialmente competente, specificando le generalità dell'Associazione ricevente o del privato cittadino che adatterà l'animale;

4. per ogni spedizione di animali il servizio veterinario della ASL territorialmente competente provvederà a rilasciare la certificazione sanitaria cumulativa conforme alla Direttiva 92/65 CE e a produrre il relativo messaggio TRACES per l'Autorità sanitaria del Paese di destinazione;

5. obbligo di iscrizione degli animali d'affezione nell'anagrafe del Paese di destinazione;

6. trasmissione annuale di un resoconto di tali movimentazioni dai Servizi Veterinari territorialmente competenti, tramite gli uffici competenti delle Regioni, al Ministero della Salute – Direzione Ge-

nerale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario.

Le iniziative sopra sintetizzate e anticipate garantiscono ogni misura di rintracciabilità anche riferite al soggetto affidatario a diverso titolo dell'animale.

Da ultimo si forniscono elementi conoscitivi circa la procedura che sarà osservata per l'adozione del documento finale: dopo un'ulteriore valutazione da parte dei partecipanti al Gruppo di lavoro nel corso di una successiva riunione, il documento finale sarà presentato alle Autorità dei Paesi di destinazione, già individuati, per l'acquisizione della loro necessaria collaborazione.