

riguarda l'Iraq. La nostra risposta quindi è che si dica di no allo « spaccettamento » di tutte le missioni, a partire dall'Iraq.

Pertanto, noi riteniamo che il Governo abbia fatto la scelta più corretta e condividiamo la decisione presa dai presidenti delle Commissioni esteri e difesa del Senato e della Camera che per primi respinsero la richiesta di dividere in due tronconi il provvedimento al nostro esame. L'intero complesso delle missioni delle forze armate è stato deliberato in funzione dello stesso obiettivo: assicurare il concorso del nostro paese al mantenimento della sicurezza internazionale e alla ricostruzione politica istituzionale di Stati che sono sconvolti dalla guerra e dalla violenza politica.

« Antica Babilonia » non fa eccezione: alcuni a sinistra sostengono che si tratta di una forma di partecipazione italiana ad un regime di occupazione militare. Noi non siamo d'accordo. I nostri carabinieri, a loro rischio e pericolo, stanno istruendo i poliziotti iracheni contro i quali si rivolge ogni giorno la cieca violenza del terrorismo integralista. Il nostro ambasciatore ha recuperato il tesoro archeologico del museo di Baghdad, sottraendolo ai ricettatori per restituirlo agli iracheni e all'umanità intera. Non sono queste le azioni tipiche di una potenza occupante: gli occupanti spogliano, depredano e sfruttano i paesi dove si insediano. Non è questo ciò che noi stiamo facendo né in Iraq, né altrove. Al Senato, cari colleghi, per la verità, la parte più moderata dell'opposizione aveva accettato di smussare il proprio atteggiamento nei confronti di questo intervento, optando per l'astensione.

PRESIDENTE. Onorevole Rizzi, la prego di concludere.

CESARE RIZZI. Concludo, signor Presidente.

A costoro noi desideriamo ripetere una volta di più che consideriamo positivamente gli sviluppi verificatisi in Iraq e in Afghanistan dopo le operazioni militari guidate dagli Stati Uniti, a dispetto di ogni appartenenza. Crediamo, quindi, di essere

sulla strada giusta e i fatti si incaricheranno di darci ragione, forse anche prima del tempo che noi immaginiamo in questo momento.

Ci stringiamo dunque intorno ai nostri soldati, ovunque essi operino attualmente nel mondo, respingendo l'idea di differenziare le missioni in buone e cattive. Pertanto la Lega Nord Federazione Padana preannuncia il suo voto contrario sulla questione pregiudiziale in esame (*Applausi dei deputati del gruppo della Lega Nord Federazione Padana e di deputati dei gruppi di Forza Italia e di Alleanza nazionale*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole La Malfa. Ne ha facoltà. Le ricordo, onorevole La Malfa, che ha tre minuti a sua disposizione.

GIORGIO LA MALFA. Signor Presidente, mi rivolgo in particolare, in questo mio intervento, al collega Violante, che ha illustrato la questione pregiudiziale di cui è primo firmatario. Egli ha motivato la scelta di presentare tale questione pregiudiziale con la decisione della maggioranza di non separare nel decreto-legge il rifinanziamento delle otto missioni da quello della nona missione. È un argomento sul quale si poteva procedere come egli chiedeva o come invece si è deciso di procedere.

Tuttavia, onorevole Violante, aver scelto di presentare una questione pregiudiziale per manifestare una preoccupazione, un'opposizione ad una scelta procedurale significa che, se dovesse prevalere lo schieramento che voterà « sì » sulla questione pregiudiziale, otterrebbe il ritiro immediato delle truppe italiane da tutte e nove le missioni. Dunque, è stata compiuta una scelta che ha delle implicazioni politiche molto gravi e significative.

Voi fate questo e, forse, su questo potrete raggiungere l'unità di una parte dello schieramento di centrosinistra; ma sulla questione pregiudiziale in esame non vedo né le firme dei colleghi della Margherita né quelle dei colleghi dello Sdi, che hanno parlato poc'anzi per bocca dell'onorevole Cusumano. Si tratta, onorevole Vio-

lante, dell'unità fra gruppi e parlamentari che furono favorevoli alla partecipazione italiana alle missioni in Kosovo e in Afghanistan e gruppi che furono contrari a quella partecipazione. Dunque, è uno « scioglimento », per così dire, verso le posizioni più estreme dello schieramento di centrosinistra.

Ma anche se, onorevole Violante, il Governo e la maggioranza avessero acceduto alla separazione dei rifinanziamenti delle missioni, voi vi spacchereste sulle otto missioni su cui quelle due posizioni esistono, vi spacchereste tra coloro i quali, come l'onorevole D'Alema, hanno sostenuto che oggi l'Italia non può e non deve ritirarsi dall'Iraq, pur non essendo stato favorevole a quell'iniziativa, e coloro i quali invece ritengono, anche tra i Democratici di sinistra, che ci si debba ritirare. Forse, vi spacchereste anche — io spero — rispetto alla Margherita, che non può condividere la posizione del ritiro; e mi domando, onorevoli colleghi del centrosinistra, se ci sia qualcuno in questa sinistra in grado di comprendere le ragioni del Premier laburista Tony Blair, che appartiene alla sinistra europea.

Ecco perché il centrodestra ottenne la sua legittimità a governare, a metà della scorsa legislatura, votando a favore della partecipazione alla guerra del Kosovo! Oggi la sinistra, con questo voto, perde o rischia di perdere — ed io non ne sono lieto — la legittimità a governare per molti anni a venire (*Applausi dei deputati del gruppo Misto-Liberal-democratici, Repubblicani, Nuovo PSI*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Castagnetti. Ne ha facoltà.

PIERLUIGI CASTAGNETTI. Signor Presidente, l'intervento dell'onorevole La Malfa, in particolare, mi impone una replica. Non è accettabile l'affermazione con cui egli cerca di mettere in discussione la coerenza del centrosinistra come coalizione di Governo.

Noi voteremo a favore della questione pregiudiziale al nostro esame, che riconosciamo essere un intervento estremo, a cui

siamo stati costretti e a cui il Parlamento è stato costretto. Noi non abbiamo sottoscritto la questione pregiudiziale Violante ed altri n. 1, ma ci riconosciamo in questa condizione di costrizione, a causa della responsabilità del Governo.

La questione pregiudiziale al nostro esame sottolinea ripetutamente il carattere eterogeneo del provvedimento. Vedete, cari colleghi, signor ministro e signori rappresentanti del Governo, tale carattere di eterogeneità è così vero e così forte che l'avete riconosciuto nel luglio scorso, e non si comprende per quale motivo vi rifiutate di riconoscere oggi ciò che avete riconosciuto a luglio, se non per un atteggiamento di strumentalizzazione politica.

Ma perché la sua eterogeneità rende incostituzionale tale provvedimento (vi è anche un altro aspetto, ma vorrei sottolineare questo)? Perché, signor ministro, il decreto-legge non riguarda meramente e prioritariamente il rifinanziamento delle missioni, in quanto stiamo votando la proroga delle stesse e, conseguentemente, il loro rifinanziamento.

Il Parlamento, allora, deve essere posto nelle condizioni di esprimere, missione per missione, una valutazione di merito. Noi dobbiamo poter dire che una certa missione ha dato esiti positivi, che è ancora necessaria, che ci è ancora richiesta, che dispone ancora della copertura internazionale e che per tale motivo siamo favorevoli alla sua proroga; dobbiamo essere in condizione di dire, altresì, che un'altra missione è invece carente sotto tale profilo e che dunque siamo contrari alla sua proroga. Vorrei ribadire, pertanto, che un Parlamento deve essere messo in condizione di poter esprimere una valutazione di merito.

