

739.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Organizzazione dei tempi di esame: pdl n. 3113 ed abb. e pdl n. 259-B	3	Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio)	9
Comunicazioni	6	Autorità nazionale anticorruzione (Trasmissione di un documento)	9
Missioni vevoli nella seduta del 9 febbraio 2017	6	Garante del contribuente per la Calabria (Trasmissione di un documento)	9
Progetti di legge (Annunzio; Trasmissioni dal Senato)	6, 7	Atti di controllo e di indirizzo	9
Presidente del Senato (Trasmissioni di documenti)	7	Proposta di legge n. 2-A	10
Corte dei conti (Trasmissione di un documento)	7	Parere della I Commissione	10
Documenti ministeriali (Trasmissioni)	7, 8	Parere della V Commissione	10
Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di un documento)	8	Articolo 1 e relative proposte emendative .	10
		Articolo 2 e relativa proposta emendativa .	11
		Articolo 3 e relativa proposta emendativa .	12
		Articolo 4 e relativa proposta emendativa .	13
		Articolo 5 e relative proposte emendative .	13

N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

	PAG.		PAG.
Articolo 6 e relativa proposta emendativa .	14	Mozioni Vezzali, Valiante, Calabrò, Fitzgerald Nissoli ed altri n. 1-01412, Rondini ed altri n. 1-01495, Palese ed altri n. 1-01496, Binetti ed altri n. 1-01497, Amato ed altri n. 1-01498, Brignone ed altri n. 1-01499, Gullo ed altri n. 1-01500, Vargiu ed altri n. 1-01501 e Nicchi ed altri n. 1-01502 concernenti iniziative volte a prevenire e contrastare la diffusione del citomegalovirus	20
Articolo 7 e relativa proposta emendativa .	15		
Articolo 8	15		
Articolo 9 e relativa proposta emendativa .	15		
Articolo 10	16		
Articolo 11 e relativa proposta emendativa .	16		
Articolo 12 e relative proposte emendative .	16		
Articolo 13	19	Mozioni	20

ORGANIZZAZIONE DEI TEMPI DI ESAME: PDL N. 3113 ED ABB. E PDL N. 259-B**PDL N. 3113 ED ABB. — DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROCEDIMENTO ELETTORALE**

Tempo complessivo: 15 ore, di cui:

- discussione generale: 7 ore e 30 minuti;
- seguito dell'esame: 7 ore e 30 minuti.

	<i>Discussione generale</i>	<i>Seguito dell'esame</i>
Relatore	15 minuti	15 minuti
Governo	15 minuti	15 minuti
Richiami al Regolamento	10 minuti	10 minuti
Tempi tecnici		45 minuti
Interventi a titolo personale	1 ora e 16 minuti (con il limite massimo di 15 minuti per ciascun deputato)	1 ora e 8 minuti (con il limite massimo di 8 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)
Gruppi	5 ore e 34 minuti	4 ore e 57 minuti
<i>Partito Democratico</i>	<i>33 minuti</i>	<i>1 ora e 27 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>31 minuti</i>	<i>35 minuti</i>
<i>Forza Italia – Popolo della Libertà – Berlusconi Presidente</i>	<i>30 minuti</i>	<i>26 minuti</i>
<i>Sinistra Italiana - Sinistra Ecologia Libertà</i>	<i>30 minuti</i>	<i>21 minuti</i>
<i>Area Popolare - NCD – Centristi per l'Italia</i>	<i>30 minuti</i>	<i>20 minuti</i>
<i>Lega Nord e Autonomie – Lega dei Popoli – Noi con Salvini</i>	<i>30 minuti</i>	<i>18 minuti</i>
<i>Civici e Innovatori</i>	<i>30 minuti</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Scelta Civica – ALA per la Costituente Liberale e Popolare - MAIE</i>	<i>30 minuti</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Democrazia Solidale – Centro Democratico</i>	<i>30 minuti</i>	<i>17 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia – Alleanza Nazionale</i>	<i>30 minuti</i>	<i>16 minuti</i>

Misto:	30 minuti	23 minuti
<i>Conservatori e Riformisti</i>	<i>8 minuti</i>	<i>6 minuti</i>
<i>Alternativa Libera - Possibile</i>	<i>8 minuti</i>	<i>6 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>4 minuti</i>	<i>3 minuti</i>
<i>UDC</i>	<i>3 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>USEI-IDEA (Unione Sudamericana Emigrati Italiani)</i>	<i>3 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>FARE! – Pri</i>	<i>2 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Partito Socialista Italiano (PSI) – Liberali per l'Italia (PLI)</i>	<i>2 minuti</i>	<i>2 minuti</i>

PDL N. 259-B – RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL PERSONALE SANITARIO

Tempo complessivo: 15 ore, di cui:

- discussione generale: 8 ore;
- seguito dell'esame: 7 ore.

	<i>Discussione generale</i>	<i>Seguito dell'esame</i>
Relatore per la maggioranza	15 minuti	15 minuti
Relatore di minoranza	10 minuti	10 minuti
Governo	15 minuti	15 minuti
Richiami al Regolamento	10 minuti	10 minuti
Tempi tecnici		45 minuti
Interventi a titolo personale	1 ora e 20 minuti (con il limite massimo di 15 minuti per ciascun deputato)	1 ora (con il limite massimo di 7 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato)
Gruppi	5 ore e 50 minuti	4 ore e 25 minuti
<i>Partito Democratico</i>	<i>39 minuti</i>	<i>1 ora e 15 minuti</i>
<i>MoVimento 5 Stelle</i>	<i>33 minuti</i>	<i>31 minuti</i>
<i>Forza Italia – Popolo della Libertà – Berlusconi Presidente</i>	<i>32 minuti</i>	<i>23 minuti</i>
<i>Sinistra Italiana - Sinistra Ecologia Libertà</i>	<i>31 minuti</i>	<i>19 minuti</i>
<i>Area Popolare - NCD – Centristi per l'Italia</i>	<i>31 minuti</i>	<i>18 minuti</i>

<i>Legha Nord e Autonomie – Lega dei Popoli – Noi con Salvini</i>	<i>31 minuti</i>	<i>16 minuti</i>
<i>Civici e Innovatori</i>	<i>31 minuti</i>	<i>16 minuti</i>
<i>Scelta Civica – ALA per la Costituente Liberale e Popolare - MAIE</i>	<i>31 minuti</i>	<i>16 minuti</i>
<i>Democrazia Solidale – Centro Democratico</i>	<i>30 minuti</i>	<i>15 minuti</i>
<i>Fratelli d'Italia – Alleanza Nazionale</i>	<i>30 minuti</i>	<i>15 minuti</i>
<i>Misto:</i>	<i>31 minuti</i>	<i>21 minuti</i>
<i>Conservatori e Riformisti</i>	<i>8 minuti</i>	<i>5 minuti</i>
<i>Alternativa Libera - Possibile</i>	<i>8 minuti</i>	<i>5 minuti</i>
<i>Minoranze Linguistiche</i>	<i>5 minuti</i>	<i>3 minuti</i>
<i>UDC</i>	<i>3 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>USEI-IDEA (Unione Sudamericana Emigrati Italiani)</i>	<i>3 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>FARE! – Pri</i>	<i>2 minuti</i>	<i>2 minuti</i>
<i>Partito Socialista Italiano (PSI) – Liberali per l'Italia (PLI)</i>	<i>2 minuti</i>	<i>2 minuti</i>

COMUNICAZIONI

Missioni valevoli nella seduta del 9 febbraio 2017.

Angelino Alfano, Gioacchino Alfano, Alfreider, Alli, Amendola, Amici, Artini, Baldelli, Baretta, Bellanova, Bernardo, Dorina Bianchi, Bindi, Biondelli, Bobba, Bocci, Bonifazi, Michele Bordo, Borletti Dell'Acqua, Boschi, Matteo Bragantini, Brambilla, Bratti, Bressa, Brunetta, Bueno, Caparini, Casero, Caso, Castiglione, Catania, Causin, Censore, Antimo Cesaro, Cicchitto, Cirielli, Colonnese, Coppola, Costa, D'Alia, Dambruoso, Damiano, De Menech, De Micheli, Del Basso De Caro, Dellai, Di Gioia, Epifani, Faraone, Fedriga, Ferranti, Ferrara, Fico, Fioroni, Gregorio Fontana, Fontanelli, Fraccaro, Franceschini, Giampaolo Galli, Garofani, Gelli, Gentiloni Silveri, Giachetti, Giacomelli, Giancarlo Giorgetti, Giorgis, Gozi, Greco, Lorenzo Guerini, La Russa, Locatelli, Lorenzin, Losacco, Lotti, Lupi, Madia, Manciuilli, Mannino, Marazziti, Antonio Martino, Mazziotti Di Celso, Meta, Migliore, Mucci, Orlando, Pannarale, Piccoli Nardelli, Pisicchio, Portas, Rampelli, Ravetto, Reacci, Francesco Saverio Romano, Rosato, Domenico Rossi, Rossomando, Rughetti, Sanga, Sani, Scanu, Schullian, Scotto, Sereni, Sottanelli, Speranza, Tabacci, Tofalo, Valeria Valente, Velo, Vignali, Villecco Calipari.

Annunzio di proposte di legge.

In data 8 febbraio 2017 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

VALIANTE ed altri: « Modifiche al testo unico delle leggi recanti norme per la elezione della Camera dei deputati, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 1957, n. 361, concernente l'eliminazione della disciplina speciale per i capilista » (4281);

PROPOSTA DI LEGGE COSTITUZIONALE NICOLETTI: « Modifiche all'articolo 135 della Costituzione e alla legge Corte costituzionale 22 novembre 1967 n. 2, in materia di elezione dei giudici della Corte costituzionale » (4282);

AIRAUDO ed altri: « Disposizioni concernenti le prestazioni di lavoro con modalità di esecuzione organizzate o coordinate dal committente » (4283);

TURCO ed altri: « Abrogazione delle leggi 21 dicembre 2005, n. 270, e 6 maggio 2015, n. 52, in materia di elezione della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica » (4284);

GREGORIO FONTANA: « Modifica all'articolo 2 della legge 18 aprile 1975, n. 110, in materia di inserimento della

pistola a impulso elettrico tra le armi comuni da sparo, e delega al Governo per il coordinamento normativo » (4285).

Saranno stampate e distribuite.

Trasmissioni dal Senato.

In data 8 febbraio 2017 il Presidente del Senato ha trasmesso alla Presidenza il seguente disegno di legge:

S. 2629. — « Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 dicembre 2016, n. 237, recante disposizioni urgenti per la tutela del risparmio nel settore creditizio » (*approvato dal Senato*) (4280).

Sarà stampato e distribuito.

Trasmissioni dal Presidente del Senato.

Il Presidente del Senato, con lettere in data 31 gennaio e 3 febbraio 2017, ha comunicato che sono state approvate, ai sensi dell'articolo 144, commi 1 e 6, del Regolamento del Senato, le seguenti risoluzioni:

risoluzione della 13^a Commissione (Territorio) sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda le misure specifiche volte a fornire assistenza supplementare agli Stati membri colpiti da catastrofi naturali (COM(2016) 778 final) (Atto Senato Doc. XVIII, n. 178), che è trasmessa alla VIII Commissione (Ambiente) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea);

risoluzione della 9^a Commissione (Agricoltura) sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche integrate sulle aziende agricole e che abroga i regolamenti (CE) n. 1166/2008 e (UE) n. 1337/2011 (COM(2016) 786 final) (Atto Senato Doc. XVIII, n. 179), che è trasmessa alla

XIII Commissione (Agricoltura) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Trasmissione dalla Corte dei conti.

Il Presidente della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 7 febbraio 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria del Museo della fisica e Centro studi e ricerche Enrico Fermi, per l'esercizio 2015. Alla determinazione sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 496).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla VII Commissione (Cultura).

Trasmissione dal Ministero della difesa.

Il Ministero della difesa ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, nei mesi di novembre e dicembre 2016, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279, e dell'articolo 6, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Questi decreti sono trasmessi alla IV Commissione (Difesa) e alla V Commissione (Bilancio).

Trasmissioni dal Ministero dello sviluppo economico.

Il Ministero dello sviluppo economico ha trasmesso decreti ministeriali recanti variazioni di bilancio tra capitoli dello stato di previsione del medesimo Ministero, autorizzate, in data 2 e 6 dicembre

2016, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Questi decreti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla X Commissione (Attività produttive).

Il Ministero dello sviluppo economico, con lettera del 3 febbraio 2017, ha trasmesso una nota relativa all'attuazione data all'ordine del giorno Gregorio FONTANA ed altri n. 9/3867-A/2, accolto dal Governo nella seduta dell'Assemblea del 14 settembre 2016, concernente la promozione di una campagna informativa sulle opportunità offerte al mondo dell'impresa dal sistema del brevetto unitario e dall'entrata in funzione del Tribunale Unificato dei Brevetti (TUB).

La suddetta nota è a disposizione degli onorevoli deputati presso il Servizio per il Controllo parlamentare ed è trasmessa alla X Commissione (Attività produttive) competente per materia.

Trasmissione dal Ministro dell'economia e delle finanze.

Il Ministro dell'economia e delle finanze, con lettera in data 3 febbraio 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 18, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, l'elenco delle somme che vengono conservate alla fine dell'anno finanziario 2016 e che potranno essere utilizzate nell'esercizio 2017 a copertura dei rispettivi provvedimenti legislativi.

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio).

Trasmissione dalla Ministra per i rapporti con il Parlamento.

La Ministra per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 6 febbraio 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 25 febbraio 1999, n. 66, la relazione d'inchiesta dell'Agenzia

nazionale per la sicurezza del volo concernente l'inconveniente grave occorso ad alcuni aeromobili nella zona di controllo di avvicinamento di Treviso, il 19 agosto 2015.

Questa relazione è trasmessa alla IX Commissione (Trasporti).

Trasmissione dal Ministro della salute.

Il Ministro della salute, con lettera in data 7 febbraio 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 15, comma 2, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione concernente la procedura d'infrazione n. 2017/0129, avviata, ai sensi dell'articolo 258 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, per mancato recepimento della direttiva 2015/2203/UE sul ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alle caseine e ai caseinati destinati all'alimentazione umana e che abroga la direttiva 83/417/CEE del Consiglio.

Questa relazione è trasmessa alla XIII Commissione (Agricoltura) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Trasmissione dal Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Dipartimento per le politiche europee della Presidenza del Consiglio dei ministri, in data 8 febbraio 2017, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, la relazione in merito alla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2004/37/CE sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro (COM(2017) 11 final).

