

SENATO DELLA REPUBBLICA
----- XVI LEGISLATURA -----

296^a SEDUTA PUBBLICA
RESOCONTO
SOMMARIO E STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 3 DICEMBRE 2009
(Antimeridiana)

Presidenza della vice presidente MAURO,
indi del vice presidente NANIA

RESOCONTO

Presidenza della vice presidente MAURO

Discussione e approvazione della mozione n. 174 sui malati di diabete (ore 10,08)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della mozione [1-00174](#), presentata dalla senatrice Baio e da altri senatori, sui malati di diabete.

Ciascun Gruppo avrà a disposizione 20 minuti, comprensivi degli interventi in discussione e in dichiarazione di voto.

Ha facoltà di parlare il senatore Bosone per illustrare tale mozione.

***BOSONE (PD).** Signora Presidente, desidero richiamare l'attenzione sulla mozione n. 174 che affronta un problema sociale estremamente importante e diffuso: la cura per i malati di diabete.

Com'è noto, il diabete è una malattia sociale che tocca la sensibilità non solo di tanti colleghi parlamentari impegnati attivamente, secondo il loro mandato, nel campo della prevenzione, ma soprattutto la sensibilità di milioni di italiani ammalati e familiari di ammalati, tenendo presente che ad oggi 3 milioni di italiani figurano affetti da questa patologia. Il problema del diabete non è solo la cura della malattia in sé, ma l'assistenza e la cura delle sue complicanze.

Il sistema legislativo del nostro ordinamento si è più volte occupato delle malattie croniche, del diabete, e quest'ultimo è stato affrontato attraverso un'efficace rete di prevenzione. La cura del diabete infatti è soprattutto prevenzione, cioè scoprire la malattia prima che essa possa produrre complicanze gravi a carico del nervo ottico, del sistema renale e nervoso. Complicanze assolutamente invalidanti, dalle quali spesso è difficile guarire. Purtroppo, dobbiamo anche dire che, a dispetto del sistema di prevenzione e di cura che il nostro Paese ha istruito, le differenze regionali esistono.

Noi, ad esempio, sappiamo che mentre la rete di prevenzione è molto attiva e diffusa nel Nord e nel Centro del Paese, ci sono Regioni del Sud dove la prevenzione avviene solo di nome e non di fatto, tant'è che la mortalità per diabete è più alta al Sud che non al Nord e i ricoveri per complicanze sono molto più frequenti nel Sud che nel Nord. Il fatto che vi siano più ricoveri per diabete al Sud sta a indicare che la prevenzione è scarsa e non che vi è una cura migliore. Di conseguenza, bisogna lavorare molto sul sistema della prevenzione in termini di cultura, sensibilizzazione e anche di investimenti in educazione alla salute, oltre che

in strutturazioni vere e proprie di ambulatori veri e non finti che non forniscono al paziente una vera assistenza.

Vi è da dire che le malattie croniche, tra cui il diabete, sono state trattate in modo efficiente dal nostro sistema legislativo. In particolar modo il decreto legislativo n. 124 del 1998 ha riconosciuto il diabete mellito quale patologia invalidante, che dà diritto all'esenzione dal pagamento del *ticket*, tuttavia limitatamente per quelle voci riconosciute nei livelli essenziali di assistenza.

Oggi straordinariamente assistiamo al fatto, anche grazie all'evoluzione della tecnica sia diagnostica che terapeutica, che molte prestazioni connesse alla diagnosi e alla cura del diabete e delle sue complicanze sono escluse dai livelli essenziali di assistenza. Ne consegue che molti pazienti non hanno diritto all'esenzione del *ticket* e devono sostenere i costi sia della diagnosi che della terapia del diabete e delle sue complicanze. Anche in questo caso si verificano grandi differenze tra Regione e Regione. Alcune hanno integrato i LEA altre no e addirittura, all'intero delle stesse Regioni, vi si sono differenze nell'ambito delle diverse aziende sanitarie locali. In Lombardia, ad esempio, la fornitura degli *stick* per l'autodiagnosi del diabete viene distribuita in modo disomogeneo da ASL a ASL, secondo *stock* che variano. Ciò significa che un paziente può trovarsi senza fornitura di *stick*. La stessa disparità si riscontra per i microinfusori, che in alcune Regioni sono forniti gratuitamente e in altre no e devono essere pagati dal paziente.

Ma la cosa più grave è che alcune diagnosi e alcuni esami diagnostici per le complicanze non vengono assolutamente esentati.

Ad esempio, l'elettromiografia per la diagnosi della neuropatia diabetica periferica - una complicanza estremamente diffusa e grave - non viene esentata, per cui molti pazienti devono pagare il *ticket*, al di là della propria capacità di contribuzione. Succede pertanto che, essendo il diabete una malattia cronica e invalidante, che ad oggi purtroppo non guarisce nel tempo, ma va trattata dal punto di vista sintomatologico e della prevenzione delle complicanze, molti pazienti si trovano a dover sborsare cifre ingenti - soprattutto per coloro che si trovano in una condizione economica non agiata - per far fronte e curare al meglio la propria patologia.

Vi è quindi un problema di prevenzione e di assistenza sul territorio in termini di organizzazione sanitaria, ma anche un problema economico di assistenza e di esenzione dai *ticket* perché molte prestazioni non sono previste nei livelli essenziali di assistenza. Ciò significa che rispetto al progresso della tecnica e della terapia medica, non c'è stato un aggiornamento dei livelli essenziali, che sono rimasti arretrati rispetto al progresso della medicina nel campo della prevenzione e della cura del diabete.

È chiaro che noi, dinanzi a questa patologia sociale così importante e che coinvolge tante associazioni di pazienti che stanno denunciando le difficoltà che si trovano ad affrontare, dobbiamo muoverci con la coscienza e la responsabilità del legislatore, non fermanoci alla denuncia, ma cercando di intervenire per correggere ciò che non funziona.

Ecco quindi la ragione di questa mozione - firmata da colleghi sia dell'opposizione che della maggioranza - che voglio condividere con tutti i senatori presenti in Aula perché dobbiamo condividere insieme la responsabilità per questa patologia importante. Lo faremo sicuramente nella nostra attività politica, nell'impegno che abbiamo nelle associazioni per la prevenzione, ma dobbiamo farlo anche concretamente, garantendo ad esempio su tutto il territorio nazionale adeguati servizi di prevenzione (in particolare al Sud, dove la cultura della prevenzione è ancora scarsamente diffusa), inserendo nei livelli essenziali di assistenza la gratuità per quegli esami ematochimici, strumentali o quei presidi terapeutici più moderni che oggi servono a curare efficacemente il diabete e a prevenire quell'invalidità che poi pesa socialmente sul Paese, per cui quello che non spendiamo prima - come succede nel settore della salute - ce lo troviamo dopo in termini di invalidità.

Come sapete bene, prevenire è meglio che curare e, soprattutto, bisogna prevenire l'invalidità che è poi irreversibile, ingravescente e pesa come costo sociale sulle famiglie e sul Paese. In questo momento di crisi economica per le famiglie, capire che anche spendere 150-200 euro al mese per una patologia come il diabete è significativo e talvolta crea davvero problemi. Penso che un sistema sanitario solidaristico come il nostro - se la parola «solidarietà» ha un senso e non è solo un principio che agiamo nei convegni - debba farsi carico di questo problema. La ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza è in fase di discussione nella Conferenza Stato-Regioni; abbiamo più volte chiesto al Governo di aggiornarci in Commissione sanità sull'andamento di questa discussione, a valle dell'approvazione del nuovo Patto per la salute, che prevede fondi aggiuntivi per il sistema sanitario e le Regioni.

Penso che sia giusto impegnare il Governo, nell'ambito dei nuovi fondi messi a disposizione delle Regioni e della revisione dei livelli essenziali di assistenza, e introdurre in essi nel limite del possibile - sicuramente in mondo più aggiornato e moderno di quanto è stato fatto oggi - queste prestazioni diagnostiche e questi presidi terapeutici per un'efficace cura e prevenzione del diabete, facendoci carico, vice ministro Fazio - e anche questa è una discussione che abbiamo sempre aperta - di una possibile omogeneizzazione dei servizi sanitari in tutte le Regioni del nostro Paese, attraverso un controllo preciso di quanto mettiamo a loro disposizione, affinché esse trasformino tali fondi in servizi effettivi al cittadino e al paziente. *(Applausi dal Gruppo PD e del senatore D'Ambrosio Lettieri).*

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione. È iscritto a parlare il senatore D'Ambrosio Lettieri. Ne ha facoltà.

D'AMBROSIO LETTIERI (PdL). Signora Presidente, signor Vice Ministro, colleghi senatori, 3 milioni e mezzo di persone, circa il 6 per cento della popolazione nel nostro Paese, soffrono di diabete. Un milione e mezzo sono le persone che hanno contratto la patologia diabetica e non ne sono a conoscenza. Il 30 per cento dei pazienti che soffrono di diabete va incontro a complicanze, le quali determinano situazioni pesanti sotto il profilo dell'invalidità. Mi riferisco alle patologie a carico dell'occhio (quali la retinopatia) o del rene, a forme di patologia a carico dell'emuntorio renale che determinano anche il ricorso alla dialisi e al trapianto. Ma non dimentichiamo i problemi relativi al piede diabetico che determinano, in una percentuale elevatissima di casi, anche amputazioni. Ancora, solo il 15 per cento della popolazione diabetica - secondo dati provenienti da fonti assolutamente accreditate - segue trattamenti farmacologici adeguati. La restante parte o non segue trattamenti farmacologici oppure ne segue di assolutamente insufficienti. Ogni anno la popolazione diabetica aumenta di circa 150.000 unità. Il diabete è la quarta causa di morte del nostro Paese: 18.000 persone - secondo dati ISTAT - ogni anno muoiono per la patologia diabetica.