L'ultimo paragrafo della questione pregiudiziale al nostro esame fa riferimento all'articolo 11 della Costituzione. Non so se si possa ancora parlare di stato di guerra, ma ci troviamo sicuramente in una condizione di dopoguerra armato, prodotto da questa guerra sciagurata. Ritengo, dunque, che l'articolo 11 della Costituzione possa essere invocato; tuttavia, vi è una parte di tale articolo che non può

essere messa in discussione: l'Italia può partecipare a missioni internazionali in condizioni di parità.

Ora, tutto si può dire, tranne che la nostra presenza in Iraq oggi sia gestita in condizioni di parità, perché, signor ministro e signori rappresentanti del Governo, come avremo modo di dire nel corso della discussione sul merito del provvedimento, il problema è proprio questo. Oggi abbiamo 2.800 militari italiani, cui va tutta la nostra solidarietà — ed assumiamo questo atteggiamento proprio per senso di responsabilità verso di loro —, che sono in Iraq senza un indirizzo strategico: infatti, non si capisce quale sia la strategia per uscire da quella situazione.

Vi abbiamo chiesto una svolta, che voleva semplicemente dire questo: indicatemi i modi ed i tempi necessari per affidare la gestione del dopoguerra ad un'organizzazione multilaterale, alle Nazioni Unite; ditemi cosa è necessario e come intendete muovervi! Non è possibile, signor ministro, che la missione dei nostri militari — pur valorosi, e che si fanno amare da tutte le popolazioni che incontrano — sia unicamente quella di difendersi dai rischi e dai pericoli di aggressione! Non si possono inviare militari con il solo compito di difendersi dal rischio di aggressione!

Manca l'indicazione di tale strategia; vedo dai cenni che fa col capo, signor ministro, capisco che c'è una strategia: ma, allora, si apra un dibattito, perché in questo Parlamento non se ne è mai discusso! Signor ministro, un'italiana governa oggi la provincia di Nassiriya ed è subentrata ad un governatore britannico sciita, che si è dimesso polemicamente perché non era stata fissata la data delle elezioni. Adesso c'è un'italiana a ricoprire tale incarico, che è stato contrattato con il Governo. Ma il Parlamento ne sa qualcosa? Ci troviamo coinvolti politicamente in questa situazione: non è più un intervento di carattere umanitario (*Applausi dei deputati dei gruppi della Margherita, DL-L'Ulivo, dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e Misto-Comunisti italiani*)!

Intendo affermare ciò perché anche noi riteniamo che questo sia un provvedimento estremo.

PRESIDENTE. Onorevole Castagnetti, la invito a concludere.

PIERLUIGI CASTAGNETTI. Avremmo voluto essere messi in condizione di non votarlo, ma siamo costretti ad assumere tale posizione per indurvi ad assumere le vostre responsabilità.

Mi consenta, signor Presidente, di rispondere anche alla domanda postaci dall'onorevole La Malfa.

Non è vero che non dimostriamo cultura di Governo: se passa la questione pregiudiziale, noi siamo disposti — in 24 minuti, non in 24 ore! — a votare un provvedimento d'urgenza per approvare e per rifinanziare le altre otto missioni (*Applausi dei deputati dei gruppi della Margherita, DL-L'Ulivo, dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e Misto-Comunisti italiani*).

Inoltre, siamo disposti, signor ministro, in tempi brevissimi, a considerare la definizione strategica e la natura della nostra presenza in questo momento. Potrebbe essere persino necessario sostenere una spedizione ulteriore: se c'è un disegno e se si sa a cosa serve.

Ripeto che è questa la nostra posizione. La esprimiamo, caro onorevole La Malfa, con cultura e con responsabilità di Governo nei confronti dei nostri ragazzi, i quali rappresentano tutto il paese (*Prolungati applausi dei deputati dei gruppi della Margherita, DL-L'Ulivo, dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e Misto-Comunisti italiani*)!

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Elio Vito.

Si tratta dell'ultimo intervento, dopo di che passeremo ai voti. Vi invito a prendere posto, onorevoli colleghi, in modo da poter procedere velocemente alla votazione.

Prego, onorevole Elio Vito, ha facoltà di parlare.

ELIO VITO. Signor Presidente, colleghi, come accade spesso, se non addirittura

sempre, quando si discute di politica estera, ci troviamo di fronte ad uno dei passaggi più delicati della legislatura. Lo dico, signor Presidente, con il massimo rispetto. Chi mi conosce — sono in Parlamento da più di dieci anni — sa quanto sia grande il rispetto che porto a questa istituzione, al ruolo del Parlamento nei confronti del Governo ed al ruolo sacro che in Parlamento svolgono non solo la maggioranza, ma anche l'opposizione.

Di cosa stiamo discutendo? Qual è il pretesto che viene addotto in ordine al voto al quale ci accingiamo? Stiamo discutendo una questione pregiudiziale — presentata soltanto dal principale partito di opposizione, i Democratici di sinistra — che, ove approvata, avrebbe gli sciagurati effetti, come ricordava poco fa il presidente Castagnetti, di far decadere l'intero provvedimento di proroga della partecipazione italiana alle operazioni internazionali e, dopo cinquant'anni, di collocare il nostro paese fuori dallo scacchiere della collaborazione internazionale e di fargli perdere, così, il suo rilevante ruolo nelle missioni internazionali di pace (oggi, il nostro paese è il secondo od il terzo nel mondo per contributo di soldati).

È facile offrire solidarietà a chiacchiere! La solidarietà va data con i gesti concreti, con i voti in Parlamento (*Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia, di Alleanza nazionale e dell'Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro*), senza i quali il nostro paese sarebbe collocato fuori dallo scenario internazionale, anche e soprattutto di quelle Nazioni Unite alle quali inutilmente, mi pare, vi volete richiamare!

Ma perché si vuole raggiungere un risultato così grave, che — a parole — le opposizioni dicono di non volere? Al momento del voto finale, la prossima settimana, almeno la parte più rilevante dell'opposizione uscirà dall'aula. Hanno intenzione di uscire al momento del voto finale, ma vogliono far decadere il decreto-legge con la pregiudiziale: c'è, in questi comportamenti, una contraddizione che, francamente, mi sfugge. Perché? Perché il Governo non vuole consentire la discus-

sione ed il voto separati sulle nove missioni di pace o, invece, perché non vuole che una discussione ed un voto separati vi siano su una missione internazionale di pace, la missione « Antica Babilonia »?

Una discussione ed un voto separati per fare cosa? Se voi dite — e l'ha detto l'onorevole D'Alema — che non volete il ritiro dei soldati italiani, che lo considereste sbagliato, come fate ad essere contrari alla proroga della permanenza (*Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia*)? Come fate ad essere contrari al finanziamento della permanenza dei nostri soldati? Oppure, per seguire le vostre logiche contorte, i nostri soldati dovrebbero stare lì senza un voto del Parlamento, senza uno stipendio, senza un finanziamento?

La procedura corretta è quella che stiamo seguendo. Mi spiace, signor Presidente, che, proprio in questa occasione, l'opposizione dimostri — avevano ragione l'onorevole La Malfa, il collega Volontè ed altri colleghi della maggioranza — di venire meno ad una cultura di Governo. È su questi temi che si dimostra di possedere una cultura di Governo!

