

COMUNICAZIONI

**Missioni valevoli
nella seduta del 1° marzo 2004.**

Alemanno, Aprea, Armosino, Azzolini, Baccini, Ballaman, Berlusconi, Berselli, Biondi, Bossi, Bricolo, Buontempo, Buttiglione, Cicu, Colucci, Contento, D'Alia, De Franciscis, Delfino, Dell'Elce, Dozzo, Fini, Fiori, Frattini, Galati, Gasparri, Lumia, Maroni, Martinat, Matteoli, Angela Napoli, Prestigiaco, Ramponi, Santelli, Scarpa Bonazza Buora, Selva, Sinisi, Soro, Sospiri, Tremaglia, Tremonti, Urbani, Urso, Valducci, Valentino, Vendola, Viceconte, Vietti.

(Alla ripresa pomeridiana della seduta).

Alemanno, Aprea, Armosino, Azzolini, Baccini, Ballaman, Berlusconi, Berselli, Biondi, Bossi, Bricolo, Buontempo, Buttiglione, Cicu, Colucci, Contento, D'Alia, De Franciscis, Delfino, Dell'Elce, Dozzo, Fini, Fiori, Frattini, Galati, Gasparri, Lumia, Maroni, Martinat, Matteoli, Miccichè, Angela Napoli, Prestigiaco, Ramponi, Santelli, Scarpa Bonazza Buora, Selva, Sinisi, Soro, Sospiri, Tremaglia, Tremonti, Urbani, Urso, Valducci, Valentino, Vendola, Viceconte, Vietti.

Annunzio di proposte di legge.

In data 26 febbraio 2004 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

MOTTA: « Riconoscimento dello *status* di ente lirico-sinfonico di primario

interesse nazionale alla "Fondazione Arturo Toscanini" e alla "Fondazione Teatro Regio di Parma" » (4753);

COLASIO: « Concessione di un contributo all'Accademia di studi italo-tedeschi di Merano » (4754);

MILANESE ed altri: « Modifiche al codice civile e altre disposizioni in materia di cognome della moglie » (4755);

MILANESE ed altri: « Modifiche al codice civile in materia di separazione dei coniugi » (4756);

MILANESE ed altri: « Modifiche al codice civile in materia di diritti dei figli naturali nella spartizione dell'eredità » (4757);

FRAGALÀ: « Modifica all'articolo 1 della legge 27 dicembre 1956, n. 1423, e all'articolo 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575, in materia di misure di prevenzione » (4758);

ANGELA NAPOLI: « Disciplina del sistema nazionale di istruzione » (4759).

In data 27 febbraio 2004 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

SANTULLI: « Disposizioni per l'inquadramento nel ruolo di ricercatore universitario confermato dei funzionari e collaboratori tecnici dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria » (4762);

INNOCENTI: « Disposizioni per l'erogazione di un assegno di solidarietà ai cittadini anziani residenti all'estero » (4763);

BURANI PROCACCINI ed altri: « Modifiche all'articolo 2 della legge 2 giugno 1998, n. 218, in materia di lotta contro l'afta epizootica » (4764).

Saranno stampate e distribuite.

Annunzio di un disegno di legge.

In data 27 febbraio 2004 è stato presentato alla Presidenza il seguente disegno di legge:

dal ministro degli affari esteri:

« Proroga e rifinanziamento della legge 16 marzo 2001, n. 72, recante interventi a tutela del patrimonio storico e culturale delle comunità degli esuli italiani dall'Istria, da Fiume e dalla Dalmazia, e della legge 21 marzo 2001, n. 73, recante interventi in favore della minoranza italiana in Slovenia e in Croazia » (4760).

Sarà stampato e distribuito.

Assegnazione di progetti di legge a Commissioni in sede referente.

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoindicate Commissioni permanenti:

VII Commissione (Cultura):

SAVO e BURANI PROCACCINI: « Interventi in favore dell'università degli studi di Cassino » (4698) *Parere delle Commissioni I e V.*

IX Commissione (Trasporti):

OSVALDO NAPOLI: « Modifica all'articolo 142 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, in materia di elevazione del limite massimo di velocità nei centri abitati » (4699) *Parere della I Commissione.*

XI Commissione (Lavoro):

RICCIO: « Estensione alle vedove dei grandi invalidi per servizio dell'assegno

supplementare erogato alle vedove dei grandi invalidi di guerra » (4685) *Parere delle Commissioni I, IV, V e VI (ex articolo 73, comma 1-bis, del regolamento, per gli aspetti attinenti alla materia tributaria).*

Commissioni riunite I (Affari costituzionali) e III (Affari esteri):

MAZZONI: « Ratifica ed esecuzione del capitolo C della Convenzione sulla partecipazione degli stranieri alla vita pubblica a livello locale, fatta a Strasburgo il 5 febbraio 1992 » (4694) *Parere delle Commissioni II, XIV e della Commissione parlamentare per le questioni regionali.*

Annunzio dell'archiviazione di un procedimento penale in relazione ad una domanda di autorizzazione.

Nella seduta del 20 gennaio 2004 è stata data comunicazione che il procuratore della Repubblica di Bologna aveva inoltrato domanda di autorizzazione a procedere a perquisizioni domiciliari e all'acquisizione di tabulati di comunicazioni nei confronti del deputato Andrea Papini, nell'ambito di un procedimento penale (il n. 15583 del 2003). La domanda era stata trasmessa alla competente Giunta per le autorizzazioni. Successivamente in data 22 gennaio 2004 il medesimo procuratore della Repubblica di Bologna ha trasmesso copia della richiesta di archiviazione del procedimento nei confronti del citato deputato, precisando, con nota del 3 febbraio 2004, che l'originaria richiesta doveva considerarsi caducata e dunque priva di ogni effetto ai fini dell'esame parlamentare. Da ultimo, in data 19 febbraio 2004, il procuratore della Repubblica di Bologna ha trasmesso copia del decreto con cui il giudice per le indagini preliminari presso il tribunale del medesimo capoluogo ha disposto l'archiviazione del procedimento.