Queste sono le motivazioni per le quali il diabete è una patologia sociale. È una patologia sociale che trova attento il Governo, che trova attente la comunità scientifica, le società rappresentative dei pazienti diabetici. Questo è il motivo per il quale nel nostro Paese, ormai dal 2001, si celebra la Giornata del diabete, che trova uno straordinario momento di testimonianza solidale e civile attraverso le iniziative che il 14 novembre vengono realizzate grazie alla associazione Diabete Italia. In essa confluiscono sensibilità, competenze, iniziative e proposte, in termini complessivi le sinergie di tutto un mondo che guarda con attenzione ed apprensione a questo problema. Le iniziative si celebrano ogni anno e sono finalizzate a far crescere l'attenzione nella nostra comunità e a sensibilizzare anche la parte politica a livello sia nazionale che regionale. Che il problema sia allarmante lo dimostra anche il fatto che nel 2006, con la risoluzione 61225, l'Assemblea generale dell'ONU ha stabilito che il 14 novembre sia la Giornata mondiale ufficiale delle Nazioni Unite. Si tratta quindi di un problema nazionale ma anche mondiale perché secondo le Nazioni Unite il diabete è una minaccia per le famiglie, per gli Stati membri e per il mondo intero.

Si consideri che in Italia il 7 per cento della spesa sanitaria generale viene destinato alla terapia e alle cure per il diabete, e parliamo di circa 6 miliardi di euro. Credo, quindi, che l'iniziativa di condividere la mozione presentata dalla collega Baio e da altri colleghi, sottoscritta in modo condiviso da maggioranza e opposizione, sia il gesto più maturo e responsabile di un impegno che ci vede congiuntamente protesi verso l'individuazione dei punti di criticità che devono formare l'oggetto della nostra richiesta al Governo di proseguire nella direzione che già con particolare concretezza viene realizzata, lasciando impregiudicati anche su questo versante quei principi che fanno forte il nostro Sistema sanitario nazionale e che sono ispirati alla solidarietà, alla omogeneità e all'efficacia.

La mozione n. 174 impegna il Governo su due fronti. Il primo è quello di creare le condizioni affinché vi sia un'omogeneità sul territorio nazionale: i pazienti diabetici devono affrontare un'imbarazzante condizione di iniquità, talvolta addirittura nell'ambito della stessa Regione dove ASL diverse forniscono prestazioni differenti.

ASTORE (Misto). Bravo!

D'AMBROSIO LETTIERI (PdL). Credo che tutti si riconoscano nel fondamentale principio del solidarismo e della omogeneità dei trattamenti, indipendentemente dalle condizioni economico-sociali di ciascun paziente; esso deve trovare considerazione nel rispetto delle

autonomie che, dopo le modifiche al Titolo V della Costituzione, vengono riconosciute alle Regioni sotto il profilo legislativo ed organizzativo.

In secondo luogo, si devono introdurre in sede di rielaborazione dei livelli essenziali di assistenza tutte quelle prestazioni che afferiscono alla patologia diabetica in modo diretto, ma anche quelle che sono da essa indirettamente derivanti. Ad esempio, si devono creare le condizioni affinché il paziente diabetico possa svolgere una buona attività di monitoraggio attraverso una costante e periodica misurazione della glicemia, cosa che poi determina una corretta posologia nella somministrazione dei farmaci.

Si chiede dunque al Governo di creare una coerente organizzazione con linee guida accettate dalle Regioni e condivise a livello di Conferenza unificata. Si chiede altresì un ulteriore impegno economico, che però è solo apparente; infatti, gli investimenti destinati ad una migliore organizzazione sul versante della prevenzione producono senz'altro un contenimento dei costi in tempi successivi. Cito solo l'esempio delle complicanze determinate dal cosiddetto piede diabetico: in Italia vi sono circa 6.850 amputazioni derivanti dal piede diabetico, che generano circa 150.000 giornate di degenza; solo per il piede diabetico si spendono 81 milioni di euro.

Pertanto, intervenendo in questa direzione, non soltanto creiamo una condizione di omogeneità, ma determiniamo i presupposti affinché, attraverso l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza di prestazioni a beneficio dei pazienti diabetici, si possa consentire un più equo e corretto accesso in termini di gratuità alle prestazioni del servizio sanitario nazionale: ciò rappresenta un atto di civiltà e di attenzione verso una patologia sociale che presenta - come ho poc'anzi ricordato - dati inquietanti ed allarmanti, ma che determina anche un contenimento dei costi in termini di proiezione, anche con riferimento ai cosiddetti costi sociali indotti.

Al riguardo ho molto apprezzato l'impegno del Governo ed, in particolare, del vice ministro Fazio quando in più occasioni, da ultimo a Ferrara nello scorso mese di novembre, ha evidenziato come nell'ambito delle attività di prevenzione debba essere inserita anche quella fisica come farmaco.

Questo è un passaggio straordinariamente importante e spero che con il tempo trovi efficace riscontro anche in apposite disposizioni normative, perché credo che proprio sul versante della prevenzione debbano essere fatti gli sforzi principali. Per quanto riguarda la terapia, auspico che la riproposizione delle condivise indicazioni di impegno che rivolgiamo al Governo possa trovare riscontro positivo anche in una sanità equa, solidale e orientata ai principi dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza. *(Applausi dei senatori Massidda, Astore, Baio e Scanu).*

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

ASTORE *(Misto)*. Signora Presidente, credo che la mozione sia da tutti condivisa e che anche alla luce dei dati citati dal senatore D'Ambrosio Lettieri, interessi molte famiglie italiane. Il diabete è stato definito la pandemia silente in occasione dell'ultima Giornata mondiale del diabete, e rappresenta una vera emergenza dal punto di vista clinico, sociale e - come è stato detto poco fa - anche economico. Tralascio i dati citati dal senatore D'Ambrosio Lettieri, ma desidero aggiungere alcuni elementi ulteriori.

Il diabete è ormai una malattia cronica e, come tutti sappiamo, la sanità si deve attrezzare per combattere tali malattie. Voglio solo citare una frase dell'allora presidente degli Stati Uniti Bill Clinton, che disse in proposito: «Se non facciamo qualcosa non saremo perdonati da chi vivrà una vita più breve e più povera di quanto meritasse». Si tratta dunque di un allarme di livello internazionale, tanto che se ne è interessato l'ONU, se ne interessa il Governo e se ne interessano tutti i Governi europei.

Signor Vice Ministro, per andare al sodo, credo che per curare il diabete sia necessaria una rivoluzione culturale nell'amministrazione della sanità italiana. Ciò vuol dire - e lo diciamo da dieci anni - puntare sul territorio e «dimagrire» gli ospedali. Soprattutto noi del Sud non abbiamo culturalmente questa convinzione, forse perché per gli ospedali si spende di più e forse perché li si controlla di più politicamente. Se non si arriva a organizzare una rete sul territorio, dimagrendo gli ospedali, dalla malattia deriverà un danno economico incredibile per il nostro e per gli altri Paesi, che si aggiungerà al danno per la persona e per la salute, che può portare anche alla morte o a soffrire di tante altre malattie e complicanze, che in questa sede non abbiamo il tempo di definire bene.

Si dice che il diabete sia una malattia dei benestanti, ma oggi anche i Paesi del cosiddetto Terzo mondo cominciano ad entrare nelle statistiche relative al diabete. Immaginate che spesa enorme vi sia al mondo per curare una malattia che può essere prevenuta e anticipata. Ognuno di noi ne ha esperienza in famiglia e bisogna anche considerare la cifra - in precedenza citata - di circa un milione e mezzo di italiani che non sanno di avere il diabete; non cito poi le esperienze di ordine personale. Tutto ciò ci induce a dire che c'è bisogno di questa grande rivoluzione di ordine culturale, che parta - questa è la mia richiesta, come componente del Gruppo Misto - da un progetto obiettivo nazionale. Esso è fondamentale: analogamente a quanto fatto per la psichiatria, ritengo sia necessario un progetto obiettivo nazionale per il diabete, con linee guida successive e così via.

Bisogna cooperare con le Regioni, ma spesso le Regioni se ne dimenticano e lo si può notare guardando alla mappa dell'assistenza in Italia. Ho esperienza anche come assessore e penso dunque ai vecchietti del mio paese o della periferia della nostra Nazione, che ritengono di avere una grande malattia e non vivono una vita normale. Dobbiamo educare le famiglie, soprattutto tramite la scuola - ed ecco perché è importante il progetto obiettivo - ma anche gli operatori sanitari, signor Vice Ministro.

Nella esperienza di tutti noi riscontriamo che tanti operatori sanitari sottovalutano questa terribile malattia che si può combattere, ridurre, e la cui cura può far felice tante famiglie.