Questa relazione è trasmessa alla XI Commissione (Lavoro), alla XII Commissione (Affari sociali) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 8 febbraio 2017, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, le proposte di decisione del Consiglio concernenti la posizione da adottare, a nome dell'Unione europea, in sede di comitato misto UE-Messico con riguardo alle modifiche dell'allegato III della decisione n. 2/2000 del Consiglio congiunto CE-Messico del 23 marzo 2000, relativo alla definizione della nozione di prodotti originari e ai metodi di cooperazione amministrativa (COM(2017) 64 final e COM(2017) 65 final), corredate dai relativi allegati (COM(2017) 64 final – Annex 1 e COM(2017) 65 final – Annex 1), che sono assegnate, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla III Commissione (Affari esteri), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

La proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un'Agenzia dell'Unione europea per la cooperazione fra i regolatori nazionali dell'energia (rifusione) (COM(2016) 863 final), già trasmessa dalla Commissione europea e assegnata, in data 17 gennaio 2017, ai sensi dell'articolo 127 del Regolamento, alla X Commissione (Attività produttive), con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea), è altresì assegnata alla medesima XIV Commissione ai fini della verifica della conformità al principio di sussidiarietà; il termine di otto settimane per la verifica di conformità, ai sensi del Protocollo sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di

proporzionalità allegato al Trattato sull'Unione europea, decorre dal 9 febbraio 2017.

Trasmissione dall'Autorità nazionale anticorruzione.

Il Presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione, con lettera in data 7 febbraio 2017, ha trasmesso lo schema delle linee guida, da adottare ai sensi dell'articolo 181, comma 4, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, concernente il monitoraggio delle amministrazioni aggiudicatrici sull'attività dell'operatore economico nei contratti di partenariato pubblico privato.

Questo documento è trasmesso alla VIII Commissione (Ambiente).

Trasmissione dal Garante del contribuente per la Calabria.

Il Garante del contribuente per la Calabria, con lettera in data 6 febbraio 2017, ha trasmesso la relazione sullo stato dei rapporti tra fisco e contribuenti nel campo della politica fiscale in Calabria, per l'anno 2016, predisposta ai sensi dell'articolo 13, comma 13-bis, della legge 27 luglio 2000, n. 212.

Questa relazione è trasmessa alla VI Commissione (Finanze).

Atti di controllo e di indirizzo.

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

PROPOSTA DI LEGGE: D'INIZIATIVA POPOLARE: TRATTATI INTERNAZIONALI, BASI E SERVITÙ MILITARI (A.C. 2-A)

A.C. 2-A – Parere della I Commissione

PARERE DELLA I COMMISSIONE SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

NULLA OSTA

sugli emendamenti contenuti nel fascicolo n. 3.

A.C. 2-A – Parere della V Commissione

PARERE DELLA V COMMISSIONE SUL TESTO DEL PROVVEDIMENTO E SULLE PROPOSTE EMENDATIVE PRESENTATE

Sul testo del provvedimento in oggetto:

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente condizione, volta a garantire il rispetto dell'articolo 81 della Costituzione:

Sopprimere gli articoli da 5 a 13.

Sugli emendamenti trasmessi dall'Assemblea:

PARERE FAVOREVOLE

sull'emendamento 5.100 in quanto recepisce la condizione posta dalla Commissione Bilancio nel parere favorevole approvato sul testo del provvedimento;

PARERE CONTRARIO

sugli emendamenti 6.50, 7.50 e 11.50 e sull'articolo aggiuntivo 12.050, in quanto suscettibili di determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica privi di idonea quantificazione e copertura;

NULLA OSTA

sulle restanti proposte emendative.

A.C. 2-A – Articolo 1

ARTICOLO 1 DELLA PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I

TRATTATI MILITARI

ART. 1.

1. Tutti i trattati e accordi internazionali di tipo militare, anche se esclusivamente di ricerca, a cui l'Italia partecipa, devono essere necessariamente ratificati

dal Parlamento e la ratifica deve essere rinnovata ogni due anni. Non possono essere stipulati accordi segreti e quelli eventualmente esistenti devono essere resi pubblici entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. In mancanza di ratifica o della rinnovazione della ratifica l'Italia deve considerarsi receduta dall'accordo.

**PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE
ALL'ARTICOLO 1 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 1.

Sopprimerlo.

Conseguentemente, sopprimere gli articoli 2, 3 e 4.

1. 100. La Commissione.

(Approvato)

Sostituirlo con il seguente:

ART. 1.

1. Tutti gli accordi internazionali contenenti obblighi militari anche in relazione a trattati in vigore sono di natura politica e devono, a tal fine, essere sottoposti al procedimento di ratifica di cui agli articoli 80 e 87, ottavo comma, della Costituzione. Non possono essere stipulati accordi segreti e quelli eventualmente esistenti devono essere resi pubblici entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Ogni cinque anni o comunque ogni qualvolta si verificano rilevanti cambiamenti geopolitici, il Parlamento si pronuncia sull'opportunità della permanenza dell'Italia nei trattati e accordi internazionali di tipo militare, anche se esclusivamente di ricerca, di cui è parte. In difetto di pronuncia o di decisione contraria alla permanenza, il Go-

verno ha l'obbligo di denunciare il trattato nelle forme e modi previsti dalla Parte quinta, Sezione terza della Convenzione sul diritto dei trattati, adottata a Vienna il 23 maggio 1969, ratificata dall'Italia con legge 12 febbraio 1974, n. 112.

3. Qualora la diffusione di alcuni particolari contenuti di un trattato o di un accordo di tipo militare sia idonea a recare danno all'integrità della Repubblica, alla difesa delle istituzioni poste dalla Costituzione a suo fondamento, all'indipendenza dello Stato rispetto agli altri Stati e alle relazioni con essi nonché alla difesa militare dello Stato, sullo stesso potrà essere apposto il vincolo derivante dal segreto di Stato nelle forme, termini e modi previsti dall'articolo 39 della legge 3 agosto 2007, n. 124, e del regolamento di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'8 aprile 2008. In nessun caso può essere apposto il segreto di Stato sull'esistenza del trattato o dell'accordo internazionale e sui suoi elementi essenziali, quali l'oggetto, le parti, la durata e la decorrenza dello stesso.

4. All'articolo 4, secondo comma, della legge 11 dicembre 1984, n. 839, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Qualunque atto con cui la Repubblica si obbliga produce effetti nell'ordinamento giuridico italiano solamente a seguito della sua pubblicazione ».

5. All'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, dopo la parola: « sicurezza » sono aggiunte le seguenti: « , ivi comprese quelle relative ai progetti dei trattati e degli accordi internazionali, comunque denominati, di natura militare, ».

1. 2. Manlio Di Stefano, Sibilia, Di Battista, Grande, Spadoni, Scagliusi, Del Grosso.

A.C. 2-A – Articolo 2

**ARTICOLO 2 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 2.

1. Non possono essere stipulati e, anche in caso di rinnovo, essere in nessun caso

ratificati trattati e accordi militari, che prevedano:

a) la possibilità dell'uso di armi nucleari anche a scopo difensivo;

b) la possibilità dell'uso, anche a scopo difensivo, di armi di distruzione di massa, nel senso della Convenzione per la messa al bando delle armi chimiche e biologiche e in contrasto con la Convenzione di Ginevra e comunque in contrasto con l'obbligo di evitare sofferenze inutili alle popolazioni civili (uranio impoverito, *cluster bombs*, *mininukes*, al fosforo, ad energia diretta, a *laser*);

c) la possibilità di attacchi e di impegni militari in Paesi terzi, salvo che in caso di difesa dall'attacco dal medesimo Paese;

d) la possibilità della permanenza e il transito in Italia di armi nucleari, chimiche, batteriologiche, e di altre armi che sono in contrasto con la Convenzione di Ginevra per la protezione della popolazione civile e comunque in contrasto con l'obbligo di evitare sofferenze inutili alle popolazioni civili (uranio impoverito, *cluster bombs*, *mininukes*, al fosforo, ad energia diretta, a *laser*);

e) lo sviluppo di ricerche nel campo di nuove tecnologie a fini bellici o di riarmo;

f) l'acquisto e la produzione di armamenti connessi alla proiezione di potenza e allo scopo militare offensivo;

g) lo sviluppo di ricerche su armi chimiche e batteriologiche. Laboratori di ricerca su armi nucleari, chimiche e batteriologiche eventualmente presenti sul territorio nazionale devono essere chiusi e riconvertiti ad uso civile entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e ciò sia che siano nella disponibilità italiana che di Paesi terzi.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA ALL'ARTICOLO 2 DELLA PROPOSTA DI LEGGE

ART. 2.

Al comma 1, alinea, sopprimere le parole: e, anche in caso di rinnovo, essere in nessun caso ratificati.

Conseguentemente, al medesimo comma, sostituire la lettera a) con la seguente:

a) la possibilità dell'uso e della detenzione di armi nucleari in contrasto con il Trattato contro la proliferazione delle armi nucleari (TNP) firmato a Londra, Mosca e Washington il 1° luglio 1968, ratificato dall'Italia con legge 24 aprile 1975, n. 131;

alla lettera c), aggiungere, in fine, le parole: o di espressa autorizzazione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite.

2. 1. Manlio Di Stefano, Sibilia, Di Battista, Grande, Spadoni, Scagliusi, Del Grosso.

A.C. 2-A – Articolo 3

ARTICOLO 3 DELLA PROPOSTA DI LEGGE

ART. 3.

1. Oltre a quanto contenuto nell'articolo 2, non possono essere stipulati e, in caso di rinnovo, non può essere concessa la ratifica di trattati e accordi militari in materia di difesa, sicurezza, spese militari, esercitazioni militari, addestramento del personale militare e ricerca nel campo degli armamenti con Paesi nella cui legi-

slazione non sia escluso l'utilizzo di armi nucleari e di distruzione di massa dei tipi indicati nell'articolo 2 e che non abbiano sottoscritto trattati internazionali per la messa al bando delle armi chimiche e di distruzione di massa.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA
ALL'ARTICOLO 3 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 3.

Al comma 1, sostituire la parola: concessa con la seguente: autorizzata.

Conseguentemente, al medesimo comma, dopo le parole: con Paesi aggiungere le seguenti: che non abbiano sottoscritto il Trattato contro la proliferazione delle armi nucleari (TNP) firmato a Londra, Mosca e Washington il 1° luglio 1968, ratificato dall'Italia con legge 24 aprile 1975, n. 131 o che si siano resi inadempienti all'obbligo di cui all'articolo VI del medesimo Trattato.

3.1. Manlio Di Stefano, Sibilia, Di Battista, Grande, Spadoni, Scagliusi, Del Grosso.

A.C. 2-A - Articolo 4

**ARTICOLO 4 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 4.

1. Tutti i trattati e accordi di tipo militare esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge devono essere necessariamente ratificati entro un anno dalla medesima data di entrata in vigore della presente legge e in base alle preclusioni e modalità previste dalla legge stessa. Gli accordi e i trattati non ratificati sono ritenuti revocati.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA
ALL'ARTICOLO 4 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 4.

Sostituirlo con il seguente:

ART. 4.

1. La partecipazione a tutti i trattati e accordi di tipo militare esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge deve essere necessariamente portata alla valutazione del Parlamento entro un anno dalla medesima data di entrata in vigore della presente legge e in base alle preclusioni e modalità previste dalla legge stessa. Per gli accordi e i trattati, la cui partecipazione non è portata alla valutazione del Parlamento nel termine sopra indicato o sulla cui permanenza il Parlamento si esprime negativamente, il Governo è obbligato alla denuncia nelle forme e modi previsti dalla Parte quinta, Sezione terza della Convenzione sul diritto dei trattati, adottata a Vienna il 23 maggio 1969, ratificata dall'Italia con legge 12 febbraio 1974, n. 112.

4. 1. Manlio Di Stefano, Sibilia, Di Battista, Grande, Spadoni, Scagliusi, Del Grosso.

A.C. 2-A - Articolo 5

**ARTICOLO 5 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

TITOLO II

BASI, CASERME E INSTALLAZIONI

ART. 5.

1. Tutti i progetti di costruzione o di ampliamento di basi, caserme e installazioni militari sul territorio nazionale,

siano esse di mare o di terra, anche se nella disponibilità di Paesi terzi, non possono essere autorizzati senza la preventiva valutazione ambientale strategica come disciplinata dal decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152. I progetti già autorizzati alla data di entrata in vigore della presente legge devono essere riesaminati al fine di garantire il pieno recepimento delle direttive comunitarie in materia di valutazione di impatto ambientale, prevedere un sistema di controlli idoneo ad accertare l'effettivo rispetto delle prescrizioni ambientali e di sicurezza nonché essere sottoposti alla valutazione di impatto ambientale nelle modalità e forme di cui agli articoli 26 e seguenti del citato decreto legislativo n. 152 del 2006. Ogni due anni tutte le basi, caserme e installazioni militari devono attestare il rispetto delle prescrizioni e la loro regolarità ambientale mediante certificazione rilasciata dall'Agenzia regionale per l'ambiente (ARPA) competente per territorio.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE
ALL'ARTICOLO 5 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 5.

Sopprimerlo.

Conseguentemente, sopprimere gli articoli 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13.

* **5. 100.** La Commissione.

(Approvato)

Sopprimerlo.

Conseguentemente, sopprimere gli articoli 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13.

* **5. 200.** (da votare ai sensi dell'articolo 86, comma 4-bis, del Regolamento).

(Approvato)

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

2. Le regioni a statuto speciale esprimono parere obbligatorio e vincolante sui progetti di cui al comma 1.

5. 50. Pili.

A.C. 2-A – Articolo 6

ARTICOLO 6 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 6.

1. Per tutti i progetti di costruzione o di ampliamento di basi, caserme e installazioni militari sul territorio nazionale, anche se nella disponibilità di Paesi terzi, e anche se già autorizzati, deve essere presentato, unitamente all'altra documentazione necessaria, il progetto di riconversione civile della struttura al termine della sua destinazione militare, che deve garantire il riassorbimento di tutti i lavoratori civili impiegati, nonché indicare l'entità e le modalità di reperimento delle necessarie risorse economiche.

2. Accordi internazionali che prevedano la messa a disposizione di parte del territorio nazionale a scopo militare in favore dei Paesi terzi devono necessariamente prevedere l'impegno economico prevalente, in misura non inferiore ai quattro quinti dell'intera somma prevista, di tale Paese terzo per le attività di costruzione e installazione e della successiva attività di riconversione, compresi gli oneri accessori di adeguamento urbanistico.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA
ALL'ARTICOLO 6 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 6.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

2. Così come previsto nel comma 1 anche per tutte le basi, poligoni, strutture

militari esistenti sul territorio nazionale, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, è elaborato e presentato alla regione territorialmente competente il progetto di riconversione civile. Il progetto contiene il piano di riconversione sia in termini di supporto alla protezione civile e di genio che alla sicurezza civile in genere. Il piano contiene il riassorbimento di tutti lavoratori civili e militari dislocati nel territorio di competenza della struttura oggetto della riconversione. La regione approva il piano entro centottanta giorni. L'attuazione del piano è definita dal Comitato misto paritetico regionale di competenza presieduto per tale adempimento dal Presidente della regione interessata.