Copia degli atti sopra citati sarà stampata e distribuita (doc. IV, n. 8-bis).

Trasmissione dalla Corte dei conti.

La Corte dei conti – sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato – con lettera in data 27 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione e la relativa relazione, emessa dalla sezione stessa nell'adunanza del 26 febbraio 2003 e camera di consiglio del 21 gennaio 2004, concernente la verifica dello stato di attuazione dei poteri ministeriali di indirizzo e vigilanza sulle Ferrovie dello Stato in correlazione agli obiettivi strategici, gestionali ed economico-finanziari.

Questa documentazione sarà trasmessa alla V Commissione (Bilancio) e alla IX Commissione (Trasporti).

Trasmissione dal ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

Il ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con lettera in data 24 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto legislativo 30 gennaio 1999, n. 27, la relazione sull'attività svolta dall'Agenzia spaziale italiana (ASI), riferita all'anno 2002 (doc. XCIV, n. 3).

Questo documento sarà stampato, distribuito e trasmesso alla X Commissione (Attività produttive).

Trasmissioni dal ministro degli affari esteri.

Il ministro degli affari esteri, con lettera in data 26 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, quarto comma della legge 28 dicembre 1982, n. 948, la relazione sull'attività svolta dagli enti a carattere internazionalistico sottoposti alla vigilanza del Ministero degli affari esteri riferita all'anno 2002 (doc. CLXXII, n. 3).

Questo documento sarà stampato, distribuito e trasmesso alla III Commissione (Affari esteri).

Il ministro degli affari esteri, con lettera in data 26 febbraio 2004, ha trasmesso i seguenti documenti:

ai sensi dell'articolo 3, comma 6, lettera c), della legge 26 febbraio 1987, n. 49, la relazione sull'attuazione della politica di cooperazione allo sviluppo, per l'anno 2002 (doc. LV, n. 3);

ai sensi dell'articolo 4, comma 2-*bis*, della legge 26 febbraio 1987, n. 49, la relazione – predisposta dal Ministero dell'economia e delle finanze – sull'attività di banche e fondi di sviluppo a carattere multilaterale e sulla partecipazione italiana alle risorse di detti organismi, riferita all'anno 2002 (doc. LV, n. 3-*bis*).

Questi documenti saranno stampati, distribuiti e trasmessi alla III Commissione (Affari esteri).

Trasmissioni dal ministro per i rapporti con il Parlamento.

Il ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 27 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 2-*duodecies*, comma 4, della legge 31 maggio 1965, n. 575, introdotto dall'articolo 3, comma 2, della legge 7 marzo 1996, n. 109, la relazione – predisposta dal Ministero della giustizia – sulla consistenza, destinazione e utilizzo dei beni sequestrati o confiscati e sullo stato dei processi di sequestro e confisca, aggiornata al 31 gennaio 2004 (doc. CLIV, n. 6).

Questo documento sarà stampato, distribuito e trasmesso alla II Commissione (Giustizia).

Il ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 27 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 39, comma 4, della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, la

prima relazione — predisposta dalla Commissione per le adozioni internazionali — sullo stato delle adozioni internazionali e sull'attuazione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale fatta a L'Aja il 29 maggio 1993, aggiornata al 31 dicembre 2002 (doc. CCII, n. 1).

Questo documento sarà stampato, distribuito e trasmesso alla II Commissione (Giustizia) e alla III Commissione (Affari esteri).

Il ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 27 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 3 agosto 1998, n. 269, la relazione — predisposta dal ministro per le pari opportunità — sullo stato di attuazione della citata legge n. 269 del 1998, recante « Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno ai minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù », riferita agli anni 2002 e 2003 (doc CX, n. 2).

Questo documento sarà stampato, distribuito e trasmesso alla II Commissione (Giustizia).

Annunzio di provvedimenti concernenti amministrazioni locali.

Il Ministero dell'interno, con lettere in data 25 febbraio 2004, ai sensi dell'articolo 141, comma 6, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, ha dato comunicazione dei decreti del Presidente della Repubblica di scioglimento dei consigli comunali di Botricello (Catanzaro), Tora e Picilli (Caserta), Rocca D'Arce (Frosinone), Gargnano (Brescia), Altavilla Vicentina (Vicenza), Raiano (L'Aquila).

Questa documentazione è depositata presso il Servizio per i Testi normativi a disposizione degli onorevoli deputati.

Trasmissioni da consigli regionali.

Il presidente della regione Molise, con lettera in data 20 febbraio 2004, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19-bis, comma 5, della legge 11 febbraio 1992, n. 157, e successive modificazioni, la relazione sullo stato di attuazione delle deroghe in materia di protezione della fauna selvatica e di prelievo venatorio, previste dall'articolo 9 della direttiva 79/409/CEE (doc. CXCIX, n. 4).

Questo documento sarà stampato e trasmesso alla XIII Commissione (Agricoltura).

Il presidente del consiglio regionale della Toscana, con lettera in data 23 febbraio 2004, ha trasmesso il testo di un voto, approvato dal Consiglio regionale stesso nella seduta del 18 febbraio 2004, in merito alla presenza del contingente militare italiano in Iraq.