Ci sono costi diretti, ma qualcuno ha calcolato quelli indiretti? Si dice che il 50 per cento dei nostri diabetici sono ricoverati in ospedale, creando un costo diretto. Ma quanti sono i costi indiretti di altre malattie che si sviluppano nel mondo del lavoro? Mi pare di aver letto su una rivista che la spesa che il nostro Paese affronta per il diabete equivale quasi alla stessa spesa contro il cancro. Consultando alcune statistiche, grosso modo siamo allo stesso livello. Potremmo addirittura realizzare dei risparmi in questo settore. Ecco perché credo che questa rivoluzione culturale tra territorio e ospedale debba essere assolutamente capita. Ci sono alcuni Paesi, per esempio l'Israele e la Svezia - studiamoli o almeno guardiamoli - che hanno prodotto dei vantaggi veramente enormi per ciò che riguarda la cura del diabete. Ci vuole, signor Vice Ministro, una educazione continua. È la sfida del nostro Paese, di noi politici.

So che spesso si preferisce la cura diretta alla spesa in farmacia o altro, ma questa rivoluzione culturale (che comporta una educazione continua) parte dalla scuola, ma deve entrare nella famiglia, che quindi diventa importante. La senatrice Baio - cui va il merito di questa iniziativa - ci ricorda spesso che la famiglia non va assolutamente tenuta sola, soprattutto in presenza di malattie croniche: ve ne sono infatti tante altre oltre il diabete.

Con questo progetto obiettivo favoriamo anche il dialogo tra il medico ed il paziente, dove dobbiamo pur intervenire. Qualche volta in Commissione, non essendo medico, mi sono permesso non certo di attaccare coloro che svolgono questa meravigliosa professione, ma di ricordare ai medici il loro dovere.

Il medico di base diventa fondamentale ed essenziale è la sua rivalutazione: ancora una volta ciò che è carente soprattutto al Sud è il dialogo tra ospedale e medico di base, che manca nel modo più assoluto. Ciò comporterebbe veramente una cura migliore delle persone ed un risparmio enorme.

Credo vada favorito in questo campo - si può aggiungere nella mozione - l'associazionismo. Conosco direttamente le esperienze di Reggio Emilia, dove alcune associazioni (che si scambiano le esperienze) per esempio portano i malati in gita all'estero. Aiutati dal pubblico ma con una compartecipazione forte del paziente alle spese, i malati fanno una vita normale pur se accompagnati dai medici. Diventa pertanto fondamentale favorire queste associazioni e quelle esperienze eccellenti in Italia.

A qualcuno dispiacerà, ma per concludere il mio intervento auspico uno sguardo particolare anche agli immigrati che, anch'essi portatori di questa malattia, potrebbero rappresentare un costo in più per il nostro sistema. Non sono medico, ma so che questa malattia a volte comincia in tenera età, nei bambini, per cui chiedo particolare attenzione anche a tale aspetto.

Ecco perché convintamente preannuncio sin d'ora il mio voto favorevole alla mozione. Credo che oggi il Parlamento, sia pur con pochi parlamentari presenti, abbia fatto una cosa importante, soprattutto se il Governo recepirà alcune idee che emergeranno dal dibattito odierno. *(Applausi dal Gruppo PdL e dei senatori Baio e Mascitelli).*

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la senatrice Garavaglia Mariapia. Ne ha facoltà.

GARAVAGLIA Mariapia (PD). Signora Presidente, mi giova il fatto che sia il collega D'Ambrosio Lettieri sia il collega Astore hanno ricordato i dati, ragion per cui li do per acquisiti e aggiungo solo un commento.

Caro Vice Ministro, questo è uno dei temi classici nei quali si riscontra che il sistema sanitario è un crocevia tra sviluppo del Paese, e quindi investimenti, economia, programmazione e civiltà. Il senatore Astore non poteva non ricordare l'esperienza di un assessore; quest'Assemblea, ancorché così limitata nel numero dei partecipanti, affida però al Governo l'approvazione di una mozione e quindi l'attuazione del suo contenuto. Essendo primaria la responsabilità regionale in materia di organizzazione sanitaria e di tutela della salute, a questo nostro Parlamento che rappresenta gli interessi di tutti gli italiani e al nostro Governo dobbiamo ricordare strumenti che aiutino a interagire con le Regioni, senza consentire però a queste ultime di tirarsi da parte per motivi organizzativi e finanziari.

La situazione attuale del sistema sanitario dal punto di vista finanziario ci è nota; ci addolora che ci siano Regioni commissariate. È curioso d'altra parte che vengano commissariate con i Presidenti attualmente in servizio, a testimonianza che c'è qualcosa che non torna perché le responsabilità devono essere diversificate: il Presidente di una Regione deve essere votato, il commissario deve rappresentare gli interessi generali del Paese e del Governo.

Il diabete è tutto ciò che è stato detto poco fa, ma la prevenzione, e quindi la conoscenza anticipata del rischio di malattia, è il problema. Abbiamo bisogno di un'attenzione da parte di tutti i professionisti, perché il diabetico oltre ad avere il suo medico di famiglia, qualche volta deve rivolgersi ad un oculista, qualche altra volta ad un ortopedico o ad un podologo: abbiamo bisogno davvero di un progetto obiettivo che faccia sì che poi si possa avere un LEA. Il progetto obiettivo supera quella ristrettezza di dibattito che rimane chiusa nella Conferenza Stato-Regioni. Questo è un argomento che forse ieri, durante la discussione delle mozioni sulle riforme, avremmo potuto citare perché se quest'Assemblea diventasse il Parlamento delle Regioni forse di questo parleremmo. Se se ne parla solo nella Conferenza Stato-Regioni nel momento in cui dibatte per contrattare la divisione del fondo sanitario regionale, questi temi non diventano di dominio comune e non ci si accorge che questo Parlamento si sta interessando ai bisogni veri dei singoli ma dell'intera popolazione. *(Applausi del senatore Astore).*

Vice Ministro, spendiamo 81 milioni per le amputazioni per piede diabetico; ebbene, si pensi a quante giornate di degenza si possono evitare, a quante pensioni di invalidità avremmo, cittadini che continuano a lavorare che non sarebbero invalidi, che non subirebbero alcuna amputazione: la dignità e l'integrità della persona a fronte di operatori che sappiano fare il loro lavoro e che riconoscono prima il rischio e poi l'evidenza di questa malattia.

Mi sono permessa di presentare un disegno di legge che credo i colleghi potranno esaminare con una certa attenzione perché uno dei problemi grossi è il piede diabetico. Allora, invece che affidarsi ai pedicuristi o ad altri che fanno un lavoro magnifico dal punto di vista estetico, bisognerà magari dedicarsi, come nel resto d'Europa, in Spagna per esempio, o come negli Stati Uniti da molto tempo o in Australia, al podologo, professione sanitaria e non medica, che non medicalizza - quindi costa di meno - ma fa un lavoro particolarmente adatto alla cura del piede diabetico e impedisce quindi un'eventuale amputazione. Abbiamo a che fare con questo crocevia di organizzazione sanitaria, di professionalizzazione e di distribuzione delle risorse.

Signor Vice Ministro, sono convinta che non è un club così ristretto che ne parla, ma che sarà il Governo del Paese a farsene carico affinché questa mozione possa rappresentare una nuova tappa importante. Incominciamo con i centri di riferimento regionali e arriveremo forse ad una programmazione nazionale che valorizza anche il ruolo delle Regioni ma che dà giustamente al Parlamento e al Governo l'opportunità di pensare all'intero Paese. *(Applausi dal Gruppo PD e dei senatori Astore e Bianconi).*

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

BASSOLI (PD). Signor Presidente, penso che già siano state ampiamente sottolineate le ragioni che hanno mosso la prima firmataria e molti di noi a sottoscrivere tale mozione. Siamo stati mossi particolarmente da una preoccupazione, cioè la forte diffusione che ormai ha questa malattia. Tra l'altro, leggendo il rapporto annuale, che ormai viene pubblicato regolarmente a livello mondiale dal 2007 e raccoglie tutte le informazioni sull'andamento della lotta contro il diabete, i dati sono veramente allarmanti.

Prima di tutto si registra l'aumento di questa malattia sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, e questa dei Paesi in via di sviluppo, ad esempio, è una novità; ma il

peggio, anche secondo i dati della Federazione internazionale del diabete, deve ancora venire. Si prevede infatti che nel 2025 saranno 380 milioni le persone malate di diabete nel mondo. Le ragioni di questo *trend* sono legate principalmente all'invecchiamento della popolazione, però anche all'aumento dell'obesità, e forse questa sarebbe una delle preoccupazioni che dovremmo avere riguardo alla definizione di un piano di prevenzione più generale, in grado di affrontare le problematiche legate all'aumento di alcune malattie croniche (ed alcune di queste sono trasversali, come ad esempio l'obesità).