6. 50. Pili.

A.C. 2-A – Articolo 7

**ARTICOLO 7 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 7.

1. La destinazione militare non può in nessun caso superare la durata di cinque anni rinnovabile una sola volta, e tutte le basi, poligoni, installazioni e servitù militari in essere da più di dieci anni devono essere chiuse e riconvertite a scopi esclusivamente civili entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

**PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA
ALL'ARTICOLO 7 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 7.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

2. La chiusura delle basi militari avviene anticipatamente, rispetto ai termini di cui al comma 1, qualora siano stati

riscontrati danni ambientali in aree e siti di massima tutela ambientale e sottoposti a vincolo di Siti di interesse comunitario o equiparati; la chiusura avviene, previo puntuale e obbligatorio piano di risanamento ambientale, anche per quelle aree dove siano stati utilizzati armamenti nocivi per la salute umana a partire dal torio e uranio impoverito.

7. 50. Pili.

A.C. 2-A – Articolo 8

**ARTICOLO 8 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 8.

1. Ogni due anni tutte le basi, caserme e installazioni militari dovranno attestare il rispetto delle prescrizioni e la loro regolarità ambientale mediante certificazione rilasciata dall'ARPA competente per territorio.

A.C. 2-A – Articolo 9

**ARTICOLO 9 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE**

ART. 9.

1. Le autorizzazioni per la costruzione, installazione, ampliamento di basi, caserme e installazioni militari sul territorio nazionale anche se nella disponibilità di Paesi terzi, possono essere concesse esclusivamente con il parere favorevole di un comitato misto composto dal Ministro della difesa o suo delegato, dal Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare o suo delegato, dal presidente della regione e dai sindaci delle zone interessate e ogni decisione deve necessariamente essere presa con il parere favorevole dei rappresentanti degli enti locali interessati.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA
ALL'ARTICOLO 9 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 9.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

2. Le regioni a statuto speciale esprimono parere obbligatorio e vincolante sugli atti di cui al comma 1.

9. 50. Pili.

A.C. 2-A – Articolo 10

ARTICOLO 10 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 10.

1. L'opportunità della permanenza o dell'ampliamento di basi, caserme, installazioni e delle servitù militari già esistenti sul territorio nazionale, anche se nella disponibilità di Paesi terzi, deve, anche in deroga a quanto previsto dalla normativa vigente in materia e dagli accordi internazionali eventualmente in corso, essere valutata entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge dal comitato misto costituito nei modi di cui all'articolo 9. Tutti i progetti in corso devono essere sospesi in attesa dell'adeguamento alla presente normativa.

A.C. 2-A – Articolo 11

ARTICOLO 11 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 11.

1. Per tutte le basi, installazioni militari, poligoni e campi di tiro sia marini che terrestri esistenti alla data di entrata in

vigore della presente legge, anche se nella disponibilità di Paesi terzi, deve essere predisposto, entro un anno dalla medesima data di entrata in vigore della presente legge, un piano di riconversione ad usi civili che preveda il completo riassorbimento di tutti i lavoratori civili impiegati.

PROPOSTA EMENDATIVA RIFERITA
ALL'ARTICOLO 11 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 11.

Al comma 1, aggiungere, in fine, le parole: e militari residenti da almeno tre anni nella regione interessata all'insediamento delle basi medesime.

11. 50. Pili.

A.C. 2-A – Articolo 12

ARTICOLO 12 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 12.

1. Nessuna struttura civile, porti, aeroporti, ferrovie, può essere usata per scopi militari compreso il passaggio di armamenti e truppe per missioni militari fuori confine.

PROPOSTE EMENDATIVE RIFERITE
ALL'ARTICOLO 12 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 12.

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

2. È vietato l'utilizzo di strutture civili anche per la partenza dal territorio na-

zionale di armamenti verso Stati impegnati in conflitti oggetto di violazione di diritti internazionali.

12. 50. Pili.

Dopo l'articolo 12 aggiungere il seguente:

ART. 12-bis. — 1. Al fine di definire la chiusura dei poligoni e le aree oggetto di utilizzo di armi nocive per l'essere umano, sia civile che militare, e per l'ambiente, disciplinata dalla presente legge, si dispone il riconoscimento automatico del nesso causale tra l'esposizione a particolari fattori di rischio connessi per militari e civili all'attività militare di ogni genere, all'interno e all'esterno dei confini nazionali e il decesso, le infermità invalidanti, le patologie tumorali e quelle connesse.

2. Si definiscono le aree e le attività soggette a tale automatico nesso causale con particolare riferimento ai poligoni di tiro e siti di stoccaggio di munizionamento di metalli pesanti, e/o all'uranio impoverito e suoi effetti conseguenti sulla salubrità ambientale, in occasione o a seguito di missioni di qualunque natura effettuate comprese quelle fuori i confini nazionali, per le particolari condizioni ambientali e operative.

3. Al fine di adempiere al disposto normativo è previsto il riconoscimento automatico per militari e civili del nesso di causalità tra infermità invalidanti, patologie tumorali e malattie connesse e l'esposizione a particolari fattori di rischio connessi.

4. Al soggetto militare e civile esposto a particolari fattori di rischio, definiti in seguito, nell'ambito di missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti in cui sono stoccati munizionamenti, che abbia contratto infermità o patologie tumorali e o patologie connesse è riconosciuto l'automatico nesso di causalità conseguente all'esposizione o all'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e alla dispersione nell'ambiente.

5. Ai soggetti indicati al comma 1 che abbiano contratto menomazioni all'inten-

grità psicofisica permanentemente invalidanti o a cui è conseguito il decesso, in seguito all'esposizione ai particolari fattori di rischio sono corrisposti i livelli massimi dei benefici delle normative vigenti.

6. I soggetti beneficiari dell'elargizione di cui al comma 1 sono:

a) il personale militare e civile italiano operante nei poligoni di tiro e nei siti in cui sono stoccati munizionamenti o che con mezzi provenienti dalle missioni all'estero;

b) il personale militare e civile impiegato nelle missioni militari all'estero;

c) i soggetti operanti nella cooperazione a vario titolo, impegnati nelle aree di conflitto e in quelle di cui alle lettere a) e b);

d) i cittadini residenti nelle zone adiacenti alle basi militari sul territorio nazionale presso le quali è stato utilizzato o è conservato munizionamento pesante o esplosivo e nelle aree di cui alla lettera b).

7. Per zone adiacenti si intendono quelle rientranti nella fascia di territorio della larghezza di 10 km, circostante al perimetro delle basi militari o delle aree di cui al comma 6, lettera b).

8. La causa di servizio per il soggetto di cui al comma 1 è definita entro sessanta giorni dopo il giudizio sanitario sulla percentualizzazione dell'invalidità emesso dalle Commissioni mediche ospedaliere. Le provvidenze sono corrisposte ai beneficiari secondo i termini e le modalità di cui ai seguenti commi.

9. I risarcimenti ai soggetti colpiti dalle infermità o patologie permanentemente invalidanti ovvero ai superstiti aventi diritto sono erogati previa domanda al Ministero della Difesa.

10. La Commissione medica ospedaliere militare riscontra e certifica la patologia.

11. È istituito apposito ufficio, denominato « Servizio nesso causale automatico ».

12. L'ufficio « Servizio nesso causale automatico » è affidato a soggetti esterni al Ministero della difesa;

13. L'ufficio certifica l'impiego del personale civile e militare nelle aree definite a rischio esposizione e procede all'istruttoria e alla definizione delle singole posizioni dei beneficiari, in relazione alle aree dichiarate d'impiego che hanno costituito la causa ovvero la concausa e riscontra la certificazione medica.

14. La Direzione generale del Ministero della difesa predispone gli atti conseguenti per l'erogazione dei risarcimenti.

15. La Direzione generale della difesa rinvia le risorse in bilancio sui singoli stati di previsione della spesa e necessari alla corresponsione delle provvidenze.

16. Con apposito regolamento definito dal Ministero della difesa d'intesa con i Cocer e rappresentanti delle associazioni rappresentative della categoria colpita da malattie e infermità sono definite le aree ritenute a rischio esposizione;

17. Il regolamento definisce, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le aree a rischio esposizioni e soggette a nesso causale automatico e prioritariamente tra le seguenti:

a) poligoni di esercitazioni nazionali e non;

b) missioni militari all'estero;

c) aree di conflitto;

d) aree a rischio legate a fattori di rischio esposizione;

e) aree in cui siano state riscontrate presenze di nano-particelle di metalli pesanti.

18. Per l'accertamento delle percentuali di invalidità complessiva ai fini dell'erogazione dei benefici di cui al comma 5 si procede secondo le normative vigenti applicando il valore più favorevole tra quello determinato per ciascuna tabella e categoria riconosciuta ai fini della causa di servizio;

19. Tutte le norme che istituiscono la commissione Cause di Servizio militare sono abrogate e conseguentemente tutte le norme attuative del funzionamento;

20. Il Ministero dell'economia e delle finanze nomina un commissario per il trasferimento delle pratiche in carico all'Ufficio nesso causale automatico.

21. Le relative coperture finanziarie per il presente articolo sono individuate nei capitoli di bilancio del Ministero della difesa e del Ministero dell'economia e delle finanze, in riduzione dei capitoli di spesa destinati all'acquisizione di sistemi d'arma.

12. 050. Pili.

(Inammissibile)

Dopo l'articolo 12 aggiungere il seguente:

ART. 12-bis.

1. Qualora accordi internazionali preesistenti impediscano l'attuazione di quanto prescritto agli articoli 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 della presente legge, il Governo ha l'obbligo di denunciare i detti accordi nelle forme e nei modi previsti dagli accordi stessi e comunque nelle forme previste dalla Parte quinta, Sezione terza della Convenzione sul diritto dei trattati, adottata a Vienna il 23 maggio 1969, ratificata dall'Italia con legge 12 febbraio 1974, n. 112.

12. 01. Manlio Di Stefano, Sibilìa, Di Battista, Grande, Spadoni, Scagliusi, Del Grosso.

A.C. 2-A – Articolo 13ARTICOLO 13 DELLA PROPOSTA
DI LEGGE

ART. 13.

1. La presente legge entra in vigore quindici giorni dopo la sua pubblicazione

nella *Gazzetta Ufficiale* e da tale momento tutti i progetti di installazione, costruzione e ampliamento di basi militari in corso, nonché l'uso di strutture militari esistenti per esercitazioni a fuoco, siano esse terrestri, navali o aeree, sono sospesi in attesa dell'adeguamento alla presente normativa.

*MOZIONI VEZZALI, VALIANTE, CALABRÒ, FITZGERALD
NISSOLI ED ALTRI N. 1-01412, RONDINI ED ALTRI N. 1-
01495, PALESE ED ALTRI N. 1-01496, BINETTI ED ALTRI
N. 1-01497, AMATO ED ALTRI N. 1-01498, BRIGNONE ED
ALTRI N. 1-01499, GULLO ED ALTRI N. 1-01500, VARGIU ED
ALTRI N. 1-01501 E NICCHI ED ALTRI N. 1-01502 CONCER-
NENTI INIZIATIVE VOLTE A PREVENIRE E CONTRASTARE
LA DIFFUSIONE DEL CITOMEGALOVIRUS*

Mozioni

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus o CMV appartiene alla famiglia degli Herpesvirus che comprende i più noti herpes labiale e genitale e il virus della varicella. Chi ha già avuto l'infezione non è immune completamente, quindi può contrarre una reinfezione;

l'infezione da citomegalovirus si distingue in primaria o ricorrente, che a sua volta è distinta in riattivazione (da ceppo virale già presente nel soggetto) e reinfezione (da ceppo virale diverso da quello che ha già infettato l'organismo);

le principali vie di contagio sono la saliva, il sangue, le urine e i rapporti sessuali; in casi molto rari il virus si trasmette in modo indiretto, attraverso l'utilizzo di oggetti comuni, come un bicchiere, uno spazzolino da denti o, importante per i bambini, un giocattolo;

il citomegalovirus è un virus subdolo, che s'insinua nell'organismo spesso in punta di piedi, senza far perseguire in nessun modo la sua presenza. L'infezione generalmente causa solo una leggera feb-

bre o senso di stanchezza, che spesso vengono ignorati o attribuiti ad altre cause, come influenza o stress;

può provocare una sindrome mononucleosica protratta, con febbre, stanchezza notevole e dolori muscolari; una caratteristica del citomegalovirus è che non si comporta allo stesso modo con tutti i soggetti;

nelle persone immunodepresse, con ridotte difese immunitarie come i malati di Aids e di tumore o i trapiantati, il virus può essere all'origine di malattie gravi, quali polmoniti, epatiti o encefaliti;

la gravidanza è associata a una transitoria immunodepressione, necessaria per evitare il rigetto del feto. Questa condizione favorisce non solo il contagio della gestante da parte del citomegalovirus, se non ha mai contratto l'infezione, ma anche la riattivazione o reinfezione, se il virus si presenta prima della gravidanza;

se il citomegalovirus colpisce nei primi mesi il feto di una donna incinta che non ha mai avuto l'infezione, questo può subire effetti molto seri, perché l'organismo fetale non ha sviluppato ancora difese immunitarie, di conseguenza è privo di ogni tipo di protezione;

i rischi per il nascituro sono numerosi e vanno dai problemi neurologici, come il ritardo mentale, i disturbi psicomotori, le sindromi spastiche, la sordità, ai disturbi più o meno seri dell'apparato gastroenterico, fino ai danni alla vista e agli occhi;

il citomegalovirus è certamente un problema poco conosciuto, sottodiagnosticato, che colpisce un bambino su sette neonati nel nostro Paese. Si stima che l'infezione da citomegalovirus sia talmente diffusa (soprattutto tra portatori inconsapevoli) da interessare tra il 60 per cento e il 90 per cento della popolazione e che in Italia vi siano, ogni anno, 5.000 casi d'infezione congenita di neonati, ossia casi d'infezione in cui una donna incinta infetta trasmette l'infezione al feto;

su mezzo milione di nati: 2.750 hanno sintomi alla nascita; 800 circa nascono ogni anno con disabilità permanenti di vario tipo e 1 bambino al giorno nasce con disabilità molto gravi: neurologiche, sordità, malformazioni, difetti di sviluppo cerebrale fino a cecità;

difficile fare diagnosi retrospettive per cui molte disabilità non sono attribuite al citomegalovirus anche perché il virus può dare conseguenze tardive, avendo sintomi aspecifici, complicando ulteriormente l'inquadramento diagnostico. Anche i pediatri hanno, infatti, grande difficoltà a stabilire i danni attribuibili al citomegalovirus;

i medici di base e anche molti ginecologi non informano le gestanti della necessità di sottoporsi al test e delle eventuali conseguenze per il feto se il virus è contratto in gravidanza. A questo proposito non esiste un reale coordinamento informativo che aiuti alla prevenzione del citomegalovirus;

con riferimento a questo dannosissimo virus lo Stato italiano non riconosce lo *screening* obbligatorio gratuito in gravidanza, comportando *de facto* uno *screening* spontaneo e disomogeneo nelle varie

realità regionali con la conduzione ovvia di iter procedurali non corretti,

impegna il Governo:

- 1) a far conoscere questa malattia, attraverso una corretta e capillare informazione che spieghi i suoi effetti e che faccia acquisire comportamenti e forme di prevenzione improntati a un'igiene corretta e che possano evitare o ridurre i danni che la malattia stessa può arrecare se contratta in periodo gestazionale;
- 2) a promuovere lo studio e la ricerca del citomegalovirus per permettere ai medici che assistono le gestanti di diagnosticarla rapidamente e per sviluppare nuovi e sempre più efficaci strumenti utili ad aiutare una madre che dovesse contrarre questo virus;
- 3) ad assumere iniziative per ridurre il rischio di trasmissione da citomegalovirus e favorire la prevenzione rendendo gratuito e obbligatorio lo *screening* per le donne in gravidanza al fine di ridurre anche i costi sociali di una diagnosi tardiva o di un'inadeguata cura, visto che i neonati positivi al citomegalovirus vengono inseriti in un programma di controlli che li accompagna in media 10 anni o fino a quanto non abbiano maturato la negatività al virus;
- 4) a predisporre un censimento nazionale dei casi affinché in un lasso di tempo congruo si possa sapere con precisione qual è l'incidenza di casi che ricorre in Italia.