Quando si privilegia la soddisfazione di una logica interna, di partito o di coalizione, agli interessi di politica estera del paese, si dimostra di non avere cultura di Governo (*Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia, di Alleanza nazionale, dell'Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro e della Lega Nord Federazione Padana*)! Ecco cosa sta accadendo! Sono quelli che ho indicato gli interessi che privilegiate con questa pregiudiziale alla azzeccarbugli! « La votiamo »; « Vogliamo che decada »; « Se decada, domani votiamo "sì" in 24 minuti »: allora, perché volete che decada, se domani volete votare « sì »?

Ecco, con questa logica da azzeccarbugli (*Commenti del deputato Bindi*), mostrate di tenere più a cuore le vostre logiche interne rispetto all'interesse del paese! Signor Presidente, credo che in questo modo non si faccia l'interesse del

Parlamento, che invece sulla politica estera da anni ha l'onore di discutere e di sviluppare una politica unitaria.

Mi avvio alla conclusione, ricordando che, nella scorsa legislatura, per noi non fu facile esprimere un voto favorevole sulla missione in Kosovo, quando il Governo di centrosinistra non aveva un'autonomia maggioranza. Quella missione, a differenza di quella in Iraq, non aveva il consenso delle Nazioni Unite! Esiste, invece, una risoluzione sull'Iraq e le forze del nostro paese sono intervenute dopo la guerra (*Commenti del deputato Castagnetti*), rispettando, onorevole Castagnetti, noi, quanto voi, l'articolo 11 della Costituzione (*Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia, di Alleanza nazionale e dell'Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro*)! Non abbiamo partecipato alla guerra: ci siamo andati dopo! È inutile che vi riempiate la bocca di parole sulla Costituzione, di parole di pace che appartengono a tutti noi, non solo a voi!

Sul Kosovo — allora governava il centrosinistra —, l'onorevole Martino (il presidente Violante lo ricorderà) si alzò dai banchi dell'opposizione, dichiarando che il Parlamento stava discutendo su una missione di guerra senza il consenso dell'ONU, con gli aerei militari già partiti dalle nostre basi. È vero, ministro Martino (*Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia e di Alleanza nazionale*)?

Il Parlamento italiano discusse in queste condizioni, con la CNN che trasmetteva le immagini degli aerei partiti da Aviano e con gli aeroporti civili italiani — Bari, Brindisi e Foggia — chiusi al volo civile!

Questa è la guerra alla quale i Governi del centrosinistra ci hanno portato e che noi condividiamo, pur potendo mandare a casa il Governo del centrosinistra, per privilegiare l'interesse nazionale, l'immagine dell'Italia e la collocazione dell'Italia nello schieramento internazionale, oltre che la solidarietà ai nostri soldati che fanno onore a tutto il Parlamento con le loro missioni internazionali di pace e di ricostruzione (*Applausi dei deputati dei*

gruppi di Forza Italia, di Alleanza nazionale, dell'Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro e della Lega Nord Federazione Padana — Congratulazioni).

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla questione pregiudiziale Violante ed altri n. 1.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	506
Votanti	491
Astenuti	15
Maggioranza	246
Hanno votato sì	205
Hanno votato no ..	286.

(La Camera respinge — Vedi votazioni).

Prendo atto che gli onorevoli Fragalà e Benedetti Valentini non sono riusciti a votare e che avrebbero voluto esprimere un voto contrario.

Avverto che la discussione sulle linee generali avrà luogo in altra seduta.

Seguito della discussione delle mozioni Bolognesi ed altri n. 1-00260, Giulio Conti ed altri n. 1-00331 e Cè ed altri n. 1-00333 sulla lotta ai tumori al seno (ore 17,10).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione delle mozioni Bolognesi ed altri n. 1-00260, Giulio Conti ed altri n. 1-00331 e Cè ed altri n. 1-00333 sulla lotta ai tumori al seno (*vedi l'allegato A — Mozioni sezione 1*).

Ricordo che nella seduta del 1° marzo si è conclusa la discussione sulle linee generali delle mozioni.

(Parere del Governo)

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo ad esprimere il parere sulle mozioni all'ordine del giorno.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, il parere del Governo è favorevole. Mi riservo comunque di intervenire successivamente nel merito.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
PUBLIO FIORI (*ore 17,14*)

(Dichiarazioni di voto)

PRESIDENTE. Passiamo alle dichiarazioni di voto.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Lucchese. Ne ha facoltà.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Presidente, onorevoli colleghi...

PRESIDENTE. Le chiedo scusa, onorevole Lucchese. Vorrei un po' di attenzione da parte dell'Assemblea: chi preferisce può uscire, ma non possiamo lavorare in questo modo. Pregherei quindi i colleghi di prendere posto o di uscire dall'aula per consentire al collega Lucchese di parlare con più serenità.

Onorevole Lucchese, la prego di continuare.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Onorevoli colleghi, signor sottosegretario, il Parlamento europeo nel giugno 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. Bisogna riconoscere che la classe medica italiana è stata sempre molto attenta a questa patologia e all'educazione della donna. Per quattro donne su dieci rimane una

delle patologie che fa più paura, causa di infelicità per il 14 per cento, di isolamento per il 9,6 per cento, di menomazioni fisiche e psichiche per il 9,6 per cento, ma è al momento della diagnosi che il tumore al seno ha un impatto devastante. Malgrado la consapevolezza dei progressi dell'oncologia medica, l'alta percentuale di guarigione...

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi pregherei, se è possibile, di liberare l'emisfero.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Malgrado la consapevolezza dei progressi dell'oncologia medica e l'alta percentuale di guarigioni (attorno l'80-90 per cento), — dicevo — l'83 per cento delle pazienti afferma infatti di avere provato angoscia profonda alle parole del medico ed una su due descrive l'avvento del cancro nella propria esistenza come il mondo che improvvisamente le crolla addosso. Tre giorni fa a Palermo, nel corso di un convegno è stato portato a conoscenza un rapporto (il rapporto « Artemide »), sull'argomento. In particolare questo convegno ha riguardato la prevenzione e la qualità della vita. L'indagine è stata condotta su 800 donne ed ha messo in evidenza una serie di considerazioni.

In tutti i paesi occidentali il tumore alla mammella rappresenta la prima causa di morte femminile nella fascia di età tra i 35 e i 55 anni. L'Italia presenta uno dei più alti livelli di incidenza: 32 mila i nuovi casi di tumori alla mammella ogni anno, circa 12 mila decessi, pari al 18 per cento di tutte le morti per tumore nelle donne italiane. Sembra che in tutto il mondo i morti siano circa ottantamila. I progressi di *screening* che sono stati fatti attenuano un po' questa patologia; un'indagine statistica dell'Organizzazione mondiale della sanità dice che lo *screening* dovrebbe portare a maggiori risultati (nel 30 per cento dei casi infatti riduce il rischio di morte).

Oggi le donne affrontano questa esperienza in modo più consapevole attraverso la prevenzione e, quindi, la diagnosi precoce, ma la strada da percorrere è ancora

lunga e tanti sono gli obiettivi da raggiungere per poter migliorare la qualità della vita della paziente. Il 30,8 per cento delle donne sane e il 64,1 per cento delle pazienti afferma di non fare alcuna prevenzione; l'80 per cento dell'intero campione confessa addirittura di non eseguire mai l'autopalpazione e solo il 7 per cento delle pazienti si sottopone alla mammografia dopo aver riscontrato un nodulo sospetto durante l'autoesame.