Questa documentazione sarà trasmessa alla III Commissione (Affari esteri) e alla IV Commissione (Difesa).

Atti di controllo e di indirizzo.

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

Annunzio di risposte scritte ad interrogazioni.

Sono pervenute alla Presidenza dai competenti ministeri risposte scritte ad interrogazioni. Sono pubblicate nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

**MOZIONE MAGNOLFI ED ALTRI N. 1-00316 SULLE
INIZIATIVE PER FAVORIRE NUOVE TECNICHE
ANALGESICHE DURANTE IL TRAVAGLIO**

(Sezione 1 – Mozione)

La Camera,

premessi che:

L'analgia epidurale è una tecnica praticata durante il travaglio, con un alto grado di sicurezza per la madre e per il neonato e pienamente compatibile con il parto naturale: una tecnica capace di diminuire il dolore, esaltando, di conseguenza, gli aspetti positivi legati all'evento della nascita;

in Italia, secondo l'Istat, solo al 3,7 per cento delle partorienti viene praticata questa tecnica analgesica (che, al contrario, viene scelta fino al 60 per cento dei casi in Gran Bretagna, Francia e Stati Uniti);

è da notare che nel nostro Paese, invece, si è registrata una progressiva crescita dei parti cesarei, che dal 1998 al 2000 sono passati dal 31,4 per cento al 33,2 per cento, ponendoci al primo posto in Europa, molto al di sopra della soglia del 10-15 per cento indicata come ottimale dall'Organizzazione mondiale della sanità;

sulla base del piano sanitario nazionale, all'interno dei punti nascita, dovrebbero essere presenti l'anestesista, il ginecologo ed il pediatra, oltre che l'ostetrica in forma attiva: tuttavia, in molte realtà la carenza di personale sanitario specializzato, in particolare anestesisti e paramedici, rende difficile l'attuazione di metodiche di parto indolore;

il comitato nazionale per la bioetica, in data 30 marzo 2001, nel riconfermare che « la lotta al dolore (...) rientra nei compiti primari della medicina e della società », ha riconosciuto che « il diritto della partorienti di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza »;

gli esperti del settore, riuniti a Milano il 30 e 31 gennaio 2004 per un convegno internazionale degli istituti clinici di perfezionamento (clinica Mangiagalli e Ospedale dei bambini V. Buzzi), hanno individuato il primo ostacolo da rimuovere nella mancanza di qualunque finanziamento o rimborso per le aziende ospedaliere che offrono gratuitamente questa prestazione;

va ricordato, infatti, che, poiché queste tecniche non sono comprese nei livelli essenziali di assistenza, in molte regioni i raggruppamenti omogenei di diagnosi (*diagnosis related groups*) relativi al parto naturale non considerano i costi relativi all'assistenza necessaria per l'attuazione del parto con analgesia epidurale e ciò che si fa è sostanzialmente affidato alla buona volontà delle strutture e degli operatori;

impegna il Governo:

ad adottare le opportune iniziative affinché l'analgia epidurale in travaglio di parto sia inclusa fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza;

a promuovere un'adeguata campagna informativa, con il coinvolgimento attivo delle regioni, rivolta al personale medico-sanitario, affinché la piena conoscenza dell'analgesia epidurale, con le conseguenze e le opportunità che presenta, venga diffusa presso tutte le donne in stato di gravidanza, per metterle in condizione di esercitare una scelta libera e responsabile.

(1-00316) « Magnolfi, Montecchi, Pollastrini, Abbondanzieri, Bimbi, Bolognesi, Burani Procaccini, Maura Cossutta, Alberta De Simone, Di Serio D'Antona, Licastro Scardino, Mazzuca Poggiolini, Paoletti Tangheroni, Zanella, Zanotti, Baldi, Cordoni, Trupia, Deiana, Moroni, Ottone, Turco, Sereni, Chiaromonte, Bianchi Clerici, Pisa, Melandri, Buffo, Sasso, Amici, Motta, Paola Mariani, Dorina Bianchi, Mazzoni, Lucidi, Cima, Capitelli, Grignaffini, Manzini, Bertolini, Finocchiaro, Pinotti ».

(9 febbraio 2004)

La Camera,

premesso che:

il comitato nazionale per la bioetica nel marzo del 2001, nel riconfermare che « la lotta al dolore rientra nei compiti primari della medicina e della società », ha riconosciuto che « il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace rientra tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza »;

le tecniche di analgesia in ostetricia, siano esse epidurali (o peridurali) o combinate, come la *cse* (*combined spinal epidural*), più comunemente conosciute con il termine di « parto indolore », hanno oramai raggiunto dal punto di vista sia tecnico che farmacologico un livello di sicurezza tale da poter essere praticate come terapia di *routine* nell'assistenza al parto naturale, con lo scopo di ridurre

drasticamente il dolore ed esaltare, di conseguenza, tutti gli aspetti positivi legati all'evento nascita;

tra le gestanti il parto indolore riscuote un gradimento sempre maggiore: risulta, infatti, che nelle strutture sanitarie o nei centri nascita dove si pratica il parto indolore il numero di donne che preferisce ricorrere a questa tecnica è sempre più in crescita e sempre più spesso donne in vista del parto scelgono il ricovero in strutture o centri che offrono la possibilità di effettuare il parto indolore, affrontando spesso disagi e costi;

in Italia, secondo l'Istat, solo al 3,7 per cento delle partorienti viene praticata questa tecnica analgesica, contro una percentuale intorno al 50 per cento della Gran Bretagna, Stati Uniti e Francia ed una percentuale intorno al 60 per cento nei Paesi scandinavi;