(1-01412) « Vezzali, Valiante, Calabrò, Fitzgerald Nissoli, Faenzi, Parisi, Rabino, D'Agostino, Santerini, Pastorelli, Tinagli, Marzano, Giuseppe Guerini, Minnucci, Zanin, De Menech, Zoggia, Galati, D'Alessandro ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus o CMV appartiene alla famiglia degli Herpesvirus che comprende i più noti herpes labiale e genitale e il virus della varicella. Chi ha già avuto l'infezione non è immune completamente, quindi può contrarre una reinfezione;

l'infezione da citomegalovirus si distingue in primaria o ricorrente, che a sua volta è distinta in riattivazione (da ceppo virale già presente nel soggetto) e reinfezione (da ceppo virale diverso da quello che ha già infettato l'organismo);

le principali vie di contagio sono la saliva, il sangue, le urine e i rapporti sessuali; in casi molto rari il virus si trasmette in modo indiretto, attraverso l'utilizzo di oggetti comuni, come un bicchiere, uno spazzolino da denti o, importante per i bambini, un giocattolo;

il citomegalovirus è un virus subdolo, che s'insinua nell'organismo spesso in punta di piedi, senza far perseguire in nessun modo la sua presenza. L'infezione generalmente causa solo una leggera febbre o senso di stanchezza, che spesso vengono ignorati o attribuiti ad altre cause, come influenza o stress;

può provocare una sindrome mononucleosica protratta, con febbre, stanchezza notevole e dolori muscolari; una caratteristica del citomegalovirus è che non si comporta allo stesso modo con tutti i soggetti;

nelle persone immunodepresse, con ridotte difese immunitarie come i malati di Aids e di tumore o i trapiantati, il virus può essere all'origine di malattie gravi, quali polmoniti, epatiti o encefaliti;

la gravidanza è associata a una transitoria immunodepressione, necessaria per evitare il rigetto del feto. Questa condizione favorisce non solo il contagio della gestante da parte del citomegalovirus, se non ha mai contratto l'infezione,

ma anche la riattivazione o reinfezione, se il virus si presenta prima della gravidanza;

se il citomegalovirus colpisce nei primi mesi il feto di una donna incinta che non ha mai avuto l'infezione, questo può subire effetti molto seri, perché l'organismo fetale non ha sviluppato ancora difese immunitarie, di conseguenza è privo di ogni tipo di protezione;

i rischi per il nascituro sono numerosi e vanno dai problemi neurologici, come il ritardo mentale, i disturbi psicomotori, le sindromi spastiche, la sordità, ai disturbi più o meno seri dell'apparato gastroenterico, fino ai danni alla vista e agli occhi;

il citomegalovirus è certamente un problema poco conosciuto, sottodiagnosticato, che colpisce un bambino su sette neonati nel nostro Paese. Si stima che l'infezione da citomegalovirus sia talmente diffusa (soprattutto tra portatori inconsapevoli) da interessare tra il 60 per cento e il 90 per cento della popolazione e che in Italia vi siano, ogni anno, 5.000 casi d'infezione congenita di neonati, ossia casi d'infezione in cui una donna incinta infetta trasmette l'infezione al feto;

su mezzo milione di nati: 2.750 hanno sintomi alla nascita; 800 circa nascono ogni anno con disabilità permanenti di vario tipo e 1 bambino al giorno nasce con disabilità molto gravi: neurologiche, sordità, malformazioni, difetti di sviluppo cerebrale fino a cecità;

difficile fare diagnosi retrospettive per cui molte disabilità non sono attribuite al citomegalovirus anche perché il virus può dare conseguenze tardive, avendo sintomi aspecifici, complicando ulteriormente l'inquadramento diagnostico. Anche i pediatri hanno, infatti, grande difficoltà a stabilire i danni attribuibili al citomegalovirus;

i medici di base e anche molti ginecologi non informano le gestanti della necessità di sottoporsi al test e delle eventuali conseguenze per il feto se il virus è contratto in gravidanza. A questo propo-

sito non esiste un reale coordinamento informativo che aiuti alla prevenzione del citomegalovirus;

con riferimento a questo dannosissimo virus lo Stato italiano non riconosce lo *screening* obbligatorio gratuito in gravidanza, comportando *de facto* uno *screening* spontaneo e disomogeneo nelle varie realtà regionali con la conduzione ovvia di iter procedurali non corretti,

impegna il Governo:

- 1) a far conoscere questa malattia, attraverso una corretta e capillare informazione che spieghi i suoi effetti e che faccia acquisire comportamenti e forme di prevenzione improntati a un'igiene corretta e che possano evitare o ridurre i danni che la malattia stessa può arrecare se contratta in periodo gestazionale;
- 2) a promuovere lo studio e la ricerca del citomegalovirus per permettere ai medici che assistono le gestanti di diagnosticarla rapidamente e per sviluppare nuovi e sempre più efficaci strumenti utili ad aiutare una madre che dovesse contrarre questo virus;
- 3) ad assumere iniziative per ridurre il rischio di trasmissione da citomegalovirus e favorire la prevenzione, valutando la possibilità e l'utilità di rendere gratuito e obbligatorio lo *screening* per le donne in gravidanza al fine di ridurre anche i costi sociali di una diagnosi tardiva o di un'inadeguata cura, visto che i neonati positivi al citomegalovirus vengono inseriti in un programma di controlli che li accompagna in media 10 anni o fino a quanto non abbiano maturato la negatività al virus;
- 4) a valutare l'utilità di predisporre un censimento nazionale dei casi affinché in un lasso di tempo congruo si possa sapere con precisione qual è l'incidenza di casi che ricorre in Italia.

(1-01412) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Vezzali, Valiante,

Calabrò, Fitzgerald Nissoli, Faenzi, Parisi, Rabino, D'Agostino, Santerini, Pastorelli, Tinagli, Marzano, Giuseppe Guerini, Minnucci, Zanin, De Menech, Zoggia, Galati, D'Alessandro ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus (CMV) è un virus appartenente alla famiglia degli *Herpesviridae*. Si tratta di un agente infettivo molto comune: nei Paesi sottosviluppati il 90-100 per cento della popolazione ne è contagiata, mentre in quelli occidentali il 60-80 per cento degli adulti presenta anticorpi anti-citomegalovirus nel siero. I sintomi, in età adulta e anche nell'infanzia, sono simili a quelli dell'influenza o della mononucleosi. Il virus è però particolarmente pericoloso se contratto dal feto, con una trasmissione verticale madre-figlio: in questo caso si parla di citomegalovirus congenito;

la più frequente e pericolosa infezione materno-fetale è causata dal citomegalovirus, che è presente in circa 1 neonato su 100 (toxoplasmosi 1:400; rosolia 1:5000) e responsabile non solo di danni fetali ma anche di abortività e sterilità. Il rischio di trasmissione varia a seconda che si tratti di una prima infezione, cioè se è la prima volta che la madre contrae la malattia, oppure di una reinfezione. Nel primo caso il rischio di trasmissione al bambino è del 30-50 per cento, mentre nel secondo la trasmissione è rara, per quanto non ancora stabilita. Se il citomegalovirus colpisce nei primi mesi il feto di una gravida che non ha mai avuto l'infezione, può avere effetti molto seri, perché l'organismo fetale non ha sviluppato ancora difese immunitarie, di conseguenza è privo di ogni tipo di protezione;

nei neonati infetti (circa 5000/anno in Italia), almeno il 10 per cento presenta manifestazioni cliniche. Tra queste le più

gravi sono neurologiche, quali sindromi convulsive, microcefalia, idrocefalo, calcificazioni e difetti di sviluppo delle circonvoluzioni cerebrali, atrofia cerebrale e cerebellare;

conseguenza purtroppo frequente di queste encefalopatie sono gravi ritardi psicomotori e sindromi spastiche. Inoltre, in almeno il 20 per cento delle infezioni sintomatiche alla nascita e nel 5 per cento di quelle asintomatiche, si sviluppa una sordità neurosensoriale, che è seguita da mutismo quando è bilaterale. Una percentuale ignota, probabilmente elevata, di sordità, encefalopatie congenite, disturbi mentali e comportamentali, potrebbe essere dovuta ad infezioni da citomegalovirus non diagnosticate alla nascita. Altre manifestazioni cliniche importanti dell'infezione congenita sintomatica sono polmonite ed epatite, talora persistenti ed evolvendo in fibrosi, danni oculari (microftalmia, cataratta e corioretinite) e gastroenteropatie;

l'infezione perinatale si trasmette durante il passaggio del feto nel canale del parto oppure in seguito a contagio del neonato da parte del sangue o del latte materni. Nei neonati prematuri o di basso peso, le trasfusioni di sangue sono un'importante via di trasmissione e di malattia. L'infezione attiva (presenza del virus replicante, evidenziabile con la ricerca del DNA) da citomegalovirus, primaria o non, si verifica nel 3-6 per cento delle gravide: la primaria (0.7-4 per cento) può associarsi ad una sindrome simil-influenzale ed aumento dei linfociti e delle transaminasi,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative volte a predisporre protocolli per una diagnosi tempestiva che individui la presenza del virus nell'organismo materno, al fine di limitare i rischi di conseguenze per il nascituro, prevedendo che la gestante si sottoponga con regolarità, se non ha mai contratto l'infezione, almeno una volta al mese, al test per rilevare la

presenza del citomegalovirus, posto che, quando i danni fetali sono molto gravi, la terapia antivirale potrebbe essere incapace di consentire un buon sviluppo psicomotorio o evitare la sordità, e sarebbe opportuno, quindi, iniziare la terapia anti-citomegalovirus in gravidanza, per avere maggiori possibilità di prevenire o curare precocemente la malattia citomegalica;

- 2) a sostenere la ricerca e la sperimentazione di nuovi farmaci al fine di debellare l'infezione da citomegalovirus, verificando nel frattempo la possibilità di prescrivere farmaci già in commercio che, secondo studi recenti, possono essere utilizzati anche per bambini affetti da citomegalovirus;
- 3) a promuovere campagne di sensibilizzazione basate sui due principi cardine per il contenimento della malattia, informazione e igiene, al fine di diffondere una nuova e più completa cultura della prevenzione di una patologia che può colpire ampi strati della popolazione.

(1-01495) « Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus (Cmv) è un virus appartenente alla famiglia degli *Herpesvirus*, conosciuti per la loro distribuzione ubiquitaria, sia nell'uomo che in molti mammiferi. Tutti i ceppi di citomegalovirus sono geneticamente omologhi, ma nessuno è identico, a meno che non sia stato isolato da casi collegati fra loro epidemiologicamente;

la malattia è strettamente specie-specifica: l'uomo è la sola riserva. Non si conoscono vettori nel ciclo naturale di

trasmissione. I Cmv, caratteristici di altre specie, sono ad esse limitati e non diffondono all'uomo. Gli aspetti importanti dell'infezione da Cmv negli umani, sono: la capacità del virus di distruggere le cellule dell'ospite, la capacità di infettare cellule e tessuti diversi e di evadere e interferire con i meccanismi di difesa dell'ospite e la capacità di persistere indefinitamente nelle cellule;

il Cmv è un agente infettivo molto diffuso a livello globale e in tutti gli strati sociali della popolazione. In generale, si registra una maggiore diffusione nei Paesi in via di sviluppo e nelle aree caratterizzate da scarse condizioni socioeconomiche. Si calcola che la percentuale della popolazione mondiale entrata in contatto con il Cmv si attesti fra il 60 e il 90 per cento. I soggetti di sesso femminile in età fertile presentano una percentuale che va dal 35 al 90 per cento in termini di casi di infezione;

da ormai circa 50 anni in tutto il mondo si tenta la realizzazione di un vaccino contro questa infezione. Gli studi sulla vaccinazione contro il Cmv iniziarono negli anni 70, ma è solo dal 2000 che, grazie ad un'analisi condotta dall'*US Institute of Medicine*, che posizionò il Cmv in cima alla lista di priorità per lo sviluppo di vaccini, si ebbe un forte impulso e coinvolgimento delle industrie farmaceutiche;

una volta contratta l'infezione, il virus rimane generalmente latente, in uno stato « dormiente », all'interno dell'organismo per tutta la vita, senza causare disturbi gravi, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi. L'infezione si trasforma solo di rado in patologia — in genere in presenza di un sistema immunitario gravemente compromesso — potendo causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso;

si riconoscono infezioni primarie e infezioni ricorrenti, dovute alla riattiva-

zione di un'infezione latente o a una reinfezione esogena. Si ritiene che la sede della latenza virale sia rappresentata dai monociti, dai linfociti e dai neutrofili circolanti;

