

**ATTI DI INDIRIZZO***Mozioni:*

La Camera,

premesso che:

a partire dall'anno 2000 si sono verificati in Italia diversi focolai di febbre catarrale degli ovini, in particolare in Sardegna e nelle regioni meridionali e centrali;

con ordinanza dell'11 maggio 2001 del Ministro della sanità, in attuazione della direttiva 2000/75/CE e delle decisioni della Commissione Europea 2001/138/CE e 2001/141/CE, veniva disposto un programma obbligatorio di controllo della febbre catarrale degli ovini basato, principalmente, sulla vaccinazione pianificata sia degli ovini che dei bovini allevati nei territori ritenuti a rischio di propagazione dell'infezione;

le campagne di vaccinazione che hanno interessato sia gli ovini che i bovini avrebbero provocato, come più volte denunciato dagli allevatori, gravissimi danni economici diretti ed indiretti, questi ultimi a causa di un generalizzato blocco delle movimentazioni, alle aziende zootecniche delle aree interessate alle azioni di profilassi;

le campagne di vaccinazione sono state avviate in assenza di uno specifico protocollo operativo e non hanno tenuto in conto adeguato lo stato di salute degli animali trattati in termini di debilitazione, stato di gravidanza, di allattamento, periodo precedente alla rimonta;

la vaccinazione condotta utilizzando un vaccino vivo attenuato, peraltro non sperimentato sui soggetti di specie bovina, ha generato fondati sospetti di sieroconversione e quindi di propagazione della malattia;

per la nuova campagna di vaccinazione, di imminente avvio, che, tra l'altro,

dovrà riguardare più sierotipi, il Ministro della salute, ha, recentemente, ufficializzato un protocollo di vaccinazione;

impegna il Governo:

ad attivarsi affinché siano stanziati risorse finanziarie adeguate per sostenere le aziende zootecniche che risultino danneggiate, sia direttamente che indirettamente, a seguito della vaccinazione contro la febbre catarrale degli ovini, oltre che dal blocco delle movimentazioni;

ad intensificare gli sforzi per rendere disponibili al più presto vaccini inattivati;

a farsi promotore, in sede europea, di una proposta di modifica delle attuali direttive in materia di movimentazione degli animali, con particolare riferimento alla rimozione di alcune ingiustificate restrizioni, penalizzanti per la zootecnia delle aree centro-meridionali del nostro Paese;

a sviluppare e migliorare la collaborazione tra gli Istituti zooprofilattici per contrastare con maggiore efficacia la « blue tongue »;

ad attivarsi affinché siano stanziati apposite risorse finanziarie per avviare un programma di lotta contro gli insetti vettori, anche tramite la formazione degli operatori interessati;

a sospendere la campagna di generalizzata vaccinazione fino al reperimento di nuove risorse finanziarie necessarie per far fronte ai danni arrecati alle aziende zootecniche, fatta salva la vaccinazione richiesta volontariamente dagli allevatori che per stato di necessità, in attesa della modifica delle attuali direttive in materia di movimentazione degli animali recettivi, debbano ricorrere alla movimentazione del bestiame;

ad avviare un costruttivo confronto con gli allevatori volto al rilancio della zootecnia di qualità e del processo di filiera;

ad attivarsi affinché siano finanziati progetti, anche locali, volti a favorire azioni per il miglioramento della filiera zootecnica.

(1-00330) « de Ghislanzoni Cardoli, Ricciuti, Misuraca, Masini, Marinello, Meroi, Burani Procaccini, Savo, Collavini, Jacini, Zama ».

La Camera,

premessi 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 specificamente 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, Meroni, Messa, Migliori, Angela Napoli, Nespoli, Onnis, Paolone, Patarino, Antonio Pepe, Pezzella, Porcu, Raisi, Ramponi, Riccio, Ronchi, Rositani, Saglia, Saia, Garnerò Santanchè, Scalia, Selva, Strano, Tagliatalata, Trantino, Villani Miglietta, Zaccaro, Zaccaro».