sempre l'Istat riferisce che in Italia il ricorso al taglio cesareo è passato dall'11,2 per cento del 1980 al 27,9 per cento del 1996, fino al 30-33 per cento degli ultimi anni, con picchi al di sopra del 50 per cento registrati in alcune regioni del Centro-Sud del Paese. Una percentuale sempre troppo alta (che colloca l'Italia al primo posto in Europa per ricorso al taglio cesareo, evidenziando un'eccessiva medicalizzazione dell'evento parto), pur considerando che è ormai condivisa, dai ginecologi europei e mondiali, la non applicabilità agli *standard* occidentali della soglia del 10-15 per cento fissata a suo tempo dall'Organizzazione mondiale della sanità;

queste tecniche non sono comprese nei livelli essenziali di assistenza ed in molte regioni i raggruppamenti omogenei di diagnosi (*diagnosis related groups*) relativi al parto naturale non considerano i costi relativi all'assistenza necessaria per l'attuazione del parto indolore;

infatti, tutto quello che viene attualmente fatto nel settore pubblico è affidato alla buona volontà di alcune strutture sanitarie, alla sensibilità degli opera-

tori oppure viene effettuato dal privato, con i relativi alti costi per le partorienti;

la bassa percentuale delle partorienti che ricorrono al parto indolore è legata anche alla carenza di personale sanitario specializzato (in particolare, anestesisti ed infermieri), oltre che ad un'insufficiente campagna informativa rivolta alle donne;

impegna il Governo:

ad adottare le iniziative più opportune affinché le tecniche di analgesia per l'espletamento del parto naturale vengano incluse fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza;

a promuovere, anche presso le regioni, scelte di politica sanitaria che, sulla base di quanto previsto nel piano sanitario nazionale, garantiscano all'interno dei reparti di ostetricia o dei punti nascita gli

spazi e le figure professionali necessarie per attuare il parto indolore, sia in regime di ricovero, sia in attività libero-professionale intramuraria;

a promuovere un'adeguata campagna formativa ed informativa, con il coinvolgimento attivo delle regioni, rivolta al personale medico sanitario, affinché la piena conoscenza delle tecniche di analgesia per il parto venga diffusa presso tutte le donne in gravidanza, per metterle in condizioni di esercitare una scelta libera e responsabile.

(1-00332) « Castellani, Giulio Conti, Gianni Mancuso, Porcu, Angela Napoli, Garnero Santanché, Franz, Ercole ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente sullo stesso argomento).

(1° marzo 2004)

MOZIONE BOLOGNESI ED ALTRI N. 1-00260
SULLA LOTTA AI TUMORI AL SENO

(Sezione 1 - Mozione)

La Camera,

premessi che:

il 5 giugno 2003 il Parlamento europeo ha adottato, per la prima volta per una malattia specifica, una risoluzione, elaborata dalla Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità, che propone di fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria. La risoluzione invita gli Stati membri a migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la fase successiva alla terapia, al fine di garantire in tutto il territorio europeo la massima qualità al riguardo e, inoltre, per creare, entro il 2008, le condizioni necessarie per una riduzione globale del 25 per cento della mortalità e la riduzione fino al 5 per cento della diversità nel tasso di sopravvivenza fra Stati membri, che attualmente è del 16 per cento e ciò è da ricondurre alla disparità per le donne europee nell'accesso alla diagnosi e alla cura;

il tumore al seno è il tumore più frequente nella popolazione femminile e rappresenta la seconda causa di morte per tumore. Nel nostro Paese è la prima causa di morte delle donne nella fascia d'età tra i 35 e i 44 anni, soprattutto nelle zone del Centro-Nord;

in Italia si stima che vivano più di 300.000 donne che hanno avuto una diagnosi di tumore al seno. Ogni anno tale patologia viene diagnosticata a 33.000

donne: nel 25 per cento circa dei casi si tratta di donne in età inferiore a 50 anni, nel 45 per cento di donne in età compresa tra 50 e 70, nel 30 per cento di donne di età maggiore a 70;

il carcinoma della mammella è una malattia molto complessa, le cui cause non sono state a tutt'oggi sufficientemente chiarite. Le donne nella cui famiglia si sono già verificati casi di cancro al seno hanno, di norma, un rischio maggiore, dovuto a ragioni genetiche, di sviluppare la malattia. Tuttavia, più dell'80 per cento delle pazienti cui viene diagnosticato un cancro al seno non hanno precedenti familiari in tal senso. Oggi si stima che il 5 per cento circa dei casi di carcinoma della mammella sia dovuto a predisposizione familiare;

nel 2000, in base ai dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nell'Unione europea più di 216.000 donne hanno sviluppato un cancro al seno e i decessi sono stati 79.000;

l'articolo 32 della Costituzione italiana prevede che « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ». La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea riconosce ad ogni persona il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ricevere cure mediche;

ogni donna deve aver accesso ad uno *screening*, a cure e a una *post-terapia* di qualità, a prescindere dal luogo di residenza, dalla posizione sociale, dalla professione e dal livello di istruzione. È,

altresì, necessario rimuovere gli ostacoli che attualmente esistono fra le regioni e fra gli ospedali della stessa città, in merito alla qualità delle cure fornite per il carcinoma della mammella, che ha come conseguenza il fatto che le possibilità di sopravvivenza delle donne variano notevolmente;