Quindi, alcune sostengono che lo *screening* mammografico non sia necessario e dichiarano di non essersi sottoposte al test anche a causa della lontananza delle strutture esistenti nel territorio. Bisogna anche dire che le informazioni sono date dai *mass media* — televisione e riviste —, mentre risultano all'ultimo posto della classifica le informazioni di natura medica (questo è molto importante e bisogna approfondirlo). Bisogna dare anche un peso rilevante alle associazioni di volontariato, che svolgono un compito notevole in questo campo. Quest'ultimo risultato evidenzia difficoltà di dialogo tra le donne e i medici, dialogo che gli esperti considerano imprescindibile per una buona prevenzione e che va assolutamente recuperato.

Tuttavia, esso mette in luce anche una potenzialità da sfruttare meglio.

PRESIDENTE. Colleghi, vi pregherei di fare silenzio. Onorevole Bindi...

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Per tanto, chiediamo un maggiore impegno al Governo, al fine di condurre una lotta più forte ed incisiva contro il cancro al seno. Chiediamo che questa sia una priorità della politica sanitaria e che si sviluppino strategie efficaci per migliorare la prevenzione, lo *screening*, la diagnosi, la cura e la post-terapia del carcinoma della mammella, anche attraverso campagne di informazione e di educazione.

Con la mozione si impegna il Governo a porsi l'obiettivo, in accordo con la Conferenza Stato-regioni, di individuare le modalità per l'attivazione dei 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, nell'ambito di un programma di *screening* adeguatamente pianificato e certificato, e ad effettuare i controlli mammografici secondo le linee guida approvate dal piano oncologico nazionale.

Si impegna, inoltre, il Governo a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati; a garantire un miglior coordinamento tra le attività di ricerca a livello nazionale ed europeo; ad assicurare che gli interventi preventivi diagnostici e di trattamento del cancro al seno si fondino sulla « evidenza » (la cosiddetta medicina basata su prove di efficacia); ad aumentare le risorse stanziare per la ricerca sia di base che applicata sul cancro e, infine, ad attivarsi ...

PRESIDENTE. Onorevole Giacco, la prego. Onorevole Parisi...

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. ...af-finché, nel rispetto dell'autonomia regionale, siano portati a compimento gli interventi regionali di attuazione degli obiettivi del piano sanitario nazionale 2003-2005 sulla valorizzazione della ospedalizzazione a domicilio e la creazione di strutture ospedaliere specializzate nel settore oncologico, che includano anche specifici protocolli di assistenza a favore delle donne affette da tumore alla mammella (*Applausi dei deputati del gruppo dell'Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Labate. Ne ha facoltà.

GRAZIA LABATE. Signor Presidente, vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi e del Governo, perché la discussione che abbiamo avviato su queste importanti mozioni promana — come è già stato detto — da una direttiva comunitaria. La riflessione alla quale vorrei richiamarvi è che,

per la prima volta, l'Unione europea adotta una direttiva su una specifica patologia, ossia il tumore al seno.

Ciò perché, dall'inizio degli anni novanta, la mortalità per tumore della mammella si è ridotta di circa il 2 per cento all'anno ed il tasso standardizzato per età, in Italia, è passato da 20 per 100 mila donne, durante gli anni ottanta, a 18 per 100 mila donne negli anni 2000.

L'incidenza e la prevalenza sono, però, in costante aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione, della diagnosi più precoce e dell'aumento della sopravvivenza per quanto riguarda le cure diagnostiche.

Nei prossimi anni il numero delle pazienti affette da tumori mammari è destinato ad aumentare, con la necessità, quindi, di adeguare il sistema sanitario ad una domanda crescente di prestazioni diagnostiche e terapeutiche e, di conseguenza, ad un'azione informativa preventiva di *screening* nelle fasce a rischio, che nel nostro paese richiede interventi urgenti.

La prevalenza di pazienti che hanno avuto una diagnosi di tumore mammario alla fine degli anni novanta nel nostro paese era di 310 mila donne (pari ad una proporzione di 1070 su 100 mila donne).

Tuttavia, in Italia — ed ecco perché è importante questa mozione — si registra una sopravvivenza (aumentata a cinque anni) del 65 per cento; percentuale che si è modificata nel corso di vent'anni, dal 65 per cento al 75 per cento....

PRESIDENTE. Onorevole Delmastro Delle Vedove, la prego!

GRAZIA LABATE. ...grazie alle azioni di prevenzione e di diagnosi precoce...

PRESIDENTE. Onorevole Riccio, la prego!

GRAZIA LABATE. ...ma grazie anche al fatto che il nostro paese, con uno dei più eminenti scienziati, il professor Veronesi, ha messo a punto una tecnica per la scissione del tumore mammario che effettivamente è stata efficace non soltanto dal

punto di vista della eradicazione del carcinoma, ma soprattutto dal punto di vista della invasività di tecniche e, a susseguirsi, delle cure chemioterapiche considerate alquanto pesanti per le pazienti.

Per questa ragione, già a partire dalla legge n. 448 del 2001 (legge finanziaria 2002), il ministro della sanità del Governo di allora, propose gli *screening* diagnostici preventivi e secondari gratuitamente per tutte le donne in età a rischio.

Ecco perché, molto opportunamente, la collega Bolognesi ha ripreso in questa mozione non soltanto i principi contenuti nella direttiva comunitaria, ma anche quelli previsti dal piano nazionale oncologico per la lotta contro il cancro. Per quale ragione, allora, richiamiamo la vostra attenzione ed anche quella del Governo? Perché, sottosegretario Guidi, nella nostra Commissione, proprio in questi giorni, stiamo discutendo un decreto-legge del Governo recante norme in materia di emergenze sanitarie e di ricerca nei settori della genetica molecolare e dell'alta innovazione.

PRESIDENTE. Onorevole Gentiloni, la prego di non dare le spalle alla Presidenza!

GRAZIA LABATE. Pur apprezzando che all'articolo 3-*quater* si parli di prevenzione secondaria dei tumori, non possiamo però non far rilevare che l'adesione unanime e l'accordo su questa mozione rischiano di scontrarsi ancora una volta con una volontà politica che non estrinseca nelle opportune risorse e nell'adeguamento dei piani un'azione efficacemente preventiva da parte del Governo. Pensate, onorevoli colleghi: per la realizzazione di un programma di *screening* e di prevenzione primaria e secondaria, il nostro Governo prevede per l'anno 2004 dieci milioni di euro, per l'anno 2005, venti milioni e 975 mila euro e per l'anno 2006 ventuno milioni di euro. Questo a fronte di una popolazione in età a rischio di essere affetta da una malattia così diffusa; pertanto, queste cifre risultano irrisorie, se si pensa che la ricerca biomedica è impe-

gnata in Europa e nel mondo a studiare l'effetto che la cancerogenesi provoca quando cause multifattoriali, da un lato di ordine genetico, dall'altro di tipo ambientale e ormonale, influiscono sulla possibilità delle donne di essere preservate da questa malattia.

Mi domando allora se questa mozione verrà votata con spirito unitario, per rendere al nostro paese e alle donne italiane innanzi tutto un servizio di alta protezione della loro salute; mi domando inoltre come sia possibile che, quando chiediamo un impegno del Governo, questo non trovi la necessaria coerenza nella predisposizione delle risorse economiche e nell'attivazione di programmi multilaterali affinché la ricerca su questa patologia, che sta per essere debellata, che registra una sopravvivenza più elevata, ma che è sempre in agguato rispetto alle donne, possa costituire l'arma valida per garantire la crescente longevità della popolazione femminile da questa malattia.