La Camera,

premessi 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 operatori 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, an-

stesisti 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, Garnerò Santanchè, Franz, Ercole ».

La Camera,

premesso che:

nei Paesi industrializzati, il carcinoma mammario è, per incidenza e mortalità, al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile;

anche nel nostro Paese, il tumore alla mammella rappresenta la prima causa di morte per le donne tra i 35 e i 44 anni, la seconda per le donne oltre i 55 anni;

il 5 giugno 2003 il Parlamento europeo ha approvato una risoluzione che invita gli Stati membri ad adottare specifiche misure di promozione della preven-

zione e dello *screening* e di miglioramento della diagnosi, della cura e dell'assistenza *post-terapeutica*, che consentano di raggiungere entro il 2008 una riduzione globale del 25 per cento della mortalità per tumore al seno ed una riduzione del 5 per cento delle differenze nei tassi di sopravvivenza tra i singoli Stati membri;

in relazione alla patologie oncologiche, il piano sanitario nazionale 2003-2005 individua come strategie di intervento la diffusione della diagnosi precoce, la valorizzazione dell'ospedalizzazione a domicilio, la creazione di strutture ospedaliere specializzate nel settore, la promozione della ricerca sia di base che finalizzata;

in relazione al tumore al seno, si ritiene che lo strumento più rilevante ai fini della riduzione del tasso di mortalità sia quello della prevenzione, con particolare riguardo all'attivazione di sistemi di *screening* capillare sul territorio:

anche se alcune regioni hanno già assunto specifiche iniziative sul tema, prevedendo, in particolare, la diffusione delle pratiche di *screening* attraverso il coinvolgimento capillare delle donne nei protocolli di prevenzione e di diagnosi precoce, è opportuno che tali protocolli siano attivati in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale;

il problema del consolidamento degli interventi per lo *screening* del cancro alla mammella è già stato oggetto di un apposito intervento emendativo, approvato al Senato della Repubblica nel corso del dibattito sul decreto legge n. 10 del 2004, che prevede di destinare 10 milioni di euro per l'anno 2004, 20 milioni e 975 mila euro per l'anno 2005 e 21 milioni di euro per l'anno 2006 per l'attivazione di un programma di prevenzione secondaria dei tumori, destinato a garantire anche il consolidamento degli interventi già in atto per lo *screening* del cancro della mammella;

oltre al consolidamento degli interventi di *screening*, si ritiene che la pre-

venzione si fondi anche sulla promozione di una nuova educazione sanitaria alle donne sull'importanza dell'adozione di stili di vita sanitari e dell'auto-diagnosi, ai fini della prevenzione del cancro alla mammella;

al di là della prevenzione, è opportuno intervenire anche sul versante della ricerca, al fine di promuovere la predisposizione di nuovi protocolli diagnostico-terapeutici e di nuovi medicinali;

anche se questa maggioranza ha già provveduto ad aumentare gli stanziamenti per la ricerca nel settore oncologico, si ritiene opportuno prevedere appositi percorsi di ricerca nel settore del cancro alla mammella;

sul versante della valorizzazione dell'ospedalizzazione a domicilio e della creazione di strutture ospedaliere specializzate nel settore, si ritiene che spetti alle regioni, in armonia con le disposizioni del piano nazionale, provvedere ai relativi interventi;

impegna il Governo

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

a) la necessità di stanziare nuove risorse per la prevenzione e lo *screening* di massa, al fine di garantire livelli omogenei di prevenzione secondaria dei tumori alla mammella a tutti gli assistiti;

b) la predisposizione di campagne informative ed educative, finalizzate a diffondere una nuova cultura di prevenzione e di auto-diagnosi tra le donne;

c) la programmazione di progetti integrati tra le regioni ed il ministero della salute per garantire l'uniforme erogazione sul territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza connessi al cancro alla mammella;

d) la promozione di nuovi finanziamenti alla ricerca scientifica, in linea con il piano oncologico nazionale (nuovi

farmaci, nuove tecnologie strumentali di diagnosi, predisposizione familiare, protocolli diagnostico-terapeutici);

ad attivarsi affinché, nel rispetto dell'autonomia regionale, gli interventi regionali di attuazione degli obiettivi del piano sanitario nazionale 2003-2005 sulla valorizzazione dell'ospedalizzazione a domicilio e la creazione di strutture ospedaliere specializzate nel settore oncologico includano specifici protocolli di assistenza a favore delle donne affette da tumore alla mammella.