la ricerca dimostra che l'intervento più efficace per la prevenzione del cancro al seno o per la sua guarigione è rappresentato dalla diagnosi precoce e, quindi, molto dipende dallo stadio della malattia al momento della diagnosi, considerando, altresì, che il cancro al seno, se diagnosticato in uno stadio iniziale e trattato correttamente, può essere vinto nel 90 per cento dei casi;

il piano d'azione comunitario « L'Europa contro il cancro » ha dato importanti impulsi alla lotta contro il carcinoma della mammella e le linee guida europee di garanzia di qualità nello *screening* mammografico, messe a punto per la prima volta nel 1992, costituiscono un esempio particolarmente valido di norme di qualità e di prassi di eccellenza nel quadro della politica sanitaria europea;

secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, uno *screening* mammografico di qualità, ossia l'invito periodico rivolto alla popolazione femminile affinché si sottoponga spontaneamente a un *test* mammografico gratuito e ad ulteriori eventuali accertamenti, nel quadro di un programma regionale o nazionale sistematico, riferito alla popolazione, può ridurre anche del 35 per cento la mortalità per cancro al seno fra le donne di età compresa fra i 50 e i 69 anni e, in base a studi scientifici, la mortalità può essere ridotta del 20 per cento anche fra le donne di età compresa fra i 40 e 49 anni;

l'autoesame del seno da parte della donna fornisce un prezioso contributo alla conoscenza del proprio corpo, ma non può rappresentare un'alternativa alla diagnosi precoce mediante lo *screening*;

lo *screening*, la diagnosi, la cura e la *post-terapia* del cancro al seno dovrebbero essere effettuate esclusivamente da un'*équipe* medica specialistica interdisciplinare, poiché ciò può aumentare notevolmente le possibilità di sopravvivenza delle pazienti;

servizi di qualità in materia di carcinoma mammario si traducono in economie per il sistema sanitario, a medio e lungo termine, poiché consentono di evitare esami e trattamenti superflui e permettono di diagnosticare più tempestivamente un eventuale cancro al seno, il che riduce il numero di interventi e terapie postoperatorie onerosi;

è necessario assicurare alle pazienti una qualità di vita il più possibile elevata, poiché la terapia del cancro al seno comporta pesanti ripercussioni fisiche e psichiche;

le donne affette da carcinoma mammario devono essere adeguatamente informate dal medico curante in merito alla diagnosi e alla terapia ed essere coinvolte nelle decisioni sulle opzioni terapeutiche, con cognizione di causa circa gli effetti collaterali;

impegna il Governo:

a fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria e a sviluppare e attuare strategie efficaci per migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la *post-terapia* del carcinoma della mammella, onde garantire in tutto il territorio nazionale la massima qualità al riguardo;

a porsi l'obiettivo, in accordo con la conferenza Stato-regioni, di individuare le modalità per l'attivazione di programmi, affinché la mortalità media per carcinoma della mammella possa essere ridotta sensibilmente;

a garantire a tutte le donne affette da carcinoma della mammella il diritto ad essere curate da un'*équipe* interdisciplinare;

a garantire a tutte le donne affette da questa patologia il diritto ad essere invitate, nell'ambito di un programma di *screening* adeguatamente pianificato e certificato, ad effettuare i controlli mammografici, secondo le linee guida approvate dal piano oncologico nazionale;

a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati e interdisciplinari, che soddisfino *standard* di qualità ed efficacia delle cure;

a garantire un miglior coordinamento tra le attività di ricerca a livello nazionale e a livello europeo;

ad assicurare che gli interventi preventivi, diagnostici e di trattamento del cancro al seno si fondino sulla *evidence-based medicine* (medicina basata su prove di efficacia);

ad aumentare le risorse stanziare per la ricerca sia di base che applicata sul cancro, al fine di:

a) intensificare ulteriormente la ricerca sulle cause e le terapie;

b) favorire la trasformazione dei progressi realizzati dalla ricerca di base in applicazioni terapeutiche;

c) valutare l'efficacia di possibili ulteriori interventi di prevenzione primaria, di farmaco-prevenzione e di prevenzione secondaria;

d) migliorare la valutazione dell'efficacia delle terapie e della sicurezza dei risultati;

e) studiare ulteriormente i nessi tra carcinoma della mammella e potenziali fattori di rischio, come il tabacco, l'alimentazione, gli ormoni e lo stile di vita (peso ed attività fisica);

f) potenziare la ricerca in merito ai protocolli di cura per pazienti degenti e non degenti, affinché in futuro l'ospedalizzazione e il trattamento medico non siano più per le donne causa di inutile *stress*;

g) mettere a punto un metodo per la valutazione standardizzata del rischio per le donne con predisposizione familiare a sviluppare un carcinoma mammario;

ad attenersi alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e a porre in essere piani d'azione nazionali contro il cancro, coinvolgendo tutti i principali soggetti interessati;

a sviluppare ed aggiornare costantemente, sulla base di dati concreti, ulteriori linee guida in materia di *screening*, diagnosi, cura e *post-terapia* e ad istituire, in collaborazione con la conferenza Stato-regioni, un osservatorio nazionale per il cancro al seno, al fine di garantire il monitoraggio delle linee guida applicative su tutto il territorio nazionale;

a garantire, per quanto riguarda il benessere psichico e l'integrità fisica delle donne:

a) che a ogni donna sia comunicato il referto dell'esame entro pochi giorni, sia in caso di *screening* sia in caso di esami clinici, e che nessuna donna, cui viene diagnosticato un carcinoma mammario, debba attendere più di quattro settimane prima di iniziare la cura;