la trasmissione del virus avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte. Il contagio può avvenire per contatto persona-persona, per trasmissione madre-feto durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento, per trasfusioni e trapianti di organi infetti. La diffusione « orizzontale » dell'infezione richiede contatti stretti e prolungati con pazienti infetti. Gli oggetti possono avere un loro ruolo nella trasmissione del Cmv: il virus è stato ritrovato sulle superfici di plastica e in generale sui giocattoli, per ore dopo la sua emissione;

con la diffusione dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), il Cmv si è dimostrato uno dei più frequenti agenti opportunisti nei pazienti immunocompromessi. Frequentissime sono, infatti, le infezioni da Cmv in soggetti affetti da Aids (sindrome dell'immunodeficienza acquisita) come in soggetti trapiantati in cui causano compromissione di organi vitali, gravi sofferenze, diminuita qualità di vita e a volte la morte. L'infezione da Cmv in malati di Aids è talmente frequente che, inizialmente, fu ritenuto che il Cmv fosse la causa prima dell'immunodeficienza acquisita e non un semplice agente opportunisto;

da un punto di vista medico, di particolare rilevanza è l'infezione congenita, contratta durante la gravidanza, che avviene per trasmissione verticale madre-feto e che può arrecare al nascituro danni permanenti anche gravi. È stato ipotizzato un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi di gravidanza. Si distingue un'infezione congenita « primaria », quando viene contratta per la prima volta durante la gravidanza da una donna precedentemente sieronegativa, e « seconda-

ria » quando avviene per riattivazione del virus latente o per reinfezione da un nuovo ceppo in una donna che aveva già contratto l'infezione. Delle donne che acquisiscono il Cmv in gravidanza o che manifestano una riattivazione, solo una minoranza trasmette il virus al feto. Questo evento si verifica, anche nel nostro Paese, intorno all'1 per cento di tutte le gravidanze. Si stima che in Italia vi siano ogni anno 5.000 casi d'infezione congenita;

statisticamente, il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40 per cento per la forma primaria e fra lo 0,5 e il 2 per cento per la secondaria, inoltre l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita risulta asintomatico. Tuttavia, il 10 per cento circa dei casi asintomatici presenta sequele tardive, generalmente con difetti uditivi di severità variabile. I soggetti sintomatici possono evidenziare disturbi temporanei o permanenti. In particolare, tra quelli temporanei si annoverano problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie, piccole dimensioni alla nascita e convulsioni. I sintomi permanenti possono essere molto gravi e causare diverse forme di invalidità quali sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, deficit di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte. Va ricordato che in alcuni bambini i sintomi, quali perdita dell'udito e della vista, possono comparire anche mesi o anni dopo la nascita. Circa due neonati ogni 1000 nati vivi soffrono per una infezione sintomatica congenita severa da Cmv;

il virus può essere eliminato dall'organismo infetto anche per mesi o anni dopo un'infezione congenita, perinatale o post-natale precoce, attraverso le urine (per 6 o più anni) e la saliva (per 2-4 anni). Anche bambini o adulti dopo un'infezione primaria eliminano virus a lungo; negli adulti sieropositivi può avvenire un'escrezione intermittente di virus;

attualmente non esiste un vaccino per la prevenzione del Cmv. Il modo migliore per limitare il rischio di contagio

è un'attenta igiene personale, soprattutto per le categorie di persone più vulnerabili alla malattia. In generale, la pulizia della casa e soprattutto delle superfici contaminate da fluidi corporei (come saliva, urina, feci, liquidi seminali e sangue) facilita la prevenzione del contagio;

in Italia non è previsto lo *screening* del citomegalovirus né prima della gravidanza né nei nove mesi di gestazione e neppure dopo il parto. La mancanza di un programma di *screening* coordinato ha portato ad avere *de facto* uno *screening* spontaneo e disomogeneo nelle varie realtà regionali. In altri Paesi europei, fra cui Svizzera e Germania, sono in essere dei programmi di *screening* autorizzati pre e durante la gravidanza,

impegna il Governo:

1) a intraprendere e implementare, nell'ambito del piano nazionale della prevenzione, le azioni volte a fronteggiare e alleviare i problemi associati a questa patologia, in particolare:

a) promuovendo anzitutto una corretta e capillare informazione sul citomegalovirus che spieghi effetti e indichi comportamenti e forme di prevenzione, considerato che con una corretta informazione le future madri possono abbattere significativamente il rischio di contrarre l'infezione da citomegalovirus;

b) assumendo iniziative per ridurre il rischio di trasmissione da citomegalovirus attraverso una corretta profilassi, basata su basilari norme igieniche in grado di abbattere drasticamente il rischio d'infezione, riducendo i danni che la malattia può arrecare se contratta in periodo gestazionale;

c) emanando linee guida nazionali in materia di *screening* per le donne in fase preconcezionale, in gravidanza e post parto;

2) a promuovere ed incentivare lo studio e la ricerca sul citomegalovirus al fine di disporre di strumenti diagnostici sem-

pre più efficaci e di contribuire al coronamento degli sforzi di 50 anni di ricerche a livello mondiale per mettere a punto un efficace vaccino protettivo.

(1-01496) « Palese, Altieri, Bianconi, Cappezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Fucci, Marti, Latronico ».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (Cmv) è un virus appartenente alla famiglia degli *Herpesvirus*, conosciuti per la loro distribuzione ubiquitaria, sia nell'uomo che in molti mammiferi. Tutti i ceppi di citomegalovirus sono geneticamente omologhi, ma nessuno è identico, a meno che non sia stato isolato da casi collegati fra loro epidemiologicamente;

la malattia è strettamente specie-specifica: l'uomo è la sola riserva. Non si conoscono vettori nel ciclo naturale di trasmissione. I Cmv, caratteristici di altre specie, sono ad esse limitati e non diffondono all'uomo. Gli aspetti importanti dell'infezione da Cmv negli umani, sono: la capacità del virus di distruggere le cellule dell'ospite, la capacità di infettare cellule e tessuti diversi e di evadere e interferire con i meccanismi di difesa dell'ospite e la capacità di persistere indefinitamente nelle cellule;

il Cmv è un agente infettivo molto diffuso a livello globale e in tutti gli strati sociali della popolazione. In generale, si registra una maggiore diffusione nei Paesi in via di sviluppo e nelle aree caratterizzate da scarse condizioni socioeconomiche. Si calcola che la percentuale della popolazione mondiale entrata in contatto con il Cmv si attesti fra il 60 e il 90 per cento. I soggetti di sesso femminile in età fertile presentano una percentuale che va dal 35 al 90 per cento in termini di casi di infezione;

da ormai circa 50 anni in tutto il mondo si tenta la realizzazione di un

vaccino contro questa infezione. Gli studi sulla vaccinazione contro il Cmv iniziarono negli anni 70, ma è solo dal 2000 che, grazie ad un'analisi condotta dall'*US Institute of Medicine*, che posizionò il Cmv in cima alla lista di priorità per lo sviluppo di vaccini, si ebbe un forte impulso e coinvolgimento delle industrie farmaceutiche;

una volta contratta l'infezione, il virus rimane generalmente latente, in uno stato « dormiente », all'interno dell'organismo per tutta la vita, senza causare disturbi gravi, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi. L'infezione si trasforma solo di rado in patologia — in genere in presenza di un sistema immunitario gravemente compromesso — potendo causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso;

si riconoscono infezioni primarie e infezioni ricorrenti, dovute alla riattivazione di un'infezione latente o a una reinfezione esogena. Si ritiene che la sede della latenza virale sia rappresentata dai monociti, dai linfociti e dai neutrofili circolanti;

la trasmissione del virus avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte. Il contagio può avvenire per contatto persona-persona, per trasmissione madre-feto durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento, per trasfusioni e trapianti di organi infetti. La diffusione « orizzontale » dell'infezione richiede contatti stretti e prolungati con pazienti infetti. Gli oggetti possono avere un loro ruolo nella trasmissione del Cmv: il virus è stato ritrovato sulle superfici di plastica e in generale sui giocattoli, per ore dopo la sua emissione;

con la diffusione dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), il Cmv si è dimostrato uno dei più frequenti agenti opportunisti nei pazienti im-

munocompromessi. Frequentissime sono, infatti, le infezioni da Cmv in soggetti affetti da Aids (sindrome dell'immunodeficienza acquisita) come in soggetti trapiantati in cui causano compromissione di organi vitali, gravi sofferenze, diminuita qualità di vita e a volte la morte. L'infezione da Cmv in malati di Aids è talmente frequente che, inizialmente, fu ritenuto che il Cmv fosse la causa prima dell'immunodeficienza acquisita e non un semplice agente opportunista;

da un punto di vista medico, di particolare rilevanza è l'infezione congenita, contratta durante la gravidanza, che avviene per trasmissione verticale madre-feto e che può arrecare al nascituro danni permanenti anche gravi. È stato ipotizzato un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi di gravidanza. Si distingue un'infezione congenita « primaria », quando viene contratta per la prima volta durante la gravidanza da una donna precedentemente sieronegativa, e « secondaria » quando avviene per riattivazione del virus latente o per reinfezione da un nuovo ceppo in una donna che aveva già contratto l'infezione. Delle donne che acquisiscono il Cmv in gravidanza o che manifestano una riattivazione, solo una minoranza trasmette il virus al feto. Questo evento si verifica, anche nel nostro Paese, intorno all'1 per cento di tutte le gravidanze. Si stima che in Italia vi siano ogni anno 5.000 casi d'infezione congenita;

statisticamente, il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40 per cento per la forma primaria e fra lo 0,5 e il 2 per cento per la secondaria, inoltre l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita risulta asintomatico. Tuttavia, il 10 per cento circa dei casi asintomatici presenta sequele tardive, generalmente con difetti uditivi di severità variabile. I soggetti sintomatici possono evidenziare disturbi temporanei o permanenti. In particolare, tra quelli temporanei si annoverano problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie, piccole dimensioni alla nascita e convulsioni. I sintomi

permanentemente possono essere molto gravi e causare diverse forme di invalidità quali sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, deficit di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte. Va ricordato che in alcuni bambini i sintomi, quali perdita dell'udito e della vista, possono comparire anche mesi o anni dopo la nascita. Circa due neonati ogni 1000 nati vivi soffrono per una infezione sintomatica congenita severa da Cmv;

il virus può essere eliminato dall'organismo infetto anche per mesi o anni dopo un'infezione congenita, perinatale o post-natale precoce, attraverso le urine (per 6 o più anni) e la saliva (per 2-4 anni). Anche bambini o adulti dopo un'infezione primaria eliminano virus a lungo; negli adulti sieropositivi può avvenire un'escrezione intermittente di virus;

attualmente non esiste un vaccino per la prevenzione del Cmv. Il modo migliore per limitare il rischio di contagio è un'attenta igiene personale, soprattutto per le categorie di persone più vulnerabili alla malattia. In generale, la pulizia della casa e soprattutto delle superfici contaminate da fluidi corporei (come saliva, urina, feci, liquidi seminali e sangue) facilita la prevenzione del contagio;

in Italia non è previsto lo *screening* del citomegalovirus né prima della gravidanza né nei nove mesi di gestazione e neppure dopo il parto. La mancanza di un programma di *screening* coordinato ha portato ad avere *de facto* uno *screening* spontaneo e disomogeneo nelle varie realtà regionali. In altri Paesi europei, fra cui Svizzera e Germania, sono in essere dei programmi di *screening* autorizzati pre e durante la gravidanza,

impegna il Governo:

- 1) a intraprendere e implementare, nell'ambito del piano nazionale della prevenzione, le azioni volte a fronteggiare e alleviare i problemi associati a questa patologia, in particolare:

a) promuovendo anzitutto una corretta e capillare informazione sul citomegalovirus che spieghi effetti e indichi comportamenti e forme di prevenzione, considerato che con una corretta informazione le future madri possono abbattere significativamente il rischio di contrarre l'infezione da citomegalovirus;

b) assumendo iniziative per ridurre il rischio di trasmissione da citomegalovirus attraverso una corretta profilassi, basata su basilari norme igieniche in grado di abbattere drasticamente il rischio d'infezione, riducendo i danni che la malattia può arrecare se contratta in periodo gestazionale;

c) valutando l'utilità di emanare linee guida nazionali in materia di *screening* per le donne in fase preconcezionale, in gravidanza e post parto;

2) a promuovere ed incentivare lo studio e la ricerca sul citomegalovirus al fine di disporre di strumenti diagnostici sempre più efficaci e di contribuire al coronamento degli sforzi di 50 anni di ricerche a livello mondiale per mettere a punto un efficace vaccino protettivo.

(1-01496) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Palese, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Fucci, Marti, Latronico ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus (CMV) è un virus molto comune appartenente alla famiglia degli *herpes virus* come la varicella, l'*herpes* labiale o il virus della mononucleosi. Nella grande maggioranza dei casi l'infezione è asintomatica, cioè chi la contrae non ha sintomi. In un 10 per cento dei casi si manifesta in modo simile all'influenza o alla mononucleosi. Negli adulti e nei bambini che contraggono l'infezione, i sintomi sono in genere lievi e generici, per esempio febbre, stanchezza, mal di gola, tanto che spesso non ci si accorge nemmeno della

malattia. Chi si è già ammalato non è immune, quindi può nuovamente contrarre la malattia;

il virus, però, può essere molto pericoloso se contratto in gravidanza, perché in questo caso può superare la placenta e può essere trasmesso al feto, con conseguenze che possono essere anche gravi. Il rischio di trasmissione varia a seconda che si tratti di una prima infezione, cioè se è la prima volta che la madre contrae la malattia, oppure di una re-infezione. Nel primo caso il rischio di trasmissione al bambino corrisponde a 3-4 casi ogni 10 gravidanze, mentre nel secondo caso la trasmissione è molto più rara e si verifica al massimo in 2 casi ogni 100 gravidanze. Per chi ha contratto l'infezione prima della gravidanza il rischio è molto basso e si stima che in Italia circa 8 donne adulte ogni 10 abbiano contratto la malattia prima della gravidanza;

se la donna contrae per la prima volta il virus durante la gravidanza, c'è il rischio che anche il feto venga contagiato e in questo caso si parla di infezione congenita. Il rischio di trasmissione al feto varia dal 30 al 40 per cento, il che significa che su dieci bambini di madri che contraggono il citomegalovirus durante la gravidanza, 3 o 4 di loro lo contraggono a loro volta. Ma anche se il feto ha contratto il virus, non è detto che manifesti conseguenze a breve o a lungo termine. Di 10 bambini con citomegalovirus congenito solo 2 o 3 di loro avranno conseguenze;

queste conseguenze però possono essere piuttosto serie. Possono riguardare il sistema nervoso centrale con malformazioni visibili anche in ecografia, oppure possono provocare ritardo mentale, sordità congenita, corio-retinite (una patologia della retina che provoca cecità): tutte condizioni non diagnosticabili in utero e delle quali ci si accorge solo dopo la nascita del bambino, a volte dopo mesi o anni;