Questo continuo *trend* della malattia porta anche ad un *trend* di crescita dei costi, sia in Europa che negli Stati Uniti. Si calcola che il diabete assorba dal 6 al 15 per cento circa della spesa sanitaria e, secondo alcuni dati, questa spesa dovrebbe passare da 132 miliardi di euro del 2002 ai 192 miliardi nel 2020. In Italia, nel 2006, si calcola che il 4,5 per cento della popolazione abbia avuto un trattamento per il diabete, con un aumento di quasi dieci punti rispetto a dieci anni fa, quando eravamo al 3,1 per cento. Di fronte a questi dati è chiaro che tagliare i costi del trattamento non è assolutamente la soluzione, perché questo poi vuol dire che saranno di gran lunga maggiori i costi del trattamento delle complicanze e delle conseguenze che questa malattia porta con sé. Quindi, è solo grazie ad una buona prevenzione, alla diagnosi fatta il più tempestivamente possibile, ad un'efficace gestione e cura della malattia che si possono evitare tali complicanze e quindi la possibilità di mantenere a chi è malato una certa qualità della vita. Occorrono quindi degli interventi educativi, che oggi mancano, occorre una vera e propria alleanza tra gli operatori sanitari e i pazienti per poter gestire nel tempo una malattia che è cronica e quindi si protrae per molti anni lungo l'arco della vita delle persone che si ammalano.

Vorrei anche ricordare che in Italia, dal punto di vista legislativo, siamo stati all'avanguardia rispetto alle necessità di cura di questa malattia. La legge n. 115 del 1987, infatti, istituiva già allora servizi di diabetologia che poi si sono distribuiti su tutto il territorio nazionale: oggi questi centri sono 680 e circa il 60 per cento dei pazienti italiani vengono trattati dagli specialisti che operano in questi centri; l'altro 40 per cento però è seguito dai medici di medicina generale o non si cura. Ora, anche sulla base dell'esperienza realizzata in questi anni, molti medici di medicina generale denunciano la difficoltà di operare in rete con questi centri rispetto alle esigenze dei propri pazienti e anche la difficoltà di avere un ritorno rispetto a come questi pazienti vengono curati nei centri. Quindi, vi è l'esigenza di creare una rete sul territorio che consenta ai medici di medicina generale ed a tutti gli operatori dei servizi che riguardano malattie di tipo cronico come questa, una reale possibilità di comunicazione, che sarebbe produttiva per tutti, ma in particolare per i pazienti.

Non possiamo non riconoscere che in questi anni gli operatori sanitari, il volontariato, l'associazionismo professionale sono stati veramente preziosi e dobbiamo anche dire che molte Regioni si sono mosse in maniera estremamente utile e positiva per far fronte a questa malattia e alla sua diffusione. Non possiamo però neanche nasconderci che l'esistenza di grosse differenze tra Regioni comporta il fatto che nel nostro Paese la prevenzione e la cura del diabete si svolgano in modo diverso e quindi determinino in maniera concreta una diversa accessibilità al diritto alla salute da parte dei nostri cittadini. È quindi necessario intensificare l'iniziativa, anche in rapporto all'appello dell'ONU che, nel dicembre 2006, dall'Assemblea generale ha lanciato un richiamo a tutti gli Stati membri perché in tempi rapidi vengano presi provvedimenti che vadano nella direzione dello sviluppo di politiche nazionali di prevenzione e trattamento della cura del diabete. La risoluzione dell'ONU prende proprio le mosse dal riconoscimento del diabete come malattia cronica che ha delle complicanze molto gravose e che incide pesantemente, non solo dal punto di vista umano, ma anche sul piano economico. Cruciale per questo diventa la difesa e l'implementazione della salute pubblica attraverso adeguati interventi di assistenza sanitaria. Gli studi condotti in questi anni hanno dimostrato che investire in prevenzione e in cure efficaci comporta un notevole risparmio in termini di disabilità e di sofferenze, nonché di costi diretti e indiretti per la cura delle complicanze.

Da ciò trae origine il senso che viene dato alla nostra mozione; chiediamo appunto al Governo un impegno particolare perché oggi diverse prestazioni, sia per la prevenzione che per la cura, non sono incluse nei livelli essenziali di assistenza. Ad esempio, veniva riportato che i presidi per l'autocontrollo della glicemia vengono concessi in modo differenziato e carente dal Servizio sanitario nazionale; tra l'altro, ciò comporta che per curarsi molti sono costretti a pagare di tasca propria, oppure a non curarsi perché non hanno la possibilità economica per farlo; alcuni ricorrono a delle forme assicurative, che risolvono solo in parte il problema e comportano altresì costi non sostenibili per bassi livelli di reddito. Conosciamo tutti le problematiche legate al rinnovo dei livelli essenziali di assistenza, che sono stati bloccati nel 2008 perché si è detto che non vi erano risorse sufficienti; ma ciò dovrebbe spingere a

trovare, attorno al tavolo della Conferenza Stato-Regioni, un punto d'incontro per procedere alla riorganizzazione e all'aggiornamento di tutto il nostro sistema dei livelli essenziali di assistenza, anche sulla base delle nuove malattie e in particolare di quelle croniche, sulle quali le istituzioni europee ci hanno chiesto un preciso piano di intervento.

Pertanto, quello che chiediamo tutti, anche in modo *bipartisan*, è l'accesso alle cure e alle prestazioni per i pazienti diabetici su tutto il territorio nazionale (eliminando quindi le differenze che oggi ci sono) e la gratuità delle prestazioni connesse alla cura del diabete. Ci auguriamo quindi che la discussione che oggi si svolge in quest'Aula, autorevole ancorché purtroppo poco frequentata, non sia solo un atto di attenzione a questa grave malattia che interessa circa 45 persone ogni mille abitanti, ma sia anche l'occasione per dare una risposta concreta a questi malati, al loro bisogno di cura, alle loro famiglie e sia anche l'occasione per dare il via a un vero e proprio piano di prevenzione generale per il nostro Paese. *(Applausi dal Gruppo PD e della senatrice Bianconi).*

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

MASSIDDA (PdL). Signora Presidente, visti i pochi minuti a disposizione chiedo sinteticamente di poter aggiungere la mia firma a questa mozione e di poterla arricchire con un impegno nei confronti del Governo, finalizzato a potenziare l'educazione sanitaria nelle scuole per prevenire tutti i fattori di rischio che stanno portando i nostri giovani precocemente incontro al diabete. Chiedo, in secondo luogo, di inserire nella mozione un appoggio all'iniziativa del vice ministro Fazio di promuovere una vera attività fisica, non solo nelle scuole ma anche successivamente, per favorire la prevenzione nei confronti di tante malattie e in particolar modo del diabete.

Invece di ripetere quanto detto dai colleghi che mi hanno preceduto e che condivido, vi racconto un aneddoto. Nei giorni scorsi, nella mia amata Sardegna, in ospedale ho sentito alcune signore commentare negativamente un articolo di stampa in cui si diceva che la California nei prossimi giorni avrebbe vietato nelle scuole i *dispenser* per la vendita di merendine e soda, bevande altamente glicemiche che danno tanto zucchero ai nostri giovani. La signora, madre di tale Roberto, dopo poche ore scopre che il figlio obeso ha il diabete a otto anni e, guarda caso, avrebbe dovuto sapere che le merendine che verranno vietate in California sono una delle maggiori cause di diabete per i nostri giovani, insieme alla scarsa attività. Inoltre, avrebbe dovuto sapere che il suo bambino, già obeso a otto anni, senza praticare la ginnastica, è andato incontro più facilmente dei suoi coetanei al diabete e probabilmente a 40 anni avrà già maturato il rischio di un *ictus* precoce o di un infarto e, dopo i quarant'anni, diventerà talmente handicappato da non potersi permettere nemmeno di proseguire la propria attività fisica. Questo perché la mamma di Roberto e le altre mamme non sono informate; ecco da cosa nasce la mia richiesta.

Qualcuno stamattina in questa sede ha fatto un'affermazione importantissima: il diabete è una pandemia silente, non è solo un problema nazionale ma mondiale. Nel 2007 avevamo 250 milioni di ammalati, nel 2025, se non procederà ancora più velocemente di come sta procedendo, avremo 380 milioni di cittadini del mondo ammalati di diabete. È una pandemia. Credetemi, colleghi, è qualcosa di apocalittico. Se andiamo a valutare quanto ci costerà in termini sanitari la cura di 380 milioni di persone malate di diabete scopriamo che tutto ciò che si spende oggi per la sanità mondiale non sarà sufficiente in futuro a curare soltanto i diabetici. Ecco perché dobbiamo intervenire, al di là di tutti i valori. Non è un problema solo nazionale. Se una nazione ricca come l'Italia può mettere in campo risorse per la ricerca sulle cure e non solo per curare i propri cittadini ma anche per prevenire questa malattia e insegnarlo alle nazioni che non possono farlo, avremo fatto una cosa sacrosanta. Questo è il motivo per cui dobbiamo destinare delle risorse a tale scopo. Se oggi spendiamo di più, spenderemo di meno domani perché riusciremo a prevenire tutte le malattie che fanno soffrire le nostre famiglie e soprattutto costano enormemente alla nostra salute.

Senatore Astore, concludo con questa affermazione. Se non avremo il coraggio di intervenire come Parlamento, come Governo, indipendentemente da maggioranza e opposizione, senza giocare sulle parole, probabilmente non verremo rispettati dai nostri cittadini. Ma di una cosa sono certo: se non interverremo, non verremo perdonati da chi ci seguirà, dai nostri figli, dai figli dei nostri figli, che diranno: ma chi hanno mandato a governare?! *(Applausi).*

GRANAIOLO (PD). Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GRANAIOLOA (PD). Chiedo di aggiungere la mia firma e quella dei senatori Biondelli e Tedesco alla mozione n. 174.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, al quale chiedo di esprimere il parere sulla mozione presentata.