b) che a ogni donna sia offerta la possibilità, in casi giustificati dal punto di vista medico, di un intervento chirurgico conservativo, così da ridurre il numero di inutili amputazioni della mammella, e che la ricostruzione della mammella sia effettuata, per quanto possibile, con tessuto autologo e nel minor lasso di tempo possibile;

c) che ogni donna riceva prima dell'intervento una diagnosi certa (in particolare, mediante il ricorso a una biopsia il meno possibile invasiva);

d) che alle donne con protesi mammaria sia distribuito un « passaporto », in cui sono registrate le caratteristiche particolari delle protesi e la necessaria terapia postoperatoria;

e) che a ogni donna sia offerta la possibilità di accedere a una consulenza psicologica per superare le fasi più difficili

del suo percorso di cura e che il personale sanitario sia adeguatamente formato per comprendere i bisogni della donna nella sua interezza;

a garantire il rimborso di presidi medici per quanto riguarda la *post-terapia*;

a diffondere specializzazioni, come la chirurgia mammaria, l'assistenza infermieristica a patologie mammarie o la psicologia oncologica, che hanno già dato buoni risultati in alcuni Stati dell'Unione europea, istituendo corrispondenti corsi di formazione e specializzazione;

ad incentivare l'istituzione di centri di consulenza medica e psicologica per le donne con una presunta predisposizione familiare a sviluppare il cancro al seno e ad offrire alle donne risultate positive all'esame un programma di *screening* rafforzato;

a varare una regolamentazione specifica sui diritti individuali delle pazienti volta a garantire:

a) il diritto a un'assistenza medica adeguata e qualificata da parte di personale medico in ambulatori e ospedali adeguatamente attrezzati e organizzati;

b) il diritto a un'informazione e ad una consulenza comprensibile, competente e adeguata da parte del medico prima, durante e dopo la terapia;

c) il diritto all'autodeterminazione dopo aver ricevuto un'informazione globale;

d) il diritto alla documentazione e alla consultazione sul trattamento subito;

e) il diritto alla riservatezza e alla protezione dei dati;

f) il diritto a presentare denuncia;

g) il diritto a un consulto in caso di diagnosi di cancro;

a coinvolgere le associazioni delle pazienti nelle decisioni di politica sanitaria più di quanto non avvenga oggi ed appoggiare adeguatamente il loro lavoro di volontariato e mutuo aiuto;

a raggruppare le attività d'informazione delle direzioni generali dei ministeri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per l'innovazione e le tecnologie e a dare un contributo per la realizzazione di un sito *web* comune dell'Unione europea sul cancro, nel quale cittadini/e e non addetti/e ai lavori possano trovare, al pari di medici e ricercatori, informazioni a vari livelli su questa malattia, a cura di ricercatori, associazioni mediche, associazioni di pazienti ed altri, a livello europeo e nazionale, redatte in un linguaggio facilmente comprensibile e in diverse lingue;

a sollecitare le regioni dell'obiettivo 1, date le notevoli differenze regionali in termini di accesso allo *screening*, alla diagnosi e al trattamento del carcinoma della mammella, a utilizzare maggiormente le risorse dei fondi strutturali per finanziare la creazione di strutture nel settore sanitario;

ad assicurare, nel programma di revisione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (D.R.G.), attenzione al problema della ricostruzione mammaria contestualmente all'intervento chirurgico.

(1-00260) « Bolognesi, Labate, Turco, Angela Napoli, Carlucci, Paoletti Tangheroni, Bindi, Maura Cossutta, Manzini, Burani Procaccini, Finocchiaro, Baldi, Zanotti, Garnero Santanché, Capitelli, Pollastrini, Melandri, Amici, Magnolfi, Zannella, Rocchi, Pistone, Sasso, Abbondanzieri, Pennacchi, Lucidi, Raffaella Mariani, Motta, Di Serio D'Antona, Buffo, Grignaffini, Cima, Cordoni, Chiaromonte, Trupia, Sereni ».

(25 agosto 2003)

La Camera,

premesso che:

il tumore o meglio i tumori della mammella o del seno sono da molto tempo oggetto di studi di grande impegno scientifico, in considerazione del grande

interesse medico e della notevole diffusione della malattia (ovviamente ci si riferisce al carcinoma della mammella, che in Italia è il tumore che si presenta con maggiore frequenza nel sesso femminile: in Italia se ne parla ormai come di una malattia sociale);

è bene sottolineare e ricordare che l'uomo non è immune da tale patologia, ma che viene colpito con frequenza molto minore rispetto alla donna;

ciò chiarito, occorre prendere atto che il Parlamento europeo nel giugno del 2003 ha adottato una risoluzione che invita gli Stati membri a lottare contro tale patologia in modo sistematico e a farne una priorità progettuale, per sconfiggerla o comunque per limitarne la morbilità;

doverosamente si sottolinea come la classe medica italiana sia sempre stata molto attenta a questa patologia e all'educazione dalla donna, onde diagnosticarla precocemente, ma nonostante ciò è opportuno impegnarci al massimo affinché il contenuto della risoluzione votata dal Parlamento europeo venga realizzato;