(1-00333) « Cè, Ercole, Francesca Martini ».

*Risoluzioni in Commissione:*

La III Commissione,

premessi che:

nei mesi scorsi è stato ricordato il 70° anniversario dello sterminio dei contadini ucraini (in ucraino *Holodomor*, « assassinio di massa per fame »), vittime di una carestia provocata dal regime comunista sovietico;

i fatti risalgono al 1932-33 quando Stalin ordinò la confisca dei generi alimentari, vietò l'approvvigionamento e ogni commercio nelle zone rurali dell'Ucraina, pena la reclusione a più di dieci anni e la fucilazione;

queste misure portarono alla morte, per fame e per le malattie da essa derivate, di almeno 7 milioni di contadini-imprenditori — uomini, donne, 3 milioni di bambini — considerati potenzialmente ostili al sistema comunista; per la disperazione ci furono perfino episodi di cannibalismo;

l'intervento del regime sovietico venne pianificato; si trattò di una scelta politica con l'intento di distruggere un'intera classe sociale;

per molti decenni la tragedia è stata ufficialmente ignorata dalla classe dirigente dell'Unione Sovietica, nonostante

le ricostruzioni storiche che ne hanno ripetutamente confermato le circostanze e le responsabilità;

il 10 novembre 2003 è stata pubblicata, come documento ufficiale del Terzo Comitato della 58<sup>a</sup> sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, una « Dichiarazione comune sull'*Holodomor* » per ricordare le vittime di quello che è giustamente ritenuto un vero e proprio genocidio;

il rappresentante italiano all'ONU, a nome dell'UE, ha aderito alla Dichiarazione;

impegna il Governo

ad unirsi alla « giornata nazionale del ricordo » che il Presidente dell'Ucraina ha proclamato per il quarto sabato di novembre di ogni anno in memoria delle vittime del genocidio;

ad adottare ogni altra iniziativa utile a mantenere, soprattutto presso le giovani generazioni, la memoria di quei tragici fatti che non dovranno mai più ripetersi;

a condannare il colpevole silenzio con cui il regime comunista ha tentato di occultare le proprie responsabilità e le connivenze di quanti lo hanno agevolato in quest'opera di disinformazione.

(7-00384)

« Selva ».

La VI Commissione,

premesso che:

l'articolo 13 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 convertito dalla legge 326/2003 prevede un riordino complessivo della disciplina che regola l'attività di garanzia collettiva dei fidi;

tale disciplina prevede, tra l'altro, che i confidi aderenti a fondi di garanzia interconsortile siano tenuti a versare a tali fondi, successivamente all'approvazione del bilancio, un contributo annuale obbligatorio pari ad almeno lo 0,5 per mille dei finanziamenti complessivamente garantiti;

anche i confidi che non aderiscono, per scelta o per dimensioni inferiori a quelle prescritte dalla legge, ad un autonomo fondo di garanzia interconsortile sono tenuti a versare una quota annuale, pari allo 0,5 per mille dei finanziamenti complessivamente garantiti, al Ministero dell'economia e delle finanze, il quale provvede a sua volta a devolverli ai Fondi di garanzia per le PMI di cui alla legge 662/96;

non appare sufficientemente chiaro il parametro di riferimento del prelievo (finanziamenti complessivamente garantiti);

non emerge dalla nuova disciplina se ai fini del calcolo del contributo occorra riferirsi all'ammontare degli affidamenti garantiti nell'anno;

l'attività dei confidi consiste nella prestazione di garanzie e non nella concessione di finanziamenti: questi ultimi sono erogati dalle banche e non figurano nel bilancio dei confidi nel quale sono invece indicate esclusivamente le garanzie prestate;