FAZIO, *vice ministro del lavoro e delle politiche sociali*. Signora Presidente, con riferimento alle questioni poste con la mozione in esame, osservo quanto segue. Nel merito del primo impegno posto, il diritto alle cure viene garantito ai malati con diabete, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come avviene per altri pazienti con altre patologie. In particolare, per quanto riguarda l'accesso omogeneo alle cure per i pazienti diabetici su tutto il territorio nazionale, posso confermare che tutte le Regioni sono attualmente coinvolte nello sforzo di riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza diabetologica in Italia e il nuovo Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, in via di perfezionamento, dovrà rinnovare gli obiettivi proposti dal precedente piano in modo da consentirne il raggiungimento. Com'è noto, il piano prevede un livello di prevenzione primaria degli stili di vita, in cui si include anche l'attività fisica e il controllo dell'alimentazione; un livello di prevenzione secondaria della popolazione a rischio, cioè di chi ha già sviluppato dei fattori di rischio; un livello di prevenzione terziaria, che è la prevenzione delle recidive nella popolazione che ha già sviluppato la malattia.

Ricordo che, al fine di sostenere e coordinare i progetti regionali afferenti al Piano nazionale della prevenzione (PNP), già dal 2006 (ma è tuttora operativo) il progetto IGEA del Centro di controllo delle malattie (CCM), coordinato dall'Istituto superiore di sanità, ha avuto il compito di sviluppare gli strumenti utili alla gestione integrata del diabete. Tali strumenti, insieme ad altri che verranno sviluppati nei prossimi anni, costituiranno e costituiscono già la base su cui sviluppare in modo uniforme la gestione integrata del diabete di tipo 2 nel nostro Paese.

Per quanto riguarda il secondo impegno posto, segnalo che l'articolo 3 della legge 16 marzo 1987, n. 115, ha già previsto che le Regioni, tramite le aziende unità sanitarie locali, provvedano a fornire gratuitamente ai cittadini diabetici, al fine di migliorare le modalità di diagnosi e cura, i presidi diagnostici e terapeutici di cui al decreto del Ministro della sanità dell'8 febbraio 1982, e altri presidi sanitari ritenuti idonei, in presenza di una specifica prescrizione e sotto il diretto controllo dei servizi di diabetologia. Rientrano in tale previsione, oltre i presidi previsti dal decreto (reattivi per la ricerca del glucosio nelle urine, reattivi per la ricerca di corpi chetonici nelle urine, reattivi per la ricerca contemporanea del glucosio e dei corpi chetonici nelle urine, reattivi per il dosaggio della glucosemia - test rapido con una goccia di sangue -, siringhe da insulina monouso), anche i riflettometri per la lettura rapida della glicemia, i microinfusori per l'infusione programmata dell'insulina, nonché gli altri mezzi meccanici per l'erogazione dell'insulina e tutti gli strumenti utili per il trattamento del diabete.

L'individuazione della malattia diabetica fra le condizioni di malattia croniche e invalidanti garantisce a questi pazienti, in esenzione dalla quota di partecipazione, l'utilizzo di prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, come da decreto legislativo n. 124 del 1998. Inoltre il Ministero, nell'ambito dei nuovi LEA, ha provveduto ad aggiornare il «pacchetto prestazionale» garantito ai diabetici, alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche; nell'ambito dei lavori della Commissione nazionale per la malattia diabetica, la scelta degli accertamenti erogabili in esenzione è stata condivisa con le società scientifiche e le associazioni dei pazienti, nel rispetto dell'appropriatezza assistenziale e ai fini del monitoraggio della patologia, della prevenzione delle complicanze, del monitoraggio degli effetti collaterali della terapia farmacologica e del *follow up* delle eventuali patologie associate, nell'ambito appunto del progetto di prevenzione terziaria.

Tra le prestazioni inserite, confermo che sono presenti quelle utili per la gestione della neuropatia diabetica e del piede diabetico, quelle finalizzate all'autocontrollo (educazione terapeutica) ed altre mirate a tutelare più efficacemente il soggetto con diabete (per esempio, monitoraggio dinamico della glicemia o *holter* glicemico).

Ciò premesso, accolgo la mozione esprimendo parere favorevole. (*Applausi dai Gruppi PdL, LNP e PD e dei senatori Astore e Fosson*).

PRESIDENTE. Ringrazio il vice ministro Fazio. Passiamo dunque alla votazione della mozione.

BIANCONI (PdL). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BIANCONI (PdL). Signora Presidente, ringrazio il Vice Ministro che ha accolto questa mozione, ma vorrei *in primis* ringraziare la senatrice Baio che con grande sensibilità ha posto all'attenzione della nostra Aula questa problematica. Oggi rendiamo un ottimo servizio non solo alle persone che, come abbiamo sentito anche nel corso del dibattito, non conoscono la reale problematica relativa al diabete, ma anche a tutte quelle che in realtà sono già ammalate e per le quali si prospetta una lunga vita, ma costellata di grandissimi problemi. Spesso e volentieri - lo abbiamo detto in quest'Aula - è proprio l'informazione che manca e quindi credo che da questo punto di vista il Senato dia un grande segnale in termini non solo di attenzione ma anche di azioni concrete. Lo sottolineava poc'anzi anche il nostro focoso collega Massidda, che ci raccontava anche uno specifico episodio.

Abbiamo bisogno di riposizionare tutto ciò che rappresenta uno stile di vita più corretto, dall'alimentazione al movimento, sostanzialmente al volersi bene. Spesso non facciamo i conti con il fatto che il nostro corpo è una macchina eccezionale, ma ha bisogno di essere curato con attenzione e anche con molto rispetto; un rispetto che normalmente ci facciamo mancare, proprio perché non ci vogliamo bene e quindi mettiamo in campo noi stessi delle controazioni che poi creano queste gravi conseguenze.

Sappiamo che si tratta di una problematica con un impatto sociale straordinario: i dati di oggi sono quasi da bollettino di guerra. Ci occupiamo con grande attenzione, giustamente, di patologie numericamente molto meno consistenti; ovviamente diamo grande attenzione anche a questi. Qui parliamo di numeri stratosferici, enormi, e quindi a maggior ragione abbiamo bisogno di controllare, di verificare, di attuare una particolare forma di monitoraggio, perché del diabete noi sappiamo da dove parte e quali sono le sue caratteristiche, sappiamo come si può controllare e soprattutto come si può prevenire. E allora è proprio sulla prevenzione che ognuno di noi e tutti i soggetti che sono stati qui richiamati - dalla scuola ai medici, ai professionisti, alle Regioni, ai Comuni, alle reti di protezione sociale - nel favorire stili di vita più corretti possono interagire rispetto a questa che è davvero l'arma vincente. Se saremo in grado di mettere in campo una serie di azioni preventive, non faremo sparire dal mondo la problematica del diabete ma certamente contribuiremo a contenerla moltissimo.

Se me lo permettete in questa dichiarazione di voto, che è sicuramente favorevole per conto del Popolo della Libertà, vorrei in modo particolare soffermarmi su alcuni aspetti più tipicamente al femminile. Poco ad esempio si è parlato e poco si è ancora studiato degli effetti del diabete sulla sessualità delle donne; si tratta invece di un aspetto che crea vari disturbi, spesso subdoli e che spesso e volentieri non danno a tantissime donne la possibilità di vivere liberamente e tranquillamente la propria vita sessuale. Allo stesso modo vorrei sollevare l'attenzione su tutte le problematiche del rapporto tra diabete e gravidanza. Anche a questo riguardo abbiamo assolutamente bisogno di creare delle linee guida di grandissima protezione e di grandissima tranquillità per le donne.

Desidero, inoltre, parlare di menopausa perché nell'arco della vita della donna si arriva anche a questo periodo, che è già delicato di per sé e di grande trasformazione, che in una donna diabetica in premenopausa o in menopausa scatena ulteriori patologie e problematiche.

Infine, un cavallo di battaglia che da sempre mi vede estremamente puntigliosa: le donne in Italia hanno avuto una inversione di una strana modernità, cioè dell'uso del tabacco. Nel 1957 le donne che fumavano erano appena il 6,2 per cento, oggi sono quasi il 30 per cento; nello stesso periodo, gli uomini erano il 60 per cento, oggi sono scesi al 30 per cento. È una forbice più virtuosa da parte degli uomini e meno virtuosa da parte delle donne. Ecco, di fronte a questa patologia, chi fuma ha un rischio maggiore, di conseguenza porta ulteriormente acqua alle problematiche già in atto per questa patologia. Con la mia collega Baio, alla quale mi legano un affetto e una stima profonda, ci siamo trovate spesso a dibattere di questi temi. La scienza ci conforta (*Commenti della senatrice Baio*). Ma, soprattutto, la senatrice Baio, intelligentemente, dopo queste grandi discussioni, ha deciso e ha vinto la sua battaglia, tant'è che non fuma più, e di questo siamo tutti contenti. (*Applausi*).