è opportuno sottolineare come il cancro della mammella, nonostante la sua enorme pericolosità, offra al medico e al paziente molte possibilità per essere diagnosticabile con facilità e, quindi, per essere aggredito efficacemente con precocità, onde prevenire sia la sua diffusione locale che quella metastatica;

come per tutti gli altri tipi di cancro, anche la lotta contro questo tumore si basa sulla precocità della diagnosi possibile, sia con l'aiuto determinante del medico, sia con un meccanismo di autodifesa, che si basa, soprattutto, sulla autopalpazione della stessa malata (o malato);

dopo questa premessa, sono chiari l'essenzialità della prevenzione e come l'educazione sanitaria sia un passaggio fondamentale della prevenzione sanitaria, attuabile direttamente dalla donna come meccanismo di personale « autotutela »;

i dati ufficiali della situazione italiana affermano che oggi il carcinoma della mammella viene diagnosticato a 33 mila pazienti (in donne in età inferiore ai 50 anni nel 25 per cento dei casi, in donne comprese fra i 50 e i 70 anni nel 45 per cento dei casi e nel restante 30 per cento dei casi in donne in età superiore ai 70 anni) e affermano pure che esiste una certa « familiarità », cioè una predisposizione familiare (con incidenza valutata attorno al 5 per cento dei casi);

un'indagine statistica dell'Organizzazione mondiale della sanità afferma che nell'anno 2000 nel mondo ci sarebbero stati circa 80.000 morti per cancro della mammella, nonostante che la tecnologia diagnostica renda piuttosto facile pervenire alla diagnosi della malattia e alla sua cura in tempi precoci utili per ottenere la guarigione;

in Italia il sistema sanitario nazionale assicura già da tempo ogni forma di tutela gratuita per la salute della donna, in particolare per il carcinoma mammario (sia per la cura, sia per la diagnosi, sia per la terapia che per la riabilitazione), ma è, altresì, opportuno sottolineare (e su questo punto è opportuno essere chiari) che le malattie definite di carattere « sociale » hanno bisogno di essere affrontate, se non aggredite, in modo organico e globale in tutto in territorio nazionale, con campagne di informazione e di *screening* di massa a cura delle aziende sanitarie locali;

la risoluzione del Parlamento europeo insiste giustamente su questo punto, proprio per dare vita a programmi organicamente efficaci in tutto l'ambito europeo;

fino ad oggi, le campagne di *screening* di massa per individuare precocemente il cancro della mammella, come altri tipi di tumore, sono state condotte senza continuità e spesso senza una seria programmazione nazionale, per iniziativa di singole regioni o di singole aziende sanitarie locali;

oggi bisogna dare continuità a questa metodica, perché se è vero che il tumore sarà sconfitto dalla ricerca scientifica, è altresì vero che la prevenzione e

la cura appropriata, insieme alle diagnosi precoci, possono limitarne notevolmente i danni e salvare la vita a tanti malati;

attualmente in Italia vi sono molti servizi ospedalieri che sono specificatamente dediti alla cura delle malattie del seno e, quindi, è da rilevare come la sanità italiana non parta dall'« anno zero », come apparirebbe da alcune note di altra parte che trattano questo problema, ma è, comunque, opportuno fare di più e meglio di quanto già in Italia si stia facendo;

proprio per questi motivi, sottolineando come in Italia il carcinoma della mammella venga curato con tutti i sistemi all'avanguardia nel mondo, è opportuno aggiungere elementi di una buona educazione sanitaria, compresa una particolare attenzione agli effetti psicologici che il cancro del seno provoca nella donna, sia prima che in fase *post*-operatoria, anche per motivi di natura estetica;

impegna il Governo:

a considerare la lotta contro il cancro della mammella come impegno prioritario dell'azione strategica del nostro servizio sanitario nazionale, comprendendovi:

- a) la prevenzione;
- b) la diagnosi;
- c) la cura;
- d) gli *screening* di massa;
- e) la terapia *post*-operatoria;
- f) l'educazione sanitaria;
- g) l'assistenza psicologica *post*-operatoria;
- h) la garanzia della ricostruzione plastica dell'organo a spese del servizio sanitario nazionale;
- i) l'organizzazione in tutte le aziende sanitarie locali, ove ne esistessero di carenti, di centri e servizi di senologia, specializzati nella lotta contro questa patologia;
- l) la programmazione di progetti fra le regioni e il ministero della salute per

garantire equità di trattamento ai malati in tutta Italia, in linea con i livelli essenziali di assistenza;

m) l'incremento di finanziamenti per la ricerca scientifica, in linea con il piano oncologico nazionale (nuovi farmaci, nuove tecnologie strumentali di diagnosi, predisposizione familiare, protocolli diagnostico-terapeutici);

n) l'informazione corretta e psicologicamente attenta relativamente alla comunicazione della diagnosi al malato;

o) l'informazione precoce nelle scuole e nei luoghi di aggregazione sociale (centri giovanili, luoghi di lavoro, centri di aggregazione sportiva).

(1-00331) « Giulio Conti, Anedda, Airaghi, Alboni, Amoruso, Armani, Arrighi, Ascierio, Bellotti, Benedetti Valentini, Bocchino, Bornacin, Briguglio, Buontempo, Butti, Canelli, Cannella, Cardiello, Carrara, Caruso, Castellani, Catanoso, Cirielli, Cola, Giorgio Conte, Coronella, Cristaldi, Delmastro delle Vedove, Fasano, Fatuzzo, Fiori, Foti, Fragalà, Franz, Gallo, Gamba, Geraci, Ghiglia, Alberto Giorgetti, Gironda Veraldi, La Grua, La Russa, La Starza, Lamorte, Landi di Chiavenna, Landolfi, Leo, Lisi, Lo Presti, Losurdo, Maceratini, Maggi, Malgieri, Gianni Mancuso, Luigi Martini, Mazzocchi, Menia, Meroi, Messa, Migliori, Angela Napoli, Nespoli, Onnis, Paolone, Patarino, Antonio Pepe, Pezzella, Porcu, Raisi, Ramponi, Riccio, Ronchi, Rositani, Saglia, Saia, Garnero Santanchè, Scalia, Selva, Strano, Tagliatela, Trantino, Villani Miglietta, Zaccaro, Zaccaro ».