È su questo punto che occorre richiamare l'attenzione. Ho visto nel programma europeo, anche nei sei mesi di Presidenza italiana, quanto poco ci siamo attivati perché la ricerca biomedica intorno a tale problematica vedesse azioni di partenariato e di *leadership* dei paesi più importanti per l'attivazione della medesima anche rispetto all'uso di farmaci, oggi così rilevanti per quel che riguarda la lotta alla proliferazione ed alla cancerogenesi del carcinoma mammario.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FABIO MUSSI (ore 17,30)

GRAZIA LABATE. Infatti, siamo in attesa che il nostro paese, dopo verifica da parte dell'EMEA, approvi l'introduzione del farmaco, che la *Food and drug administration* ha già messo in circolazione sul mercato americano, capace di non far proliferare le cellule del carcinoma mammario. Si tratta del famoso farmaco che nella letteratura scientifica viene chiamato « affama cancro ».

Signor Presidente, signor sottosegretario, onorevoli colleghi, pensiamo che gli

impegni che chiediamo con la mozione al Governo saranno tanto più validi quanto tutti, con un'azione unitaria, saremo in grado di occuparci della questione. Sono necessarie azioni informative e preventive sul territorio ed un'attività di eccellenza dei nostri centri diagnostici: ciò creerà una lotta comune per debellare tale patologia rilevante che affligge da tempo la popolazione femminile.

Credo che anche la « commissione salute donna », istituita presso il Ministero della salute e presieduta dal sottosegretario Guidi, potrà dare un valido contributo perché gli impegni che derivano al Governo dalla mozione in esame siano portati celermente in Conferenza Stato-regioni e diventino linee guida per i comportamenti di tutte le regioni italiane. Infatti, non è possibile che sulla lotta al carcinoma mammario il centro-nord avanzi con ricerche, centri diagnostici, centri senologici qualificati mentre il sud del paese rimanga al palo su tale terreno. La patologia riguarda tutte le donne italiane e gli impegni del Governo devono essere tesi a dare omogeneità di trattamento a tutta la popolazione femminile.

Per tali motivi vi prego di votare unitariamente e consapevolmente le mozioni (*Applausi dei deputati del gruppo dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Giulio Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ho ascoltato con molta attenzione gli interventi dell'onorevole Lucchese e dell'onorevole Labate. L'intervento dell'onorevole Labate contiene anche un invito a porci di fronte al problema in modo unitario e concorde. Penso che tale invito possa essere accolto con molta obiettività e positività poiché il tema interessa tutti. Pur non condividendo totalmente alcune posizioni assunte dalla mozione dei democratici di sinistra, ritengo che si tratti di un problema comune ma anche aggredibile e, in parte, risolvibile, e l'unità del Parlamento non servirà ad altro che a migliorare la situazione.

Vorrei precisare alcuni punti anche rispetto alla mozione votata dal Parlamento europeo. Innanzitutto, tale tipo di cancro colpisce anche gli uomini: il 5-10 per cento dei casi sono riferibili a maschi. Dunque, il problema interessa tutti. In secondo luogo, è diventata una malattia sociale. Non credo che ciò sia dovuto al fatto che è aumentato il numero percentuale dei casi.

In realtà è aumentata, in percentuale, la possibilità di diagnosticare precocemente questa malattia, perché, oltre al medico di base, che ormai ne conosce tutti gli aspetti, vi è anche una maggiore preparazione di natura sanitaria, ed anche sessuale, da parte della donna. Insisto molto su questo aspetto, come avrete potuto notare leggendo la mozione che ho presentato a nome del gruppo di Alleanza nazionale. Uno dei punti fondamentali, nella prevenzione, è l'intervento stesso della donna, che deve imparare a fare l'autopalpazione, che è un'autodiagnosi, come metodo per autotutelarsi. Al riguardo, il Governo deve impegnarsi per fornire alla donna un'informazione avanzata (perché la donna deve essere educata da questo punto di vista), ad esempio nel consultorio, dove accede con molta maggiore facilità per altri tipi di malattie.

Un altro punto fondamentale è la ricerca sul cancro della mammella, che è un aspetto della ricerca sul cancro in generale. In proposito occorre essere precisi e non improvvisare, come talvolta accade, perché il cancro della mammella è un carcinoma analogo a quelli che si sviluppano in altre parti del corpo. Non credo quindi sia opportuno dire che auspichiamo che la ricerca faccia grandi progressi per il cancro della mammella, perché in realtà la ricerca avanzata riguarderà tutti i tipi di carcinoma, laddove quello della mammella è soltanto un particolare tipo di carcinoma, che tuttavia ha molta incidenza e molta frequenza.

Questi sono precisazioni rispetto alla questione. Poi enuncerò gli interventi che il Governo può intraprendere per migliorare la situazione sul fronte delle ASL, degli ospedali, degli ambulatori, dei medici

di base o dei consultori. Il problema principale è quello delle liste di attesa quando si deve effettuare una mammografia. Questo è il discorso di fondo: purtroppo i tempi di attesa nelle varie ASL, in tutte le regioni, sono troppo lunghi. Apprezziamo, peraltro, i casi nei quali alcune ASL o alcune regioni hanno organizzato autonomamente gli *screening* di massa per il cancro della mammella (ma anche per quello che colpisce l'apparato digestivo). Sono discorsi che dovremo fare sempre più spesso, perché alla fine uno dei modi per risparmiare maggiormente, nella sanità, è la prevenzione. Di questo siamo certi, tuttavia la prevenzione necessita di alcuni tipi di investimenti, anche di carattere economico, oltre che di tipo culturale.

Vorrei a questo punto elencare le proposte di Alleanza nazionale, oltre quelle alle quali ho già accennato nel corso del mio intervento, affinché il Governo — mi rivolgo in modo particolare al sottosegretario Guidi, qui presente — solleciti a livello di strutture ministeriali, ma anche a livello di Istituto superiore di sanità e di Consiglio superiore di sanità, una maggiore impegno perché tutto ciò venga realizzato.

In primo luogo, è necessaria la prevenzione, che si fa non solo con una grande partecipazione del medico, ma anche con la maggiore partecipazione possibile del paziente. In secondo luogo, è indispensabile la diagnosi precoce, che è possibile proprio per l'intervento diretto della donna. Vi è poi l'aspetto della cura. Per quanto riguarda quest'ultima, i protocolli purtroppo sono analoghi in tutto il mondo. Questo è un aspetto sul quale, quindi, non possiamo avanzare grosse proposte, se non quella della gratuità, che peraltro esiste già. È opportuno precisarlo, perché il Sistema sanitario nazionale non parte dall'anno zero, come apparirebbe dal contenuto di certe mozioni, scritte basandosi su dati forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità, che svolge indagini statistiche globali, su vari Stati, e spesso con incidenza continentale, che spesso falsificano l'obiettività e la validità di tali statistiche.

Quindi l'Italia non è così indietro; anzi, al riguardo, credo sia una delle nazioni più progredite. Mi rivolgo, pertanto, a tutti i colleghi che hanno operato nella sanità, a qualunque partito essi appartengano. Dobbiamo inoltre impegnare il Governo affinché vengano realizzati gli *screening* di massa. La grande conquista può essere, infatti, questa, insieme alla terapia post operatoria e all'educazione sanitaria.

Un altro aspetto innovativo è quello relativo all'assistenza psicologica post-operatoria.

L'assistenza psicologica alla donna che ha subito un intervento del genere — mi riferisco alle donne presenti in aula, in possesso di informazioni al riguardo più o meno dirette, oltre che a tutti quei deputati che sono anche medici — è essenziale; spesso, è molto più importante della scoperta stessa della malattia, perché la donna viene amputata di una parte del corpo importantissima sotto il profilo delle relazioni sociali a tutti i livelli.