Termino il mio intervento citando un unico dato, che dovrebbe un po' allarmarci, dando per acquisiti tutti gli altri che sono emersi dal dibattito: i diabetici vivono in media 7,5 anni in meno gli uomini e 8,2 anni in meno le donne rispetto a quelli che non hanno il diabete. Visto che l'uomo è fatto per vivere e ognuno di noi vorrebbe che la propria morte fosse il più lontano possibile, riflettiamo su questo e diciamo ai nostri concittadini che il diabete è una

fonte di diminuzione della vita personale. Per questo abbiamo assolutamente bisogno - ritorno qui alla prima parte del mio intervento - di volerci più bene, di controllarci maggiormente e di avere stili di vita più corretti.

Per queste ragioni, desidero ringraziare l'Assemblea per l'interessante dibattito che si è sviluppato e un ringraziamento particolare va alla collega Baio. Dichiaro infine in maniera convinta il voto favorevole del mio Gruppo sulla mozione in esame. *(Applausi dai Gruppi PdL, PD e IdV e dei senatori Fosson e Astore. Congratulazioni).*

FOSSON (UDC-SVP-Aut). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FOSSON (UDC-SVP-Aut). Signora Presidente, signor Vice Ministro, onorevoli colleghi, svolgerò una breve dichiarazione di voto per assicurare il voto favorevole del mio Gruppo e mio su questa mozione e ringraziando il professor Fazio per la sua concretezza. Il diabete non è certo una malattia come le altre. Si configura - come è stato detto - come una vera epidemia peraltro in aumento, che impegna il 6,65 della spesa sanitaria. Ma ciò che fa soprattutto riflettere è che si tratta di una spesa rivolta alle complicanze. Sottolineo come esse, oltre al piede diabetico e quelle sessuali, siano statisticamente più frequenti nell'uomo che nella donna.

Sicuramente in questa battaglia contro questa epidemia uno spazio grande va dato all'informazione. Un'informazione che deve rivolgersi anche all'obesità e ai disturbi alimentari, soprattutto ad una cattiva alimentazione. Al riguardo, ricordo che è all'esame della Commissione sanità il disegno di legge n. 108, recante norme a tutela delle persone affette da obesità.

Abbiamo una legge, signor Ministro, come lei ha citato, che è un esempio per tutta l'Europa, ma non è applicata in tutte le Regioni. È venuta l'ora di applicarla e, come affermato dal senatore Astore, la verifica di tale applicazione sta proprio nello stringere i rapporti tra ospedale e territorio. Se non consolideremo i rapporti tra medico di famiglia e ospedale, non aumenteremo la nostra efficacia nella cura di questa malattia. *(Applausi dal Gruppo PD e del senatore Astore).*

MASCITELLI (IdV). Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MASCITELLI (IdV). Signor Presidente, signor Vice ministro, il Gruppo dell'Italia dei Valori vuole confermare e rafforzare con piena convinzione il sostegno alla mozione presentata dalla senatrice Baio. Non a caso, il terzo firmatario della mozione, il senatore Astore - all'epoca componente e rappresentante dell'Italia dei Valori in Commissione sanità - con la sua competenza ha confermato la validità di questa mozione. Chiedo quindi alla senatrice Baio di poter avere l'autorizzazione ad associare la mia firma e quella della senatrice Carlino ad una mozione che riteniamo di grande pregio e di grande merito.

Consentitemi, però, due semplici considerazioni e lo dico - rivolgendomi in modo particolare all'autorevolezza del Vice ministro - senza polemica, perché questa mattina in Aula si è trovato un momento di ampia e forte condivisione su un tema, affrontato da autorevoli relatori che mi hanno preceduto, di grande importanza sociale. La prima considerazione che mi viene da fare è che la mozione della senatrice Baio è datata luglio 2009; siamo a dicembre e sono passati quasi sei mesi per discutere di un problema che, ha fatto bene il collega senatore Fosson, medico come me, a chiamarlo epidemia; questa è infatti la definizione che ha dato l'Organizzazione mondiale della sanità: epidemia mondiale del diabete. Stiamo parlando di un problema che affligge 3 milioni di concittadini, che era stato posto con grande sensibilità e autorevolezza dalla senatrice Baio e da tutti i senatori anche della maggioranza che hanno cofirmato la mozione, e ne stiamo discutendo soltanto a dicembre, approfittando forse di uno spazio di riserva, di un'area di risulta dell'attività parlamentare, in quanto siamo in attesa del ritorno della finanziaria dalla Camera dei deputati. Diciamoci le cose senza ipocrisia; siamo in attesa della finanziaria di ritorno dalla Camera dei deputati e che decolli il processo breve e, quindi, in questo spazio morto dell'attività parlamentare, parliamo di un problema straordinario che interessa 3 milioni di italiani. Vorrei che questo dato cronologico

fosse soltanto una coincidenza; come medico e come italiano, voglio illudermi che sia soltanto un problema di coincidenza.

Vengo alla seconda considerazione, signora Presidente. Anche se sembra assurdo considerando gli effetti importanti che questa mozione ha saputo ripresentare all'attività dell'Aula, la sua intelligenza e la sua competenza, il contenuto riguarda in sintesi fondamentalmente due temi semplici: la mozione chiede la gratuità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche su una malattia sociale di grande rilevanza e l'uniformità in tutte le Regioni d'Italia. Allora, su questi due punti, l'altra considerazione da fare è che noi oggi non dovremmo essere qui a richiedere con forza e autorevolezza al Governo che vengano di nuovo affrontate le questioni della gratuità e dell'uniformità.

Infatti, come è stato ricordato dalla senatrice che mi ha poc'anzi preceduto, già nel lontano 1987, con la legge quadro n. 115, si stabilivano dei principi molto chiari, fermi e ponderati, tra i quali vi era anche la necessità di una distribuzione gratuita dei fondamentali presidi diagnostici e terapeutici. È evidente che dal 1987 le conoscenze scientifico-mediche sono notevolmente mutate. Era altrettanto evidente che l'adeguamento da parte di un Servizio sanitario nazionale pubblico a questi miglioramenti delle conoscenze tecnico-scientifiche dovesse essere necessariamente un atto dovuto, ma non lo è stato e non lo è.

Voglio raccontare il contenuto di una delle tante lettere che pervengono spesso a noi senatori. Un malato diabetico che lavora mi ha posto un quesito, che rivolgo al Vice ministro. Premetto che l'articolo 71 del decreto-legge n. 112 ricodifica i permessi dall'attività lavorativa, distinguendoli tra permessi brevi e permessi per malattia; chi matura un certo numero di giorni per malattia non ha più diritto a premi di produzione e a quant'altro. Il malato diabetico mi ha rivolto la seguente domanda: se si deve assentare - come succede - dai 2 ai 4 giorni nell'arco di un anno per sottoporsi a presidi diagnostici e terapeutici, vuole sapere se ciò gli vale come malattia e quindi è discriminato. In sostanza, come malato cronico diabetico, per sottoporsi alle tante buone intenzioni di una adeguata prevenzione e terapia del diabete, si deve sottoporre a trattamenti presentandoli come malattia e quindi, come tale, è discriminato sul posto di lavoro. Non ho saputo dare una risposta al quesito di questo cittadino paziente, quesito che rivolgo al Vice ministro. Hanno ragione poi tutti coloro che mi hanno preceduto nel dire che si tratta anche di un problema di cultura, di come noi affrontiamo patologie del genere che sono di grande rilevanza sociale. Non dobbiamo scimmiettare i Paesi anglosassoni o i Paesi esteri. Negli Stati Uniti hanno preparato e scritto una carta del lavoratore diabetico che addirittura tratta anche della scelta dei turni di lavoro, in quanto uno studio fatto ha dimostrato che il lavoro nelle ore notturne aggrava la malattia. In Germania un bellissimo documento della società tedesca per la diabetologia individua alcuni metodi di approccio del cittadino diabetico nei confronti di questa patologia invalidante.

Un altro aspetto molto importante è stato ben messo in rilievo dalla senatrice Baio e dagli autorevoli colleghi che hanno firmato la mozione in questione. Sarà per nostra deformazione professionale di Gruppo senatoriale, ma l'aspetto che più ci piace è il bellissimo richiamo fatto nella mozione all'articolo 32 della Costituzione, laddove si mette in rilievo che la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e - attenzione - molto più importante è la frase successiva che parla di interesse sociale. Mai come adesso la patologia cronica del diabete è un interesse sociale del Paese. Non abbiamo bisogno di proliferare con dati, numeri e statistiche. Tuttavia, facendo parte della Commissione bilancio, ho avuto modo di esaminare alcuni dati che ci sono pervenuti in base ai quali la patologia del diabete costa, signor Vice ministro, il 6,6 per cento del Fondo sanitario nazionale.

Le complicanze cardiocerebrovascolari o microvascolari fanno aumentare di tre o quattro volte - e, se unite, anche di cinque volte - il costo del Servizio sanitario nazionale. Poc'anzi è stato giustamente evidenziato che spendere di più oggi significa spendere meno domani.

Mi avvio alla conclusione, signora Presidente, sottolineando che è stato compiuto un buon lavoro dal precedente Governo, in occasione della definizione dei livelli essenziali di assistenza, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2008, laddove è stata ribadita la necessità di garantire gratuità ai servizi diagnostici e terapeutici di questa patologia. Prendiamo atto dell'impegno assunto dal vice ministro Fazio, a nome del Governo, sulla necessità che in sede di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza vengano garantiti tutti i presidi diagnostici, anche alla luce delle moderne acquisizioni e cognizioni scientifiche. Possiamo certamente inserire tutto questo - è interessante la proposta avanzata dal senatore Astore - nell'ambito di un progetto obiettivo, anche se la mia esperienza mi porta ad immaginare altri progetti obiettivi, come la prevenzione oncologica. A tale proposito, sottolineo che spesso in Italia vi sono liste di attesa per una mammografia di molti mesi.