(Mozione non iscritta all'ordine del giorno ma vertente sullo stesso argomento).

(1° marzo 2004)

DISEGNO DI LEGGE: CONVERSIONE IN LEGGE DEL DECRETO-LEGGE 27 GENNAIO 2004, N. 16, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI CONCERNENTI I SETTORI DELL'AGRICOLTURA E DELLA PESCA (4644)

(A.C. 4644 - Sezione 1)

ARTICOLO UNICO DEL DISEGNO DI LEGGE DI CONVERSIONE NEL TESTO DELLA COMMISSIONE

ART. 1.

1. Il decreto-legge 27 gennaio 2004, n. 16, recante disposizioni urgenti concernenti i settori dell'agricoltura e della pesca, è convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. All'articolo 2, comma 6, del decreto-legge 6 maggio 2002, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 luglio 2002, n. 133, dopo le parole: «del Corpo di polizia penitenziaria» sono aggiunte le seguenti: «, nonché del Corpo forestale dello Stato, con esclusivo riferimento al Ministro ed ai Sottosegretari di Stato».

3. In relazione alle esigenze relative alle attività di controllo del territorio rurale e montano e per il rafforzamento della sorveglianza degli obiettivi sensibili, il Corpo forestale dello Stato è autorizzato ad assumere, in deroga a quanto previsto dall'articolo 3, comma 53, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, mediante l'espletamento di concorsi pubblici da bandire nell'anno 2004, il seguente personale: 500 allievi agenti, 50 allievi vice ispettori e 119 commissari forestali. Le vacanze organiche nei ruoli dei sovrintendenti e degli ispettori del Corpo forestale dello Stato di cui alla tabella A allegata al decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 201, possono essere

utilizzate per le assunzioni delle predette unità di allievi agenti anche in eccedenza alla dotazione organica del ruolo degli agenti ed assistenti di cui alla medesima tabella A. Le conseguenti posizioni in soprannumero nel ruolo degli agenti ed assistenti sono riassorbite per effetto del passaggio per qualsiasi causa del personale del predetto ruolo a quello dei sovrintendenti e degli ispettori. All'onere derivante dall'attuazione del presente comma, pari a 8 milioni di euro per l'anno 2004, 10,5 milioni di euro per l'anno 2005 e 22 milioni di euro per l'anno 2006, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero delle politiche agricole e forestali. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. All'articolo 4 della legge 6 febbraio 2004, n. 36, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3, dopo le parole: «con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato», sono inserite le seguenti: «, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,»;

b) il comma 7 è sostituito dal seguente:

« 7. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il personale del Corpo forestale dello Stato può chiedere di transitare, a domanda e ove consentito dalle singole normative regionali, nei ruoli dei servizi tecnici forestali della regione ove presta servizio. Al mantenimento delle dotazioni organiche complessive del Corpo forestale dello Stato di cui alle tabelle A e B allegate al decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 201, e alle tabelle A, B e C allegate al decreto legislativo 3 aprile 2001, n. 155, e al fine di assicurare l'invarianza di spesa a carico del bilancio dello Stato, si provvede mediante corrispondente riduzione delle autorizzazioni di spesa di cui ai decreti legislativi 18 maggio 2001, n. 227 e n. 228, nella misura pari alla spesa annua occorrente per le unità di personale che esercitano la facoltà prevista dal presente comma e comunque nei limiti della spesa massima di 10 milioni di euro. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio ».

5. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

ARTICOLI DEL DECRETO-LEGGE NEL TESTO DEL GOVERNO

ART. 1.

(Disposizioni previdenziali in agricoltura).

1. Il comma 7 dell'articolo 44 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è sostituito dal seguente:

« 7. A decorrere dal 30 aprile 2004, la denuncia aziendale di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 375, e successive modificazioni, deve essere

presentata su apposito modello predisposto dall'INPS. Nel caso in cui a seguito della stima tecnica di cui all'articolo 8, comma 2, del citato decreto legislativo n. 375 del 1993, sia ravvisata l'impossibilità che la prestazione di lavoro è stata effettuata in tutto o in parte, l'INPS emette pronuncia di disconoscimento di detta prestazione ai fini della tutela previdenziale ».

ART. 2.

(Disposizioni in materia di quote latte).

1. A favore dei singoli produttori, ai quali deve essere restituito, in applicazione dell'articolo 1, comma 13, del decreto-legge 1° marzo 1999, n. 43, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 aprile 1999, n. 118, il prelievo supplementare versato per i periodi dal 1995-1996 al 2002-2003 e successivamente riconosciuto come non dovuto, l'AGEA è autorizzata a procedere alla restituzione dei relativi importi, salvo che gli stessi siano stati recuperati dai produttori in sede di eventuali conguagli. All'uopo è autorizzata la spesa di 6 milioni di euro per l'anno 2004.

2. All'onere derivante dal comma 1, pari a 6 milioni di euro per l'anno 2004, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al decreto legislativo 27 maggio 1999, n. 165, come determinata dalla tabella C della legge 24 dicembre 2003, n. 350.

3. Il comma 36 dell'articolo 10 del decreto-legge 28 marzo 2003, n. 49, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2003, n. 119, è sostituito dai seguenti:

« 36. I produttori interessati aderiscono al versamento rateale di cui al comma 34 presentando istanza alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza, nella quale dichiarano di accettare espressamente le imputazioni del prelievo supplementare complessivamente dovuto. L'istanza vale come rinuncia ai ricorsi ovvero agli atti del giudizio even-