Di qui, la richiesta del gruppo di Alleanza nazionale di fare in modo che (si tratta di una misura già prevista in una legge finanziaria degli scorsi anni) la ricostruzione dell'organo venga garantita gratuitamente (si tratta di operazioni di chirurgia plastica che costano molto). In passato, già programmammo e disponemmo tale forma di gratuità e, pertanto, si chiede che venga finalmente resa operativa. Mi rendo conto che i costi potrebbero essere elevati se non si ricorre al privato, ma lo Stato deve comunque intervenire a tale riguardo. Quello affrontato è un aspetto di più immediata comprensione.

Per quanto riguarda la programmazione organizzata di progetti relativi a tale questione, la Conferenza Stato-regioni deve intervenire affinché fra lo Stato e le regioni vi sia organicità ed unitarietà di intervento su tutto il territorio nazionale. L'intervento effettuato regione per regione casualmente o saltuariamente non serve a niente o, perlomeno, risolve i problemi in modo parziale. L'incremento dei finanziamenti per la ricerca è un aspetto della questione sollevato da tempo e che pre-

senta alcuni limiti di cui ho già parlato. Anche con riferimento agli interventi concernenti i farmaci e la farmacodiagnostica vi sono protocolli uniformi in tutto il mondo. Ritengo che la realizzazione di nuovi protocolli e la scoperta di nuove medicine per questa malattia costituirebbero una vittoria sul cancro: tutti lo auspichiamo, ma nessuno ora lo può ritenere un discorso fattibile.

L'informazione deve essere generalizzata in tutti i luoghi e momenti di aggregazione sociale e mi riferisco in particolare alle scuole: i giovani (soprattutto le ragazze) non sono soggetti a questo tipo di malattia, salvo caso eccezionali, ma comunque devono essere messi a conoscenza di questo particolare tipo di malattia. Le ragazze devono essere messe a conoscenza delle problematiche relative all'argomento ed il mio auspicio è che ne parlino anche a casa, perché tante mamme si rifiutano di sottoporsi a questo tipo di visita per motivi di pudore o malintesi.

Occorre fornire informazioni su questo tipo di malattia anche nei luoghi di lavoro o nei centri di aggregazione sportiva dove si praticano sport femminili.

Questi sono gli interventi che credo siano utili al riguardo: è utile parlarne ed ancora di più è utile compiere ciò che di innovativo e di possibile vi è da fare. Non credo che le risorse investite in questo ramo della sanità siano soldi sprecati: vi sono altri modi per risparmiare e questo non è certamente uno di quelli (*Applausi dei deputati del gruppo di Alleanza nazionale*)!

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Burton. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Signor Presidente, il gruppo della Margherita apprezza e condivide i contenuti tecnico-scientifici e di politica sanitaria delle mozioni presentate, nonché la necessità di alcune scelte responsabili che il Governo dovrà assumere. Infatti, nel nostro paese vi è un'alta incidenza del tumore al seno: è la prima causa di morte

delle donne nella fascia di età tra 35 e 44 anni. Vi sono circa 32 mila nuovi casi all'anno e 12 mila decessi (la mortalità è comunque in diminuzione rispetto a quella degli anni precedenti, grazie all'affinamento delle tecniche chirurgiche ed alla produzione di farmaci sempre più efficaci).

La mozione — è stato detto — prende spunto dalle iniziative promosse dall'Unione europea, e mi riferisco, in primo luogo, al piano di azione contro il cancro che ha dato un impulso notevole alla lotta contro il carcinoma della mammella.

Un'altra iniziativa, anch'essa molto importante, è quella prevista dalla risoluzione elaborata dalla Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità e approvata dal Parlamento europeo il 5 giugno 2003. Una risoluzione che nella lotta contro il cancro pone due obiettivi per i paesi membri: il primo, ridimensionare del 25 per cento la mortalità e, il secondo, ridurre fino al 5 per cento la diversità nel tasso di sopravvivenza tra gli Stati membri. Infatti, oggi tra gli Stati dell'Unione europea abbiamo una diversità del 16 per cento, dovuta alla disparità di accesso delle donne europee alla diagnosi e alla cura contro il tumore del seno.

Nel farsi interprete di queste necessità, la mozione pone al Governo e alle regioni alcuni obiettivi. Innanzitutto, quello di fare della lotta contro il cancro al seno una priorità della politica sanitaria. In tal senso, la mozione indica alcune linee guida. In primo luogo, occorre potenziare la prevenzione e, quindi, diffondere informazioni sulle tecniche di autopalpazione e di palpazione del medico, ma anche sulla necessità di sottoporsi a *screening* pianificati e certificati.

Un secondo obiettivo è quello di un nuovo approccio nella diagnosi e nella cura: la diagnosi deve essere certa, l'intervento chirurgico il più possibile conservativo, la consulenza psicologica post-operatoria efficace, in modo da garantire alla paziente le migliori cure possibili, utilizzando tecnologie e strutture — diagnostiche e terapeutiche — d'avanguardia, nel

rispetto della dignità umana e nella massima considerazione della sua sfera privata e personale.

Altri obiettivi significativi riguardano l'aumento delle risorse per la ricerca, che deve essere finalizzata alle cause e ai fattori di rischio, ma anche alle nuove terapie. Negli ultimi anni sono stati utilizzate alcune molecole sperimentate che hanno dimostrato efficacia nella varie fasi della malattia, ma che presentano ancora una certa tossicità negli effetti collaterali. Allora, si approfondiscano alcuni aspetti perché aprono grandi speranze. La ricerca deve essere fondata sulla collaborazione tra i maggiori istituti internazionali e nazionali; inoltre, bisogna diffondere sempre più, attraverso le risorse per la ricerca, i temi della formazione continua del personale. Infine, tra gli obiettivi dell'Europa vi è — ripeto — quello di ridurre le diversità tra i paesi membri, non solo nell'approccio della diagnosi e della terapia, ma — lo si dice specificatamente nei piani europei — soprattutto negli esiti.

In Italia sussistono sicuramente problemi maggiori, non soltanto perché esiste una diversità rispetto ad altri paesi europei, ma anche perché vi sono situazioni differenti anche al suo interno. Anche su questo tema doloroso e preoccupante per la nostra comunità vi sono, per così dire, due Italie e, quindi, bisogna fare uno sforzo maggiore perché alcuni studi confermano taluni dati negativi. Le donne del sud sono meno attente di quelle del nord alla prevenzione del cancro del seno: l'80 per cento dichiara, infatti, di non aver mai praticato l'autopalpazione, contro il 55-60 per cento delle donne del nord Italia. Altro dato non confortante è che al nord l'80 per cento delle donne esegue correttamente esami periodici di prevenzione, mentre al Meridione questa percentuale scende intorno al 30,8 per cento. Tuttavia, il dato ancora più grave è che solo il 7 per cento delle donne meridionali ricorre subito alla mammografia dopo l'autoscoverta di un nodulo.

Quindi, nel sud ci sono limiti — che riguardano la prevenzione, la diagnosi e la cura — superiori rispetto alle aree del nord

e, di conseguenza, sono necessarie maggiori risorse, anche se sappiamo che, a volte, alcune regioni non spendono quelle a loro disposizione.

Riferisco un caso concreto: in Sicilia, a fronte di un finanziamento statale di 20 miliardi di vecchie lire per un progetto regionale di prevenzione del cancro al seno, sono stati spesi solo 5 miliardi. Utilizziamo, pertanto, questo dibattito per ribadire che ci vorrebbe anche un maggiore impegno da parte di alcune regioni che sono particolarmente insensibili a questo tema.