la probabilità che un bambino con citomegalovirus congenito manifesti una di queste disabilità è maggiore se già alla

nascita aveva mostrato dei sintomi. Ma l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico e solo il 10-15 per cento circa di questi bambini mostra sintomi alla nascita, in particolare si tratta di problemi al fegato, alla milza, ai polmoni; oppure ci sono convulsioni, si nota un ritardo di crescita e altro;

il virus quindi non passa sempre al bambino e, anche quando si trasmette, non è detto che abbia conseguenze. In definitiva, i problemi di salute si possono manifestare in media in 3-6 bambini ogni 100 in cui la madre contragga per la prima volta in gravidanza il citomegalovirus;

per sapere se la madre ha contratto il citomegalovirus durante la gravidanza e questo si è trasmesso al bambino occorre fare un esame del sangue, che ricerca la presenza di anticorpi specifici (immunoglobuline) contro il virus. In particolare, si cercano due tipi di immunoglobuline: le IgM, che si formano quando c'è un'infezione acuta in corso e segnalano che la malattia è in atto; le IgG, le cosiddette immunoglobuline della « memoria » dell'infezione. Se queste ultime risultano positive, vuol dire che la malattia è stata contratta in passato e quindi l'organismo ha sviluppato i relativi anticorpi;

per sapere con certezza quando la madre abbia contratto il citomegalovirus si può eseguire il cosiddetto *test* di avidità (o *avidity test*) che permette di sapere se l'infezione si è avuta nei tre mesi precedenti la gravidanza oppure ancora prima;

se appare ancora piuttosto controversa l'opportunità di uno *screening* di routine a tutti i neonati, si va invece diffondendo in ambito clinico la convinzione che sia molto utile fare uno *screening* in fase pre-concezionale o entro le primissime settimane di gravidanza, per sapere se si è già avuta la malattia;

pur troppo, a oggi non esiste una terapia di dimostrata efficacia, né per prevenire la trasmissione materno-fetale né per scongiurare eventuali danni al bambino. E la prevenzione resta la strada

più sicura per tutelare le madri durante la gravidanza, soprattutto nelle primissime fasi. Per limitare il rischio di infezione, le precauzioni più importanti sono di natura igienica;

il citomegalovirus si trasmette tramite la saliva o semplicemente per via aerea, oltre che attraverso i liquidi corporei, come sangue e urine. Per questo il contagio è piuttosto facile, soprattutto se si hanno altri figli o si lavora in un ambiente dove ci sono bambini, bersaglio privilegiato dell'infezione,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per facilitare la conoscenza dei rischi dell'infezione da citomegalovirus, in particolare tra medici di base, pediatri e ginecologi, attraverso una corretta e capillare informazione sulla patologia in questione, in modo da non sottovalutare i sintomi che spesso si presentano in forma molto lieve, ma non per questo meno insidiosa per il feto;
- 2) ad assumere iniziative per rafforzare la diffusione dei principi fondamentali della prevenzione improntati a una igiene corretta, in modo che si possano evitare o ridurre i danni che l'infezione da citomegalovirus può arrecare se contratta in gravidanza;
- 3) a stimolare lo studio e la ricerca del citomegalovirus per permettere una diagnosi precoce soprattutto nelle donne in gravidanza, e sviluppare strumenti sempre più efficaci per ridurre il rischio di trasmissione del citomegalovirus da madre a figlio;
- 4) ad assumere iniziative per favorire la prevenzione rendendo gratuito e obbligatorio lo *screening* per le donne in gravidanza al fine di ridurre i costi sociali di una diagnosi tardiva o di una cura inadeguata;
- 5) a garantire l'inserimento dei neonati positivi al citomegalovirus in programmi di controllo, che li accompa-

gnino fino a quanto non abbiano maturato la negatività al virus (in media circa 10 anni);

- 6) ad assumere iniziative per predisporre presso l'Istituto superiore di sanità un registro nazionale dei casi di infezione da citomegalovirus, soprattutto di quelli che hanno contratto il virus durante la gravidanza o di quei bambini che sono risultati positivi al citomegalovirus alla nascita, affinché in un tempo congruo si possa sapere con precisione qual è l'incidenza di casi di infezione da citomegalovirus in Italia.

(1-01497) « Binetti, Buttiglione, Cera, De Mita, Pisicchio ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus (CMV) è un virus molto comune appartenente alla famiglia degli *herpes virus* come la varicella, l'*herpes* labiale o il virus della mononucleosi. Nella grande maggioranza dei casi l'infezione è asintomatica, cioè chi la contrae non ha sintomi. In un 10 per cento dei casi si manifesta in modo simile all'influenza o alla mononucleosi. Negli adulti e nei bambini che contraggono l'infezione, i sintomi sono in genere lievi e generici, per esempio febbre, stanchezza, mal di gola, tanto che spesso non ci si accorge nemmeno della malattia. Chi si è già ammalato non è immune, quindi può nuovamente contrarre la malattia;

il virus, però, può essere molto pericoloso se contratto in gravidanza, perché in questo caso può superare la placenta e può essere trasmesso al feto, con conseguenze che possono essere anche gravi. Il rischio di trasmissione varia a seconda che si tratti di una prima infezione, cioè se è la prima volta che la madre contrae la malattia, oppure di una

re-infezione. Nel primo caso il rischio di trasmissione al bambino corrisponde a 3-4 casi ogni 10 gravidanze, mentre nel secondo caso la trasmissione è molto più rara e si verifica al massimo in 2 casi ogni 100 gravidanze. Per chi ha contratto l'infezione prima della gravidanza il rischio è molto basso e si stima che in Italia circa 8 donne adulte ogni 10 abbiano contratto la malattia prima della gravidanza;

se la donna contrae per la prima volta il virus durante la gravidanza, c'è il rischio che anche il feto venga contagiato e in questo caso si parla di infezione congenita. Il rischio di trasmissione al feto varia dal 30 al 40 per cento, il che significa che su dieci bambini di madri che contraggono il citomegalovirus durante la gravidanza, 3 o 4 di loro lo contraggono a loro volta. Ma anche se il feto ha contratto il virus, non è detto che manifesti conseguenze a breve o a lungo termine. Di 10 bambini con citomegalovirus congenito solo 2 o 3 di loro avranno conseguenze;

queste conseguenze però possono essere piuttosto serie. Possono riguardare il sistema nervoso centrale con malformazioni visibili anche in ecografia, oppure possono provocare ritardo mentale, sordità congenita, corio-retinite (una patologia della retina che provoca cecità): tutte condizioni non diagnosticabili in utero e delle quali ci si accorge solo dopo la nascita del bambino, a volte dopo mesi o anni;

la probabilità che un bambino con citomegalovirus congenito manifesti una di queste disabilità è maggiore se già alla nascita aveva mostrato dei sintomi. Ma l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico e solo il 10-15 per cento circa di questi bambini mostra sintomi alla nascita, in particolare si tratta di problemi al fegato, alla milza, ai polmoni; oppure ci sono convulsioni, si nota un ritardo di crescita e altro;

il virus quindi non passa sempre al bambino e, anche quando si trasmette, non è detto che abbia conseguenze. In definitiva, i problemi di salute si possono

manifestare in media in 3-6 bambini ogni 100 in cui la madre contragga per la prima volta in gravidanza il citomegalovirus;

per sapere se la madre ha contratto il citomegalovirus durante la gravidanza e questo si è trasmesso al bambino occorre fare un esame del sangue, che ricerca la presenza di anticorpi specifici (immunoglobuline) contro il virus. In particolare, si cercano due tipi di immunoglobuline: le IgM, che si formano quando c'è un'infezione acuta in corso e segnalano che la malattia è in atto; le IgG, le cosiddette immunoglobuline della « memoria » dell'infezione. Se queste ultime risultano positive, vuol dire che la malattia è stata contratta in passato e quindi l'organismo ha sviluppato i relativi anticorpi;

per sapere con certezza quando la madre abbia contratto il citomegalovirus si può eseguire il cosiddetto *test* di avidità (o *avidity test*) che permette di sapere se l'infezione si è avuta nei tre mesi precedenti la gravidanza oppure ancora prima;

se appare ancora piuttosto controversa l'opportunità di uno *screening* di *routine* a tutti i neonati, si va invece diffondendo in ambito clinico la convinzione che sia molto utile fare uno *screening* in fase pre-concezionale o entro le primissime settimane di gravidanza, per sapere se si è già avuta la malattia;

purtroppo, a oggi non esiste una terapia di dimostrata efficacia, né per prevenire la trasmissione materno-fetale né per scongiurare eventuali danni al bambino. E la prevenzione resta la strada più sicura per tutelare le madri durante la gravidanza, soprattutto nelle primissime fasi. Per limitare il rischio di infezione, le precauzioni più importanti sono di natura igienica;

il citomegalovirus si trasmette tramite la saliva o semplicemente per via aerea, oltre che attraverso i liquidi corporei, come sangue e urine. Per questo il contagio è piuttosto facile, soprattutto se si hanno altri figli o si lavora in un ambiente dove ci sono bambini, bersaglio privilegiato dell'infezione,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per facilitare la conoscenza dei rischi dell'infezione da citomegalovirus, in particolare tra medici di base, pediatri e ginecologi, attraverso una corretta e capillare informazione sulla patologia in questione, in modo da non sottovalutare i sintomi che spesso si presentano in forma molto lieve, ma non per questo meno insidiosa per il feto;
- 2) ad assumere iniziative per rafforzare la diffusione dei principi fondamentali della prevenzione improntati a una igiene corretta, in modo che si possano evitare o ridurre i danni che l'infezione da citomegalovirus può arrecare se contratta in gravidanza;
- 3) a stimolare lo studio e la ricerca del citomegalovirus per permettere una diagnosi precoce soprattutto nelle donne in gravidanza, e sviluppare strumenti sempre più efficaci per ridurre il rischio di trasmissione del citomegalovirus da madre a figlio;
- 4) a valutare la possibilità di assumere iniziative per favorire la prevenzione rendendo gratuito e obbligatorio lo *screening* per le donne in gravidanza al fine di ridurre i costi sociali di una diagnosi tardiva o di una cura inadeguata;
- 5) a garantire l'inserimento dei neonati positivi al citomegalovirus in programmi di controllo, che li accompagnino fino a quanto non abbiano maturato la negatività al virus (in media circa 10 anni);
- 6) a valutare la possibilità di assumere iniziative per predisporre presso l'Istituto superiore di sanità un registro nazionale dei casi di infezione da citomegalovirus, soprattutto di quelli che hanno contratto il virus durante la gravidanza o di quei bambini che sono risultati positivi al citomegalovirus alla nascita, affinché in un tempo congruo

si possa sapere con precisione qual è l'incidenza di casi di infezione da citomegalovirus in Italia.

(1-01497) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Binetti, Buttiglione, Cera, De Mita, Pisicchio ».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (Cmv) è un virus molto comune e generalmente diffuso della famiglia degli Herpesvirus. Una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario;

le infezioni da citomegalovirus, mentre nella maggior parte degli individui si presentano asintomatiche o con sintomi aspecifici quali febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi, negli individui immunodepressi possono causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso; l'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto può arrecare al bambino danni permanenti, anche gravi, con un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi;

il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40 per cento nella forma primaria e fra lo 0,5 e il 2 per cento nella forma secondaria. L'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico. Il 10 per cento circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile, con possibili decorsi fluttuanti o progressivi. Il 10-15 per cento circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti fino a forme di invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, *deficit* di coordinazione dei movimenti, convulsioni o con esito letale;

la rilevazione di anticorpi IgG contro il citomegalovirus su un campione di sangue indica un contatto con il virus, ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio né l'eventuale trasmissione del virus al feto. Il test per rilevare gli anticorpi IgM, utilizzato per accertare le infezioni recenti, ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile senza l'integrazione con altri tipi di test. Un test utilizzato per risalire al periodo dell'infezione è il test di avidità delle IgG;

per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale. Per individuare in un neonato un'infezione congenita da citomegalovirus durante le prime tre settimane di vita si cerca di evidenziare la presenza del virus nelle urine, nella saliva e nel sangue. In caso di citomegalovirus congenita non è stato ancora identificato nessun tipo di *marker* prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà esiti;

non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita. I farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto. Alcuni farmaci antivirali possono aiutare a controllare l'infezione negli individui infetti;

è difficile fare diagnosi retrospettive per cui molte disabilità non sono attribuite al citomegalovirus anche perché il virus può dare conseguenze tardive, avendo sintomi aspecifici, complicando ulteriormente l'inquadramento diagnostico,

impegna il Governo:

- 1) ad avviare una campagna informativa capillare, anche attraverso i consultori e i medici di medicina generale, per la conoscenza dei rischi di questa infezione e in particolare di quelli connessi alla interazione tra il citomegalovirus,

la gravidanza e gli stati di depressione immunitaria anche transitori, sottolineando il ruolo delle comuni regole igieniche personali, in particolare il lavaggio delle mani, e degli ambienti domestici quali misure preventive alla trasmissione;

- 2) a promuovere lo studio del citomegalovirus, concorrendo alla ricerca per un vaccino specifico;
- 3) a predisporre un censimento nazionale dei casi per arrivare ad una precisa definizione dell'incidenza di infezioni;
- 4) a mettere a punto un programma di *screening* efficace sulle donne in età fertile e in gravidanza al fine di ridurre l'incidenza del citomegalovirus congenito ed i conseguenti costi sociali.