Quindi, può essere fatto sotto qualsiasi forma. È importante, però, l'impegno assunto dal Governo ed è importante che il Parlamento possa tutelare questo stesso impegno. Anche se è stato già evidenziato, desidero ribadire che rispetto a questo problema sociale il Paese non è uniforme. Anche rispetto agli effetti devastanti della crisi economica non vi è uguaglianza, ma in quel caso abbiamo almeno l'alibi che la crisi economica non era prevedibile. Viceversa la patologia, la prevenzione e tutto lo strumentario per migliorare il diabete non hanno l'alibi dell'imprevedibilità, ma purtroppo il Paese non appare uniforme: non lo affermiamo noi, lo sostiene lo studio sulla qualità dell'assistenza alle persone diabetiche nelle Regioni italiane (studio QUADRI), effettuato dall'Istituto superiore della sanità, al quale penso il vice ministro Fazio faccia riferimento come punto importante. Da tale studio risulta che dalla Basilicata all'Umbria fino alla Lombardia vi sono comportamenti, trattamenti, assistenze, servizi e strutture completamente diversi. Ponendo questi problemi all'interno dei livelli essenziali di assistenza e di indirizzi ben precisi del Governo nazionale, si condizionano tutte le Regioni, nel rispetto della loro autonomia, ad adeguarsi ad un livello minimo ed essenziale per i cittadini affetti da tale patologia. (*Applausi dai Gruppi IdV e PD e dei senatori Cursi e D'Ambrosio Lettieri*).

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

RIZZI (*LNP*). Signora Presidente, onorevoli colleghi, desidero anzitutto ringraziare il vice ministro Fazio per i chiarimenti forniti che, come al solito, sono precisi e puntuali. In particolare, però, voglio ringraziare la collega Baio per l'idea di questa mozione che prontamente è diventata *bipartisan* ed è stata sottoscritta in modo assolutamente convinto dal Gruppo Lega Nord.

La mozione n. 174 è finalizzata fondamentalmente alla prevenzione del diabete che - come abbiamo ascoltato negli interventi svolti in discussione generale - è una malattia che colpisce oltre 3 milioni di individui in Italia ed oltre 250 milioni di individui nel mondo. Tale mozione, dunque, impegna il Governo a stanziare risorse per la prevenzione affinché questa malattia possa essere combattuta dall'inizio, migliorando la qualità di vita dei pazienti affetti da diabete, ma anche affinché la spesa sanitaria possa essere razionalizzata e far sì che gli investimenti effettuati oggi possano produrre effetti benefici in futuro.

Condivido pressoché totalmente gli interventi che si sono susseguiti oggi in quest'Aula e ricordo quello del senatore Massidda, che ha voluto sottolineare un principio fondamentale di educazione sanitaria, partendo dalle scuole e dai ragazzi. La vera sfida nei confronti di questa malattia è infatti quella di combattere il diabete giovanile, ovvero una piaga che rischia di diventare veramente importante nei prossimi anni, insieme all'altro grosso rischio patologico dell'obesità giovanile, su cui ho presentato una mozione, insieme al senatore Massimo Garavaglia, che auspichiamo possa essere presto discussa in Aula, per sottoporre all'attenzione del Paese anche questo ulteriore rischio e le possibilità della sua prevenzione, anche semplicemente intervenendo sulla pubblicità e sulla promozione di alcuni prodotti alimentari tanto cari ai nostri giovani.

Ringrazio il senatore Astore per aver posto alla nostra attenzione alcune particolarità, tra cui la necessità assoluta di creare una rete territoriale. Questo è forse l'anello più debole della catena, perché è assolutamente vero che troppo spesso la rete ospedaliera non dialoga con quella dei medici di medicina generale: questo aspetto va assolutamente implementato, insieme alla necessità di uniformare davvero l'intervento delle Regioni, senza creare come al solito situazioni di serie A e situazioni di serie B. Da ciò deriva l'importanza che sia il Governo centrale non a dettar legge alle Regioni - che giustamente devono avere la propria autonomia in materia, che è stata conquistata con difficoltà - ma a creare un collante che riesca, almeno per questa materia e in un'ottica di programmazione, ad offrire le stesse opportunità di cura in tutta la Penisola, andando a stimolare la nascita e il miglioramento dei centri diabetologici esistenti. Non posso dunque che ringraziare la collega Mariapia Garavaglia per avere introdotto nel dibattito di questa mattina un argomento particolarmente caro alla Lega Nord, come quello relativo al Senato delle Regioni che, se fosse già esistente, sarebbe sicuramente la sede opportuna non solo per discutere una mozione e sollevare un problema, ma anche per realizzare concretamente e direttamente degli interventi.

Concludo rafforzando un concetto che non è emerso, se non in maniera molto velata, nel dibattito di questa mattina. I centri di diabetologia sono sicuramente importanti, sono dei

punti di riferimento sul territorio, sono fortunatamente tanti e distribuiti su tutto il territorio nazionale e svolgono un ottimo lavoro. Credo però debba essere pensato un ampliamento non attraverso il solito centro di diabetologia, che va ad agire prevalentemente sulla prevenzione e sulla cura del diabete di base. Non dobbiamo dimenticare infatti che il diabete non è una patologia semplice e che le complicanze del diabete hanno risvolti assolutamente drammatici: dobbiamo pertanto attrezzarci, anche con pochi centri di riferimento che però siano perlomeno uno per Regione, in cui possa essere fatta ad altissimo livello la terapia delle complicanze del diabete. *(Applausi del senatore Astore)*.

Riusciamo infatti ad ottenere grandissimi risultati fino a un certo punto, ma poi i diabetici vengono amputati e conducono una vita veramente impressionante, incompatibile con una qualità della vita che si possa definire tale. Dobbiamo riuscire a creare dei centri che, a seguito di investimenti di denaro certamente non indifferenti, possano implementarsi con l'inserzione degli elettroestimolatori midollari per le micro e per le macroangiopatie diabetiche, ad esempio, che tanti arti salvano e che tanta prevenzione possono favorire nel caso di piede diabetico. Le camere iperbariche, molto spesso demonizzate, ma sicuramente troppo poco presenti sul nostro territorio, rappresentano un'ulteriore possibilità di migliorare in maniera decisiva la vascolarizzazione degli arti dei diabetici, ma non vi si fa quasi mai ricorso perché ce ne sono poche, sono scomode, costano e non vengono convenzionate con i centri.

Per questo mi sento di stimolare il Governo - e so che il Vice Ministro è sensibile da questo punto di vista oltre che essere «del mestiere» - ad andare addirittura oltre la mozione della collega Baio e a non pensare solo ai legittimi discorsi sulla prevenzione e sui costi, ma a prendere anche in considerazione quegli interventi, che sono sicuramente più complessi e importanti, ma che - alla luce del progresso della scienza e della tecnica che ricordava il collega Mascitelli - non possiamo sicuramente ignorare e dobbiamo assolutamente offrire alla nostra popolazione e ai nostri cittadini.

Solo allora potrà essere davvero completata la lotta contro il diabete. Auspico davvero che, pur in un'Aula deserta, la voce forte del Senato e del Parlamento arrivi non tanto al Governo, sicuramente recettivo, ma a tutto il Paese e si possa davvero riuscire, in un futuro speriamo non tanto lontano, a guardare alle spalle il diabete come un problema del passato ed una realtà assolutamente normale, da combattere quotidianamente per il futuro come tutte le altre malattie.

È vero quanto ricordavano i senatori Massidda e Mascitelli. Parliamo di influenza come pandemia, ma l'influenza non determina le invalidità che può determinare il diabete e 250 milioni di individui affetti in un anno costituiscono una vera e propria pandemia.

Credo che l'allarme sanitario debba suonare. Gli scudi debbano alzarsi ma soprattutto tutte le armi a disposizione debbano essere messi in campo. *(Applausi dai Gruppi LNP e PD e del senatore D'Ambrosio Lettieri)*.

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

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BAIO (PD). Signora Presidente, ringrazio il vice ministro Fazio e tutti i colleghi intervenuti. La mozione che stiamo per votare è una scelta importante per i pazienti diabetici, per le loro famiglie, per le associazioni che si occupano di queste persone e per l'intera società.

Mi sono confrontata sul tema e per una questione di correttezza e di condivisione invierò a lei, signor Vice Ministro, ed a tutti i colleghi intervenuti le tantissime *e-mail* che ho ricevuto, nelle quali mi venivano evidenziate alcune richieste da sottoporre al Governo oltre che le paure e le angosce che un paziente diabetico ha, soprattutto quando vede negati alcuni dei suoi diritti.

La scelta che stiamo facendo oggi è quindi un atto di civiltà, in grado innanzitutto di realizzare l'articolo 32 della Costituzione e di aprire un varco importante, attraverso l'impegno che ha assunto qui, oggi, davanti a tutti noi il Governo. Come è stato ricordato, i diabetici rappresentano oggi circa il 4,5 per cento della popolazione, pari a circa 2,6 milioni di persone, ma si stima che in Italia i malati siano 3,5 milioni, pari al 6 per cento della popolazione.