Concludo, preannunciando il voto favorevole dei deputati del gruppo della Margherita sulle mozioni in esame che, se attuate concretamente, potrebbero rispondere sia alla Carta dei diritti fondamentali dell'Europa, che riconosce ad ogni persona il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ricevere cure mediche, sia ai principi sanciti dall'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti (*Applausi dei deputati dei gruppi della Margherita, DL-L'Ulivo e dei Democratici di sinistra-L'Ulivo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Ercole. Ne ha facoltà.

CESARE ERCOLE. Signor Presidente, il tema che ci troviamo ad affrontare costituisce un problema di prioritaria importanza sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista sociale ed umano, ed implica una riflessione complessiva sull'intero ruolo svolto dal Servizio sanitario nazionale alla luce dell'articolo 32 della nostra Costituzione.

Il tumore alla mammella, vera e propria piaga sociale del mondo contemporaneo, colpisce in media 7 donne su 100 causando circa 11 mila decessi all'anno, affermandosi così come prima causa di morte per le donne aventi un'età compresa tra i 35 e i 44 anni. I dati citati confermano che ci troviamo di fronte non ad un fenomeno di nicchia ma ad una realtà

strettamente connessa a quel diritto dell'individuo e a quell'interesse della collettività alla tutela della salute sancito dalla nostra Carta fondamentale.

Cosa fare allora per arginare questa patologia ad amplissima diffusione? La domanda, vero e proprio punto cardinale delle mozioni in esame, trova una prima risposta di carattere programmatico nella risoluzione approvata dal Parlamento europeo il 5 giugno 2003, cui fanno riferimento le mozioni in discussione. Mi riferisco alla riduzione del 25 per cento della mortalità per tumore al seno, contribuendo anche ad eliminare le differenze nei tassi di sopravvivenza tra i singoli Stati membri. Questo è l'obiettivo politico, sanitario e sociale proposto dal Parlamento europeo. Ma come fare per tradurre quest'obiettivo in realtà? A nostro parere, la risposta a tale interrogativo non può essere formulata sulla base di principi astratti, di carattere prevalentemente programmatico e politico, che rischiano di trovare scarsa attuazione sul versante operativo. Nel rispetto degli obiettivi concordati a livello europeo la soluzione al problema deve, a nostro parere, essere ritagliata nell'ambito delle strategie operative già individuate negli interventi di programmazione nazionale relativi al settore oncologico.

A tale riguardo, abbiamo ritenuto opportuno ispirarci alle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 che, nel settore oncologico, individua come strategie d'intervento la diffusione della diagnosi precoce, la valorizzazione dell'ospedalizzazione a domicilio, la creazione di strutture ospedaliere specializzate nel settore e la promozione della ricerca sia di base sia finalizzata. Queste indicazioni programmatiche ci sembrano la base necessaria di partenza per qualsiasi intervento organico di riduzione del tasso di mortalità e di miglioramento del livello d'assistenza nel settore del cancro alla mammella. Tali indicazioni, infatti, propongono un intervento multilaterale che procede lungo tre linee direttrici: la prevenzione, l'assistenza domiciliare ed ospedaliera ai malati e la ricerca.

Nel primo settore, quello legato alla prevenzione, la soluzione configurata dalla Lega Nord Federazione Padana è di intervenire sia sotto il profilo dello *screening* di massa sia sotto il profilo dell'educazione sanitaria. Per quanto riguarda lo *screening*, l'utilità della diagnosi precoce, ai fini della riduzione della mortalità, è confermata dalle statistiche elaborate a livello internazionale, che testimoniano che la mortalità è aumentata negli ultimi dieci anni in quasi tutti i paesi europei, ad eccezione dei paesi nordici e della Gran Bretagna che, da alcuni anni, hanno attivato programmi di *screening* rivolti ad ampie percentuali della popolazione femminile.

Sotto questo profilo, è innegabile che, in relazione alla diffusione dei programmi di *screening*, l'Italia si trovi ancora ad un livello arretrato rispetto ai paesi dell'Europa settentrionale, anche se, come è noto, i programmi di diagnosi precoce e di prevenzione collettiva sono stati inclusi nei livelli essenziali di assistenza.

I dati forniti dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori testimoniano che attualmente i programmi di *screening* per il carcinoma mammario raggiungono il 35,8 per cento della popolazione femminile e che la percentuale di donne tra 55 e 69 anni che ha effettivamente eseguito una mammografia raggiunge a stento il 20 per cento.

Tali statistiche evidenziano che, anche se qualcosa è stato fatto, è necessario intensificare ulteriormente gli sforzi, garantendo livelli omogenei di prevenzione secondaria dei tumori alla mammella a tutti gli assistiti. A tale proposito, l'impegno contenuto nella mozione presentata dalla Lega Nord, che prevede lo stanziamento di nuove risorse per lo *screening* di massa, si pone in linea con l'emendamento approvato dal Senato nel corso dell'esame del decreto-legge n. 10 del 2004 sul consolidamento del programma di prevenzione secondaria dei tumori anche nell'ambito dello *screening* del cancro alla mammella.

La prevenzione non si ferma ovviamente alla promozione dello *screening* di

massa, ma coinvolge anche l'informazione alla popolazione femminile sulle precauzioni da adottare al fine di ridurre il rischio di tumore al seno, con particolare riguardo alla diffusione dell'autodiagnosi, che rappresenta una delle forme di intervento più accessibili ed efficaci in chiave preventiva.

Accanto agli strumenti della prevenzione, la lotta ai tumori al seno richiede anche la prosecuzione dei programmi di ricerca finalizzati all'elaborazione di nuovi protocolli diagnostici e terapeutici e di nuove terapie farmacologiche. È importante ribadire al riguardo che questa maggioranza si è già attivata per il sostegno alla ricerca, ad esempio con l'istituzione, nella legge finanziaria dello scorso anno, del fondo di finanziamento per i progetti di ricerca di rilevante valore scientifico, nonché con lo stanziamento di nuove risorse a favore del progetto Oncotech, curato dall'Istituto superiore di sanità. È tuttavia opportuno che tali interventi di sostegno alla ricerca siano consolidati e che siano destinate adeguate risorse anche al settore specifico della lotta ai tumori al seno.

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera e domiciliare, abbiamo ritenuto opportuno non intervenire direttamente sull'argomento, lasciando alle singole regioni la scelta delle strategie più adeguate per dare attuazione ai citati obiettivi programmatici contenuti nel Piano sanitario nazionale. L'unico riferimento riguarda l'opportunità che, nell'adeguamento dell'offerta assistenziale alle esigenze dei soggetti affetti da patologie oncologiche, sia garantita un'assistenza personalizzata alle donne colpite da tumore al seno. Tale specificazione è legata all'opportunità di prevedere un'assistenza non solo sanitaria, ma anche sociale e psicologica, alle pazienti, che consenta loro di conseguire nel più breve tempo possibile il completo recupero dalla malattia.

È questa la proposta della Lega Nord per quanto riguarda gli interventi nella lotta ai tumori al seno. Si tratta di una proposta che, partendo dalle indicazioni della programmazione nazionale del set-

tore, tenta di veicolare gli strumenti esistenti al perseguimento delle esigenze di riduzione della mortalità. La strada da noi proposta non è l'unica soluzione percorribile per dare attuazione alla risoluzione del Parlamento europeo in materia, ma siamo convinti che, a fronte degli strumenti a disposizione, delle risorse esistenti e dei più recenti interventi nel settore, la nostra strategia possa dare una risposta effettiva e reale alle esigenze attuali e future di milioni di donne.