(1-01498) « Amato, Lenzi, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, D'Incecco, Fossati, Gelli, Grassi, Mariano, Miotto, Murer, Patriarca, Piazzoni, Piccione, Giuditta Pini, Sbröllini, Amoddio ».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (Cmv) è un virus molto comune e generalmente diffuso della famiglia degli Herpesvirus. Una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario;

le infezioni da citomegalovirus, mentre nella maggior parte degli individui si presentano asintomatiche o con sintomi aspecifici quali febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi, negli individui immunodepressi possono causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso; l'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto può

arrecare al bambino danni permanenti, anche gravi, con un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi;

il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40 per cento nella forma primaria e fra lo 0,5 e il 2 per cento nella forma secondaria. L'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico. Il 10 per cento circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile, con possibili decorsi fluttuanti o progressivi. Il 10-15 per cento circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti fino a forme di invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, *deficit* di coordinazione dei movimenti, convulsioni o con esito letale;

la rilevazione di anticorpi IgG contro il citomegalovirus su un campione di sangue indica un contatto con il virus, ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio né l'eventuale trasmissione del virus al feto. Il test per rilevare gli anticorpi IgM, utilizzato per accertare le infezioni recenti, ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile senza l'integrazione con altri tipi di test. Un test utilizzato per risalire al periodo dell'infezione è il test di avidità delle IgG;

per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale. Per individuare in un neonato un'infezione congenita da citomegalovirus durante le prime tre settimane di vita si cerca di evidenziare la presenza del virus nelle urine, nella saliva e nel sangue. In caso di citomegalovirus congenita non è stato ancora identificato nessun tipo di *marker* prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà esiti;

non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la

trasmissione madre-feto dell'infezione né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita. I farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto. Alcuni farmaci antivirali possono aiutare a controllare l'infezione negli individui infetti;

è difficile fare diagnosi retrospettive per cui molte disabilità non sono attribuite al citomegalovirus anche perché il virus può dare conseguenze tardive, avendo sintomi aspecifici, complicando ulteriormente l'inquadramento diagnostico,

impegna il Governo:

- 1) ad avviare una campagna informativa capillare, anche attraverso i consultori e i medici di medicina generale, per la conoscenza dei rischi di questa infezione e in particolare di quelli connessi alla interazione tra il citomegalovirus, la gravidanza e gli stati di depressione immunitaria anche transitori, sottolineando il ruolo delle comuni regole igieniche personali, in particolare il lavaggio delle mani, e degli ambienti domestici quali misure preventive alla trasmissione;
- 2) a promuovere lo studio del citomegalovirus, concorrendo alla ricerca per un vaccino specifico;
- 3) a valutare l'utilità e la possibilità di predisporre un censimento nazionale dei casi per arrivare ad una precisa definizione dell'incidenza di infezioni;
- 4) a valutare l'utilità e la possibilità di mettere a punto un programma di *screening* efficace sulle donne in età fertile e in gravidanza al fine di ridurre l'incidenza del citomegalovirus congenito ed i conseguenti costi sociali.

(1-01498) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Amato, Lenzi, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, D'Incecco, Fossati, Gelli, Grassi, Mariano, Miotto, Mu-

rer, Patriarca, Piazzoni, Piccione, Giuditta Pini, Sbrollini, Amoddio ».

La Camera,

premesso che:

il Citomegalovirus (Cmv) è un virus molto comune e diffuso a livello globale, appartenente alla famiglia degli Herpesvirus e può infettare chiunque. Contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso d'indebolimento del sistema immunitario;

la sua trasmissione avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte o per trasfusioni e trapianti di organi infetti;

molto spesso, le infezioni da Citomegalovirus sono asintomatiche; infatti, la maggior parte delle persone sane, adulti o bambini che contraggono la malattia, non manifesta sintomi, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi e tale sintomatologia potrebbe indurre i medici a compiere diagnosi errate;

negli individui con un buon sistema immunitario il virus può essere tenuto sotto controllo; tuttavia, negli individui immunodepressi può causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso e l'aspetto più importante è rappresentato dalle infezioni congenite;

il Citomegalovirus, può essere eliminato dall'organismo infetto dopo la prima infezione, ma possono servire mesi o addirittura anni; specialmente i bambini piccoli possono addirittura diffonderlo per 5-6 anni dopo la nascita;

un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa da madre-figlio durante l'allattamento può arrecare danni permanenti anche gravi al bambino;

l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico, il 10 per cento circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile con possibili decorsi fluttuanti o progressivi;

il 10-15 per cento circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti. Tra quelli temporanei si segnalano in particolare problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie (cioè chiazze rosse sulla pelle corrispondenti a piccolissime emorragie), piccole dimensioni alla nascita e convulsioni;

i sintomi permanenti possono essere molto gravi e causare diverse forme d'invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, *deficit* di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte;

l'infezione materna viene classificata come primaria quando è acquisita per la prima volta durante la gravidanza in una donna precedentemente sieronegativa, e secondaria quando avviene per riattivazione del virus latente o per reinfezione da un nuovo ceppo in una donna che aveva già contratto l'infezione;

il rischio di trasmissione al feto non sembra essere correlato al periodo gestazionale durante il quale viene contratta l'infezione. Si ipotizza però un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi di gravidanza;

purtroppo a oggi non esiste una terapia di dimostrata efficacia, né per prevenire la trasmissione materno-fetale, né per scongiurare eventuali danni al bambino;

un esame del sangue della donna in gravidanza indica un eventuale contatto,

ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio, né l'eventuale trasmissione del virus al feto;

inoltre, il test per rilevare gli anticorpi IgM — utilizzato per accertare le infezioni recenti — ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile;

per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale e, in caso di Citomegalovirus congenita, non è stato ancora identificato nessun tipo di *marker* prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà sequele;

per contrastare il Citomegalovirus non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione, né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita e i farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto;

anche l'opportunità di uno *screening* di *routine* è ancora molto controversa, sia per il rischio di gravi conseguenze permanenti (percentuale bassa), sia perché, una volta individuata l'infezione, non ci sono al momento terapie efficaci per contrastarla. Per questo molti ginecologi preferiscono non prescrivere il test,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per sensibilizzare i medici ginecologi e le future madri affinché si sottopongano ad uno *screening*, in fase preconcezionale o al massimo entro le primissime settimane di gravidanza, in modo da accertarsi se è stato contratto in passato il virus;
- 2) a promuovere una campagna d'informazione sulle norme di prevenzione del virus e sullo *screening* preconcezionale;
- 3) a favorire lo studio e la ricerca del vaccino contro il Citomegalovirus;
- 4) ad assumere iniziative per ampliare e finanziare nuovi metodi di ricerca per

una terapia efficace per la prevenzione della trasmissione materno-fetale del Citomegalovirus e per scongiurare eventuali danni al bambino.

(1-01499) « Brignone, Civati, Andrea Maestri, Matarrelli, Pastorino, Artini, Baldassarre, Bechis, Segoni, Turco ».

La Camera,

premesso che:

il Citomegalovirus (Cmv) è un virus molto comune e diffuso a livello globale, appartenente alla famiglia degli Herpesvirus e può infettare chiunque. Contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso d'indebolimento del sistema immunitario;

la sua trasmissione avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte o per trasfusioni e trapianti di organi infetti;

molto spesso, le infezioni da Citomegalovirus sono asintomatiche; infatti, la maggior parte delle persone sane, adulti o bambini che contraggono la malattia, non manifesta sintomi, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi e tale sintomatologia potrebbe indurre i medici a compiere diagnosi errate;

negli individui con un buon sistema immunitario il virus può essere tenuto sotto controllo; tuttavia, negli individui immunodepressi può causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso e l'aspetto più importante è rappresentato dalle infezioni congenite;

il Citomegalovirus, può essere eliminato dall'organismo infetto dopo la prima infezione, ma possono servire mesi

o addirittura anni; specialmente i bambini piccoli possono addirittura diffonderlo per 5-6 anni dopo la nascita;

un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa da madre-figlio durante l'allattamento può arrecare danni permanenti anche gravi al bambino;

l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico, il 10 per cento circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile con possibili decorsi fluttuanti o progressivi;

il 10-15 per cento circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti. Tra quelli temporanei si segnalano in particolare problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie (cioè chiazze rosse sulla pelle corrispondenti a piccolissime emorragie), piccole dimensioni alla nascita e convulsioni;

i sintomi permanenti possono essere molto gravi e causare diverse forme d'invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, *deficit* di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte;

l'infezione materna viene classificata come primaria quando è acquisita per la prima volta durante la gravidanza in una donna precedentemente sieronegativa, e secondaria quando avviene per riattivazione del virus latente o per reinfezione da un nuovo ceppo in una donna che aveva già contratto l'infezione;

il rischio di trasmissione al feto non sembra essere correlato al periodo gestazionale durante il quale viene contratta l'infezione. Si ipotizza però un maggior rischio di severità della malattia quando la trasmissione avviene nei primi tre mesi di gravidanza;

pur troppo a oggi non esiste una terapia di dimostrata efficacia, né per prevenire la trasmissione materno-fetale, né per scongiurare eventuali danni al bambino;

un esame del sangue della donna in gravidanza indica un eventuale contatto, ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio, né l'eventuale trasmissione del virus al feto;

inoltre, il test per rilevare gli anticorpi IgM — utilizzato per accertare le infezioni recenti — ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile;

per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale e, in caso di Citomegalovirus congenita, non è stato ancora identificato nessun tipo di *marker* prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà sequele;

per contrastare il Citomegalovirus non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione, né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita e i farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto;

anche l'opportunità di uno *screening* di *routine* è ancora molto controversa, sia per il rischio di gravi conseguenze permanenti (percentuale bassa), sia perché, una volta individuata l'infezione, non ci sono al momento terapie efficaci per contrastarla. Per questo molti ginecologi preferiscono non prescrivere il test,

impegna il Governo:

- 1) a valutare la possibilità e l'utilità di assumere iniziative per sensibilizzare i medici ginecologi e le future madri affinché si sottopongano ad uno *screening*, in fase preconcezionale o al massimo entro le primissime settimane di gravidanza, in modo da accertarsi se è stato contratto in passato il virus;
- 2) a valutare la possibilità e l'utilità di promuovere una campagna d'informazione sulle norme di prevenzione del virus e sullo *screening* preconcezionale;

3) a favorire lo studio e la ricerca del vaccino contro il Citomegalovirus;

4) compatibilmente con i vincoli di bilancio, ad assumere iniziative per ampliare e finanziare nuovi metodi di ricerca per una terapia efficace per la prevenzione della trasmissione materno-fetale del Citomegalovirus e per scongiurare eventuali danni al bambino.

(1-01499) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Brignone, Civati, Andrea Maestri, Matarrelli, Pastorino, Artini, Baldassarre, Bechis, Segoni, Turco ».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (CMV), appartenente alla famiglia degli Herpesvirus, è un virus comune da contagiare almeno tre adulti su cinque;

le infezioni da citomegalovirus sono nella maggior parte degli individui asintomatiche, perché un buon sistema immunitario è in grado di tenerle sotto controllo, ma negli individui immunodepressi possono causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso;

la maggior parte degli individui sani, adulti o bambini, che contraggono la malattia non manifesta sintomi e non si accorge dell'infezione, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affaticamento e ingrossamento dei linfonodi; una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario;

l'aspetto più importante legato al citomegalovirus, dal punto di vista medico, è rappresentato dalle infezioni congenite;

un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto può arrecare al bambino danni permanenti anche gravi;

la trasmissione avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte;

il contagio può avvenire per contatto persona-persona, per trasmissione madre-feto durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento, per trasfusioni e trapianti di organi infetti;

se contratto nei primi mesi di gravidanza può essere causa anche di serie disabilità nel neonato;

tra l'uno ed il quattro per cento delle future mamme viene infettato e un terzo lo trasmetterà al figlio;

la donna in gravidanza è bersaglio facile per i virus, poiché le difese immunitarie si abbassano per impedire un rigetto fetale;

se il contagio del feto è precoce possono manifestarsi ritardi mentali, sordità o conio retinite;

spesso la diagnosi è formulata solo quando l'ecografia ha già evidenziato danni al feto;

il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40 per cento nella forma primaria e fra lo 0,5 e il 2 per cento nella forma secondaria;

l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico. Il 10 per cento circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile, con possibili decorsi fluttuanti o progressivi. Il 10-15 per cento circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti. Tra quelli temporanei si segnalano, in particolare, problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie, piccole dimensioni alla nascita e convulsioni. I sintomi permanenti possono essere molto gravi e causare

diverse forme di invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, deficit di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte. In alcuni bambini i sintomi compaiono mesi o anni dopo la crescita, e in questi casi i più comuni sono la perdita dell'udito e della vista. La comparsa di disabilità permanenti è più probabile nei bambini che mostrano i sintomi già dalla nascita;

lo *screening* precoce può essere fatto con un semplice esame del sangue; in Italia lo *screening* precoce non fa parte di linee guida condivise ed è ancora al centro di dibattito;

non esiste attualmente un vaccino per la prevenzione del Citomegalovirus; il modo migliore per limitare il rischio di contagio è un'attenta igiene personale; più in generale, la pulizia della casa e soprattutto delle superfici contaminate da fluidi corporei (come saliva, urina, feci, liquidi seminali e sangue) facilita la prevenzione del contagio;

alla luce delle attuali conoscenze lo *screening* di routine per citomegalovirus in gravidanza non è raccomandato, per vari motivi, fra cui principalmente: la mancata disponibilità di un trattamento preventivo o curativo efficace; la difficoltà nel definire un segno prognostico affidabile di danno fetale; la mancanza di consenso circa il *management* delle donne che presentano una sieroconversione in gravidanza; le potenziali conseguenze in termini di ansia indotta, perdite fetali iatrogene e aumentata richiesta di interruzione volontaria di gravidanza;

negli Stati Uniti i *Centers for Disease Control and Prevention* nazionali raccomandano attenzione all'igiene, soprattutto quando si è a contatto con bambini di età inferiore ai 6 anni;

con citomegalovirus congenito, anche in assenza di manifestazioni, il bambino resta infettivo per qualche anno e può trasmetterlo ad altri bambini;

sono disponibili diversi *test* in grado di rilevare l'infezione da citomegalovirus;

la rilevazione di anticorpi IgG contro il citomegalovirus su un campione di sangue indica un contatto con il virus, ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio, cioè se l'infezione è in atto o risale al passato, molto utile in caso di gravidanza, né l'eventuale trasmissione del virus al feto. Nel caso in cui prima della gravidanza questo test risulti negativo, è importante che la donna presti particolare attenzione alle misure utili a evitare il contagio;

il test per rilevare gli anticorpi IgM, utilizzato per accertare le infezioni recenti, ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile senza l'integrazione con altri tipi di test;

un test utilizzato per risalire al periodo dell'infezione è il test di avidità delle IgG;

per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale. Per individuare in un neonato un'infezione congenita da citomegalovirus durante le prime tre settimane di vita si cerca direttamente la presenza del virus (e non degli anticorpi) nelle urine, nella saliva e nel sangue. In caso di citomegalovirus congenita non è stato ancora identificato nessun tipo di *marker* prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà sequele;

non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita. I farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto;

alcuni farmaci antivirali possono aiutare a controllare l'infezione negli individui immunodepressi,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per prevedere forme di sostegno per la ricerca sul citomegalovirus, nonché per sviluppare sistemi di diagnosi che consentano il rapido riconoscimento del virus;
- 2) a sviluppare iniziative dirette a informare i cittadini sui sintomi derivanti dal virus e sulle conseguenze della mancata o tardiva cura;
- 3) ad assumere iniziative per sensibilizzare gli operatori del settore medico-sanitario al fine di promuovere lo *screening* per le donne in gravidanza;
- 4) ad assumere iniziative per prevedere forme di sostegno, anche economico, a favore delle famiglie dei bambini positivi al virus;
- 5) ad adoperarsi, per quanto di competenza, affinché le istituzioni e l'industria del farmaco adottino misure per promuovere l'innovazione e la ricerca e regolamentino la cooperazione e la condivisione di informazioni tra tutti i soggetti interessati.