Questo significa che quasi un milione di persone è affetto da questa malattia, ma non sa di essere malato; sta male ma non sa di cosa, anche perché alcune volte si fatica a diagnosticarlo. Non è quindi sottoposto ad alcun trattamento e si stima che entro il 2010 in Italia si arrivi a 4,5 milioni di persone con questa malattia.

Il sistema sanitario nazionale deve fare qualcosa in più per il diabetico affinché possa curarsi adeguatamente attraverso un autocontrollo, che è l'elemento essenziale per i pazienti diabetici.

Serve un Sistema sanitario che sappia andare loro incontro, serve l'aspetto diagnostico, l'aspetto terapeutico, ma l'autocontrollo per un malato cronico è la vera grande forza del progetto terapeutico per quel paziente: lo insegnano a tutti i pazienti diabetici e anche agli altri pazienti affetti da una malattia cronica. D'altro canto, il diabete è una pandemia sociale maledettamente silente; se si manifestasse in modo più evidente sarebbe anche più semplice da diagnosticare e da curare. Invece - uso questo termine volutamente - è maledettamente silente.

L'Italia ha fatto molto: la legge n. 115 del 1987 è una ottima legge che ha consentito di farsi carico di queste persone (quando facciamo qualcosa di buono vale la pena anche di ricordarlo e di evidenziarlo). Oggi andiamo incontro ad una migliore applicazione di questa legge. L'impegno che ha assunto lei, signor Vice Ministro, va proprio in questa direzione, a conferma della legge e anche della filosofia sanitaria in essa contenuta. Ma allora possiamo chiederci perché serviva scrivere una mozione e condividerla anche trasversalmente in questo modo? Perché purtroppo - non vorremmo dirlo ma è così - esiste una discrepanza nell'applicazione della legge sia tra le diverse Regioni sia all'interno della stessa Regione.

Occorre quindi un controllo maggiore da parte delle istituzioni; un controllo affinché sia possibile evidenziare quelle complicità del diabete, che è una patologia appunto silente e con diverse sfaccettature, che nella fase iniziale sono anche loro maledettamente silenti; non si manifestano in modo evidente. Certo, un professionista esperto, un medico le sa diagnosticare bene. Lei lo sa, professor Fazio, perché viene da una delle maggiori cliniche diabetologiche presenti sul territorio nazionale. Purtroppo però non sempre il paziente diabetico incrocia il professionista serio, come diceva prima anche il collega Mascitelli.

Allora, voglio portare qui un esempio - e già stato citato - per fare capire di cosa stiamo parlando e perché abbiamo scritto e condiviso questa mozione. L'esempio più calzante è quello delle strisce per la rilevazione della glicemia, che è una banalità per un paziente diabetico che le deve avere nella sua borsa, le deve portare in tasca per controllare costantemente la sua glicemia. La logica del reale bisogno del paziente però non presente su tutto il territorio nazionale perché purtroppo è la logica dell'economia della Regione di riferimento. Lo dico abbassando il tono di voce, non ce l'ho con nessuno però non si può vedere negata per un paziente diabetico la striscia per la rilevazione della glicemia: sembra che ogni volta debba dimostrare di essere diabetico e debba farlo chiedendo la carità. (*Applausi dei senatori D'Ambrosio Lettieri, Garavaglia Mariapia e Astore*). Sono cose che non possono succedere in uno Stato civile come il nostro, ma che invece purtroppo accadono. È vero che c'è una legge e un Ministero che garantiscono il diritto però poi di fatto, maledettamente, quel paziente, quel cittadino che non conosce tutte le leggi e tutte le dinamiche organizzative del sistema sanitario nazionale, si vede negato il proprio diritto.

Tra le tante persone che mi hanno scritto, il signor Cristian Agnoli, presidente di una delle tantissime associazioni, mi dice che i diabetici non sono tutti uguali. Questo va detto: il diabete di tipo 1 meriterebbe una sezione dedicata, anche se rappresenta meno del cinque per cento dei 3 milioni di diabetici. Stiamo parlando del diabete insulino dipendente rispetto a quello dei pazienti che prendono gli ipoglicemizanti. Questo signore, come tanti altri, si sente incompreso nella gestione della sua malattia, e di conseguenza abbandonato. Come dare loro torto?

Il paziente diabetico affetto da una cronicità, che in alcuni casi dura un'intera vita, si trova spesso a dover giustificare la sua malattia; deve spesso dimostrare di esserne affetto per vedersi riconoscere almeno una parte dei propri diritti.

Se poi il paziente è un bambino - lo ha ricordato prima il professor Massidda e su questo aspetto vorrei si ponesse la massima attenzione - le difficoltà che sorgono per la mancanza di personale scolastico in grado di somministrare le cure necessarie si riversano nella capacità di integrazione del minore in un'età molto difficile. Io non voglio parlare di me stessa, ma ho scoperto di avere il diabete all'età di nove anni: se non avessi avuto un insegnante ed una famiglia che mi educava correttamente credo non sarei potuta nemmeno essere qui.

Ancora, alcune prestazioni relative a complicanze connesse al diabete sono addirittura escluse dai LEA. In particolar modo vorrei soffermarmi sul cosiddetto piede diabetico, che incide sul 4-5 per cento della popolazione diabetica. Come lei, signor Vice Ministro, ha ricordato, nei nuovi LEA è stato previsto sia l'aspetto diagnostico che quello terapeutico. Se non curato adeguatamente si arriva all'amputazione e i dati ci fotografano una realtà agghiacciante: la

prevalenza di amputazioni totali equivale al 3,6 per cento su 100.000 casi, ovvero in Italia il numero di amputazioni è pari a 6.197, di cui 2.067 sono amputazioni maggiori: riguardano la gamba, sopra la caviglia o sopra il ginocchio. Sono numeri tragici: il 15 per cento dei diabetici che ha un'ulcera ad un piede andrà incontro ad un'amputazione; il 50 per cento degli amputati subirà entro cinque anni una seconda amputazione; il 50 per cento degli amputati ha un elevato rischio di morte entro cinque anni. I danni psicologici, oltre che fisici, sono quindi inestimabili. Il nomenclatore tariffario nazionale, non aggiornato da un decennio, ad oggi prevede che i pazienti con piede a rischio per ulcerazioni o con esiti di ulcerazione e amputazione pregressa abbiano diritto solo ad una scarpa con relativa soletta, che vengono cambiate solo qualora usurate. Inoltre, non essendo aggiornato, non permette una corretta valorizzazione economica dei presidi che sono oggi disponibili sul mercato. La maggior parte della persone affette da piede diabetico è anziana, di conseguenza passa la maggior parte del tempo in casa: ha pertanto necessità di disporre di una ciabatta o di un sandalo.

Mi spiace dire queste cose, ma le dico per far capire la banalità di quello che manca in Italia. Abbiamo una buona legge, è prescritto, eppure, maledettamente, queste persone sapete a cosa sono sottoposte? A dover chiedere l'invalidità, perché altrimenti non vengono loro riconosciute. Ma perché mai una persona deve dire di essere invalida quando non lo è? Perché in Italia chiediamo cose impossibili per vedere riconosciuti i diritti?

La discussione oggi di questa mozione, e la sua la condivisione, è allora anche per dire che vogliamo sicuramente riprendere in mano il problema e affrontarlo nella sua interezza. Vogliamo correggere queste storture applicative perché sono un non senso e nessuno di noi pensa di voler realizzare un non senso, almeno noi che siamo qui sicuramente.

Approvando questa mozione e con la volontà del Governo possiamo davvero dare una risposta concreta al diabetico e cerchiamo di farlo mutuando le esperienze delle Regioni che oggi fanno di più e meglio rispetto ad altre. Noi le conosciamo, sappiamo che la Toscana, per esempio, è caratterizzata da un'ottima applicazione della normativa, migliore rispetto a quella di altre Regioni, come la Lombardia, anche se poi, anche lì, vi sono discrepanze. Mutuiamo allora questa esperienza e facciamola diventare applicazione sul livello nazionale. Impegniamoci tutti insieme.

Accanto a questo, oggi permettiamo anche l'applicazione di una dichiarazione scritta che era stata presentata e approvata dal Parlamento europeo (è qui presente il senatore Andria, che allora su di essa si era impegnato come parlamentare europeo). Quindi, diventiamo anche più e meglio cittadini europei, realizzando la prevenzione, lavorando sulla ricerca, perché i pazienti diabetici vogliono vivere una vita normale e, grazie a quello che lei, signor Vice Ministro, e che noi abbiamo riconosciuto oggi, potranno, speriamo, vivere meglio.

Noi come Parlamento ci impegniamo a essere vigili e lo faremo trasversalmente. Saremo vigili affinché quanto è stato detto oggi in questa sede diventi vita vissuta per tutti i pazienti diabetici. Sono certa che già questo pomeriggio queste stesse persone ringrazieranno il Governo e tutti noi. *(Generali applausi. Molte congratulazioni)*.

PRESIDENTE. Metto ai voti la mozione n. 174, presentata dalla senatrice Baio e da altri senatori.

È approvata. *(Applausi)*.