Preannuncio pertanto il voto favorevole da parte del gruppo della Lega Nord Federazione Padana anche sulle altre mozioni presentate.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Petrella. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE PETRELLA. Signor Presidente, intervengo per dichiarare il mio convinto voto favorevole su tutte le mozioni presentate. Intendo svolgere non un intervento politico, bensì scientifico, per rafforzare, se possibile, ciò che, con molta autorevolezza e competenza, è stato scritto nelle mozioni.

Come è stato già ricordato, il cancro alla mammella è uno dei tumori più diffusi nel mondo. Il numero dei nuovi casi per anno è stimato in circa 210 mila negli Stati Uniti. Il tumore al seno è nettamente più frequente nei paesi dell'America settentrionale e dell'Europa nord-occidentale.

Nel corso degli ultimi anni il numero di nuovi casi di cancro mammario è in lieve ma costante aumento in tutto il mondo.

In Italia si stima un numero di circa 33 mila nuovi casi l'anno; vi è una tendenza alla riduzione dell'incidenza passando dalle regioni settentrionali a quelle centrali e meridionali. Nel complesso, si stima purtroppo che una donna su 14 è destinata ad ammalarsi di carcinoma mammario nel corso della propria vita. Globalmente il carcinoma mammario è la prima causa di morte per tumore nella donna; inoltre, al di sotto dei 55 anni, è la prima causa di morte in senso assoluto mentre,

al di sopra di tale età, è preceduto dalle malattie cardiovascolari. Tuttavia, mentre negli scorsi decenni la mortalità per cancro mammario appariva in costante aumento su scala di popolazione, recentemente è stata registrata una significativa inversione di tendenza della mortalità. L'inversione di tendenza della mortalità è stata confermata anche negli Stati Uniti dalla recente pubblicazione dei dati di incidenza e mortalità sulle aree soggette a monitoraggio epidemiologico e, successivamente, in gran parte dei paesi occidentali, inclusa l'Italia. Questa dissociazione tra incidenza e mortalità, con la prima in aumento e la seconda in diminuzione, è la prova tangibile dei progressi della scienza e quindi della ricerca nella lotta a questo tumore.

Tuttavia, nonostante tali progressi, ancora oggi nell'Unione europea muoiono ogni anno circa ottantamila donne, ben 11 mila delle quali in Italia. Un tributo di vite, signor Presidente, chiaramente inaccettabile se si considera che un cancro al seno, diagnosticato allo stadio iniziale e sottoposto allo stato dell'arte dei trattamenti, guarisce nell'oltre 90 per cento dei casi. Le mozioni in oggetto vogliono rappresentare la volontà del Parlamento italiano di arginare questo fondamentale problema sanitario nella nostra società attraverso una strategia olistica di lotta al tumore, che miri a potenziare ed affinare tutte le armi a nostra disposizione, ponendosi come obiettivi il potenziamento delle attività preventive di *screening*, il miglioramento delle azioni terapeutiche e post-terapeutiche, la capillarizzazione della loro diffusione sull'intero territorio nazionale.

Per quanto riguarda il primo punto, in campo oncologico sono possibili due forme di prevenzione: la prevenzione primaria, che consiste nell'eliminare o almeno ridurre l'esposizione dell'organismo a cause note di cancro, e la prevenzione secondaria, che vuol dire individuare i tumori (o le lesioni che ne precedono l'insorgenza) in una fase tanto precoce tale che non

abbiano ancora causato danno all'organismo o che siano guaribili con terapie poco aggressive.

Nel caso del tumore della mammella non è possibile attuare misure di prevenzione primaria per ridurre il rischio di insorgenza del tumore, perché non se ne conoscono con chiarezza le cause, anche se recenti sperimentazioni stanno aprendo la strada ad una possibile prevenzione farmacologica (chemioprevenzione) di questa malattia. Nell'attesa che questa opportunità venga meglio studiata, è possibile effettuare un'efficace prevenzione secondaria della malattia.

Vi sono due possibili strade da percorrere per questa prevenzione: la prima è una vigile attenzione sui sintomi iniziali della malattia (*early detection*); la seconda è la scoperta della malattia in pazienti asintomatici (*screening*).

Numerose sono le differenze tra i due approcci. La diagnosi precoce è rivolta al singolo paziente sintomatico o asintomatico, che si rivolge spontaneamente al medico. Un programma di *screening*, per contro, è un intervento di sanità pubblica offerto attivamente (cioè con invito attivo) ad una ben definita popolazione asintomatica che potenzialmente, per le sue caratteristiche di rischio, è in grado di beneficiarne. La prima richiede un continuo stato di vigilanza sui sintomi precoci di malattia, tanto da parte del paziente, quanto da parte degli operatori sanitari. Il secondo richiede l'organizzazione di un programma complesso, in cui ciascun soggetto della popolazione-bersaglio viene invitato periodicamente ad effettuare test di *screening* offerti dal sistema sanitario. È chiaro che lo *screening* conduce, almeno in teoria, ad una maggiore anticipazione diagnostica e, sebbene fortemente impegnativo in termini di costi e sforzo organizzativo, rappresenta un obiettivo auspicabile.

Il beneficio più rilevante dello *screening* è dato dalla riduzione di mortalità legata al tumore: donne che sarebbero morte per la malattia, grazie alla diagnosi della stessa in fase precoce, ne sono invece guarite. Ma esistono anche altri benefici per così dire

secondari. Un secondo beneficio, ad esempio, è rappresentato dalla possibilità, legata all'individuazione di tumori in fase più precoce, di trattamenti chirurgici più conservativi, non mutilanti, e maggiormente accettati dalle donne. Da non sottovalutare è anche l'aspetto psicologico e di rassicurazione nei soggetti risultati negativi, cioè sani, al test di *screening*. Infine, va considerata la riduzione dei costi legati ai trattamenti più aggressivi e alla minore frequenza di malattie in fase terminale. In definitiva, è dimostrato che la migliore prevenzione secondaria si ottiene proprio prendendo parte ai programmi di *screening*.

Tuttavia, al di là degli aspetti scientifici, un elemento fondamentale dei programmi di *screening* deve, in questa sede, essere sottolineato. Grazie ad un programma di *screening* viene invertito il consueto scenario dell'assistenza sanitaria: non la centralità della struttura sanitaria in passiva attesa dell'utente, ma la centralità dell'utente-donna attorno a cui ruotano i servizi attivamente offerti; strategia, questa, che consente di superare le disuguaglianze dei cittadini nell'accesso ai servizi e nelle cure delle malattie. Infatti, è noto che i soggetti più istruiti e più sensibili all'informazione e di classe sociale più elevata hanno maggiori possibilità di cura. Con un'inversione di tendenza, l'offerta attiva dello *screening* a tutta la popolazione femminile individuata dalle liste anagrafiche concede pari livello di accesso e di cura a tutte le donne in modo completamente gratuito.

Pertanto, è auspicabile che si compiano tutti gli sforzi possibili affinché programmi di *screening* per il carcinoma mammario vengano attivati e siano disponibili per tutta la popolazione nazionale e su questo punto non si può che concordare assolutamente e pienamente con le mozioni in oggetto. Affinché la collettività possa realmente beneficiare di un programma di *screening* per il cancro al seno, tuttavia, è necessario che anche tutti gli interventi terapeutici somministrati alla paziente dopo la diagnosi corrispondano a criteri di qualità e siano basati su chiare evidenze