un contributo annuale deve essere necessariamente commisurato all'attività svolta nell'anno, altrimenti, prendendo in considerazione l'intero ammontare delle garanzie accordate, il contributo sarebbe riferito agli affidamenti garantiti ricalcolati per più anni;

i consorzi di garanzia fidi necessitano con urgenza chiarimenti in merito, in quanto il codice civile impone loro la chiusura dei bilanci entro il prossimo 28 febbraio;

il comma 22 della riforma dei confidi stabilisce che il contributo debba essere versato entro un mese dall'approvazione del bilancio;

impegna il Governo

in considerazione del fatto che la norma è entrata in vigore ad ottobre 2003, ad adottare iniziative normative mirate dirette a prevedere che l'obbligo di contribuzione decorra dal 2004 e che il contri-

buto obbligatorio che i confidi devono versare ai fondi di garanzia interconsortile debba essere commisurato non ai finanziamenti complessivamente garantiti ma alle garanzie complessivamente erogate nell'arco di un anno.

(7-00383) « Benvenuto, Gambini ».

\* \* \*

## ATTI DI CONTROLLO

### PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

*Interrogazione a risposta orale:*

MINNITI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro dell'interno.* — Per sapere — premesso che:

il consiglio comunale di Lamezia Terme è stato sospeso il 1° novembre 2002 e poi sciolto per infiltrazioni mafiose con decreto del Presidente della Repubblica del 5 novembre successivo;

la durata dello scioglimento, così come prevede la legge, è stata prevista per un periodo di diciotto mesi;

l'amministrazione straordinaria scadrà il 1° maggio prossimo;

nei giorni 12 e 13 del giugno prossimo si svolgeranno le elezioni amministrative in molti comuni e province italiane;

alla Camera dei deputati il sottosegretario all'interno D'Alì, rispondendo ad una interrogazione dell'onorevole Leoni, ha escluso la possibilità che si possa rinnovare il consiglio comunale di Lamezia Terme nella prossima tornata elettorale perché per soli 2 giorni la scadenza dello scioglimento non ricadrebbe anteriormente ai previsti 45 giorni precedenti le elezioni;

questo comporterebbe uno slittamento di altri 12 mesi per il rinnovo del consiglio comunale senza che vi sia una

esplicita proroga del commissariamento da parte del Governo, così come prevede la normativa vigente;

la città di Lamezia Terme, i suoi cittadini, il tessuto economico e produttivo hanno bisogno di un rinnovato consiglio comunale e di un ritorno alla vita democratica per uscire da una grave crisi in atto da tempo e culminata con la gestione commissariale;

il periodo di 45 giorni previsto per la durata dei comizi elettorali può essere egualmente garantito riducendo la durata del periodo di commissariamento anticipandone la data di scadenza; non è la prima volta che sulla base di valutazioni rispetto all'esito del commissariamento, alla permanenza o meno dei motivi che hanno portato allo scioglimento per infiltrazioni mafiose si è ridotto il periodo di scioglimento per permettere ad un comune sciolto per mafia di svolgere le elezioni nella tornata elettorale generale più prossima alla scadenza. In particolare nel 1996 è stato ridotto di un mese il periodo di scioglimento del comune di Bardonecchia con decreto del Presidente della Repubblica del 26 settembre 1996 al fine di permettere il rinnovo del consiglio comunale nella tornata elettorale generale;

se non si dovesse votare per il rinnovo del consiglio comunale di Lamezia Terme nella tornata elettorale della prossima primavera il prossimo turno utile sarà quello della primavera del 2005, prorogando di fatto lo scioglimento per altri 12 mesi a cui si devono aggiungere i 18 già decretati arrivando così ad uno scioglimento della durata di 30 mesi;

a favore di un ritorno alla normale vita democratica e ad una responsabile e consapevole gestione dell'amministrazione comunale si sono espresse numerose e autorevoli istanze della città di Lamezia Terme, dalle forze politiche a quelle sindacali, da quelle economiche e associative a quelle della locale chiesa —:

come valuti la situazione e se non ritiene di dover comunque garantire il