(1-01500) « Gullo, Crimi, Occhiuto ».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (CMV), appartenente alla famiglia degli Herpesvirus, è un virus comune da contagiare almeno tre adulti su cinque;

le infezioni da citomegalovirus sono nella maggior parte degli individui asintomatiche, perché un buon sistema immunitario è in grado di tenerle sotto controllo, ma negli individui immunodepressi possono causare gravi complicanze, in particolare a occhi, fegato, sistema gastrointestinale e sistema nervoso;

la maggior parte degli individui sani, adulti o bambini, che contraggono la malattia non manifesta sintomi e non si accorge dell'infezione, mentre alcuni soggetti sviluppano una forma leggera della malattia con febbre, mal di gola, affatica-

mento e ingrossamento dei linfonodi; una volta contratta l'infezione, il virus rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, ma può riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario;

l'aspetto più importante legato al citomegalovirus, dal punto di vista medico, è rappresentato dalle infezioni congenite;

un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto può arrecare al bambino danni permanenti anche gravi;

la trasmissione avviene da persona a persona tramite i fluidi del corpo, tra cui sangue, saliva, urina, liquidi seminali, secrezioni vaginali e latte;

il contagio può avvenire per contatto persona-persona, per trasmissione madre-feto durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento, per trasfusioni e trapianti di organi infetti;

se contratto nei primi mesi di gravidanza può essere causa anche di serie disabilità nel neonato;

tra l'uno ed il quattro per cento delle future mamme viene infettato e un terzo lo trasmetterà al figlio;

la donna in gravidanza è bersaglio facile per i virus, poiché le difese immunitarie si abbassano per impedire un rigetto fetale;

se il contagio del feto è precoce possono manifestarsi ritardi mentali, sordità o conio retinite;

spesso la diagnosi è formulata solo quando l'ecografia ha già evidenziato danni al feto;

il rischio di trasmissione al feto varia fra il 30 e il 40 per cento nella forma primaria e fra lo 0,5 e il 2 per cento nella forma secondaria;

l'85-90 per cento dei neonati con infezione congenita è asintomatico. Il 10 per cento circa dei neonati asintomatici presenta sequele tardive, generalmente difetti uditivi di severità variabile, con pos-

sibili decorsi fluttuanti o progressivi. Il 10-15 per cento circa dei neonati è invece sintomatico, con sintomi che possono essere temporanei o permanenti. Tra quelli temporanei si segnalano, in particolare, problemi al fegato, alla milza, ai polmoni, ittero, petecchie, piccole dimensioni alla nascita e convulsioni. I sintomi permanenti possono essere molto gravi e causare diverse forme di invalidità permanente come sordità, cecità, ritardo mentale, dimensioni piccole della testa, *deficit* di coordinazione dei movimenti, convulsioni fino alla morte. In alcuni bambini i sintomi compaiono mesi o anni dopo la crescita, e in questi casi i più comuni sono la perdita dell'udito e della vista. La comparsa di disabilità permanenti è più probabile nei bambini che mostrano i sintomi già dalla nascita;

lo *screening* precoce può essere fatto con un semplice esame del sangue; in Italia lo *screening* precoce non fa parte di linee guida condivise ed è ancora al centro di dibattito;

non esiste attualmente un vaccino per la prevenzione del Citomegalovirus; il modo migliore per limitare il rischio di contagio è un'attenta igiene personale; più in generale, la pulizia della casa e soprattutto delle superfici contaminate da fluidi corporei (come saliva, urina, feci, liquidi seminali e sangue) facilita la prevenzione del contagio;

alla luce delle attuali conoscenze lo *screening* di *routine* per citomegalovirus in gravidanza non è raccomandato, per vari motivi, fra cui principalmente: la mancata disponibilità di un trattamento preventivo o curativo efficace; la difficoltà nel definire un segno prognostico affidabile di danno fetale; la mancanza di consenso circa il *management* delle donne che presentano una sierconversione in gravidanza; le potenziali conseguenze in termini di ansia indotta, perdite fetali iatrogene e aumentata richiesta di interruzione volontaria di gravidanza;

negli Stati Uniti i *Centers for Disease Control and Prevention* nazionali rac-

comandano attenzione all'igiene, soprattutto quando si è a contatto con bambini di età inferiore ai 6 anni;

con citomegalovirus congenito, anche in assenza di manifestazioni, il bambino resta infettivo per qualche anno e può trasmetterlo ad altri bambini;

sono disponibili diversi *test* in grado di rilevare l'infezione da citomegalovirus;

la rilevazione di anticorpi IgG contro il citomegalovirus su un campione di sangue indica un contatto con il virus, ma non è in grado di determinare né il periodo del contagio, cioè se l'infezione è in atto o risale al passato, molto utile in caso di gravidanza, né l'eventuale trasmissione del virus al feto. Nel caso in cui prima della gravidanza questo test risulti negativo, è importante che la donna presti particolare attenzione alle misure utili a evitare il contagio;

il test per rilevare gli anticorpi IgM, utilizzato per accertare le infezioni recenti, ha evidenziato spesso dei falsi positivi e non è quindi affidabile senza l'integrazione con altri tipi di test;

un test utilizzato per risalire al periodo dell'infezione è il test di avidità delle IgG;

per determinare l'eventuale trasmissione del virus al feto sono necessari esami più invasivi, come l'amniocentesi o l'analisi del sangue fetale. Per individuare in un neonato un'infezione congenita da citomegalovirus durante le prime tre settimane di vita si cerca direttamente la presenza del virus (e non degli anticorpi) nelle urine, nella saliva e nel sangue. In caso di citomegalovirus congenita non è stato ancora identificato nessun tipo di *marker* prognostico del periodo prenatale per determinare se il neonato sarà sintomatico o se svilupperà sequele;

non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione né

per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita. I farmaci disponibili sono estremamente dannosi per il feto;

alcuni farmaci antivirali possono aiutare a controllare l'infezione negli individui immunodepressi,

impegna il Governo:

- 1) ad assumere iniziative per prevedere forme di sostegno per la ricerca sul citomegalovirus, nonché per sviluppare sistemi di diagnosi che consentano il rapido riconoscimento del virus;
- 2) a sviluppare iniziative dirette a informare i cittadini sui sintomi derivanti dal virus e sulle conseguenze della mancata o tardiva cura;
- 3) a valutare l'utilità e la possibilità di assumere iniziative per sensibilizzare gli operatori del settore medico-sanitario al fine di promuovere lo *screening* per le donne in gravidanza;
- 4) a valutare l'utilità e la possibilità di assumere iniziative per prevedere forme di sostegno, anche economico, a favore delle famiglie dei bambini positivi al virus;
- 5) a valutare l'utilità e la possibilità di adoperarsi, per quanto di competenza, affinché le istituzioni e l'industria del farmaco adottino misure per promuovere l'innovazione e la ricerca e regolamentino la cooperazione e la condivisione di informazioni tra tutti i soggetti interessati.

(1-01500) (*Testo modificato nel corso della seduta*) «Gullo, Crimi, Occhiuto».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (CMV) appartiene alla famiglia degli Herpes virus, è molto comune ed ha una diffusione molto elevata. Dopo la prima infezione, di norma resta latente all'interno dell'organismo che

lo ospita, pronto a reinfettarlo nel caso di riduzione delle difese immunitarie individuali;

il serbatoio di diffusione del virus è rappresentato essenzialmente dalla specie umana: la trasmissione è interpersonale, e avviene attraverso i fluidi organici, sangue, saliva, urine, liquidi seminali e vaginali, latte. Il contagio può dunque avvenire in modo diretto, ad esempio attraverso i rapporti sessuali, ma anche con un semplice bacio oppure per effetto di carenza di misure elementari di igiene;

è pertanto indispensabile, specie in gravidanza, nella gestione di un neonato e tra gli immunodepressi, insistere molto sulla necessità di valutare correttamente l'ipotesi di rischio di citomegalovirus attivando conseguentemente ogni necessaria azione di prevenzione: lavarsi spesso le mani, in particolare prima di avere contatti diretti con gli orifizi del neonato; evitare la promiscuità di asciugamani, posate, bicchieri, spazzolini da denti; evitare di frequentare i luoghi troppo affollati e stipati, in particolare nei periodi invernali;

la cosiddetta « prima infezione », con insediamento del citomegalovirus nell'organismo, passa spesso inosservata sotto il profilo sintomatologico: può talora causare disturbi di tipo influenzale o essere addirittura completamente asintomatica;

è invece differente l'estrinsecazione del virus negli individui immunodepressi: il citomegalovirus è un vero e proprio spauracchio nei centri trapiantologici o nella popolazione defedata (pazienti oncologici, ammalati di AIDS), potendo causare polmoniti, encefaliti ed epatiti di difficilissima gestione;

il citomegalovirus può inoltre causare gravi danni nella trasmissione dalla madre infetta al feto, in particolare quando questa trasmissione avviene nel primo trimestre della gravidanza, quando è maggiore il rischio di malformazioni congenite del prodotto del concepimento;

l'infezione materno-fetale può essere « primaria », quando la donna viene

infettata per la prima volta proprio in corso di gravidanza, e « secondaria » quando invece essa discende dalla riattivazione del virus latente oppure da una nuova infezione legata ad un ceppo di virus differente;

il rischio di trasmissione del citomegalovirus per via verticale materno-fetale, secondo dati dell'Istituto superiore di sanità, è assai elevato (30-40 per cento) nel caso di infezione primaria, lo è assai di meno (0,5-2 per cento) nel caso di infezione secondaria;

la frequenza di infezione neonatale da citomegalovirus è oggi molto alta (1:100), superiore di quattro volte a quella della toxoplasmosi e di cinquanta volte a quella della rosolia per cui si stima che, ogni anno, in Italia nascano circa 5.000 bambini che hanno contratto l'infezione da citomegalovirus;

l'85-90 per cento dei neonati che contraggono l'infezione attraverso il circuito materno-fetale è asintomatico ma, in circa il 10 per cento di questi casi apparentemente negativi, il bambino presenta sequele infettive tardive, quasi sempre correlate a danni della funzione uditiva, con andamento ciclico o, talora, francamente progressivo;

il 10-15 per cento dei neonati infettati presenta invece sintomi alla nascita che spesso sono transitori e regrediscono spontaneamente o dopo terapia. Tra questi, si segnalano sofferenze degli organi splancnici e dei polmoni, ittero e sindrome petecchiale;

altre volte i danni sono invece permanenti, più frequentemente a carico del sistema uditivo e visivo, con possibili complicazioni neurologiche (convulsioni, ritardo mentale, microcefalia, idrocefalo, atrofia cerebellare, danni cerebrali con sindromi spastiche e disturbi extrapiramidali). I danni possono configurare rilevanti invalidità permanenti, talora ad esordio tardivo, più gravi nei bambini che presentano problemi significativi già alla nascita;

nonostante la loro relativa frequenza, non sempre i segni della infezione neonatale da citomegalovirus sono immediatamente riconosciuti, sia a causa della loro aspecificità e rilevanza talora modesta, che per effetto della latenza con cui talora si manifestano;

attualmente non esiste una vaccinazione in grado di prevenire il contagio da citomegalovirus per cui l'unica prevenzione efficace è rappresentata dalla conoscenza del problema e dall'attivazione di misure igieniche cautelari, particolarmente accurate e attente nei soggetti immunodepressi e nelle donne in gravidanza;

attualmente lo *screening* sistematico delle donne gravide non è universalmente raccomandato, in quanto la diagnosi di infezione latente o quella di sierconversione in gravidanza non sempre sono tecnicamente facili da fare e, soprattutto, non comportano l'attivazione di un percorso terapeutico specificamente validato (anche se esistono studi avanzati sull'impiego della immunoglobuline specifiche e dei farmaci antivirali), non consentono di valutare con certezza l'eventuale danno fetale e corrono invece il rischio di causare vere e proprie sindromi ansiose nelle puerpere, con effetti negativi sulla gestazione, sino al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;

la diagnosi della trasmissione dell'infezione al feto richiede anch'essa esami invasivi (amniocentesi, esame del sangue fetale), può realizzarsi anche tardivamente e addirittura nel corso dell'attraversamento del canale del parto e non introduce a protocolli terapeutici schematizzati;

è certamente più facile individuare con certezza l'avvenuto contagio nel neonato (ricerca del virus nei liquidi organici) senza che però l'accertamento diagnostico possa essere predittivo di eventuali sintomatologie tardive o esiti permanenti a distanza;

ogni modifica degli attuali protocolli diagnostici e terapeutici relativi al

citomegalovirus, in particolare per quanto attiene alle infezioni in gravidanza, va sottoposta ad attente valutazioni dei rapporti costo/benefici di salute e va validata attraverso la conferma delle *best practice* internazionali,

impegna il Governo:

- 1) a potenziare le iniziative finalizzate alla corretta informazione della popolazione sui rischi da infezione da citomegalovirus, con particolare riferimento ai pazienti immunodepressi e alle donne in gravidanza e sulla conseguente necessità di adottare e rafforzare le corrette misure di prevenzione igienica del caso;
- 2) a promuovere un potenziamento delle iniziative di formazione specifica del personale sanitario a contatto con i pazienti a maggior rischio di infezione da citomegalovirus, perché cresca la generale attenzione del sistema sanitario nei confronti di tale patologia;
- 3) ad implementare e diffondere i protocolli per garantire la sorveglianza della corretta attuazione delle misure igienico-sanitarie di prevenzione, per supportare adeguatamente i pazienti nella valutazione del rischio, per garantire la massima vigilanza nella individuazione precoce delle eventuali anomalie di sviluppo ecografico correlabili al sospetto di infezione da citomegalovirus e dei sintomi neonatali, consentendo la diagnosi precoce, il monitoraggio dei casi sintomatici di infezione, l'intercettazione precoce di eventuali patologie tardive e la loro valutazione a distanza;
- 4) ad incaricare l'Istituto superiore di sanità, con la possibile collaborazione delle società scientifiche, di effettuare una accurata valutazione dei migliori protocolli scientifici internazionali per verificare se esistano evidenze certe che inducano ad introdurre in Italia un sistema di *screening* sistematico e di diagnosi precoce della eventuale sierconversione per il citomegalovirus delle

donne in gravidanza, da cui conseguano eventuali diagnosi precoci sul feto ed eventuali interventi profilattici o terapeutici in grado di ridurre significativamente il rischio di danni temporanei o permanenti al prodotto del concepimento;

- 5) ad assumere iniziative per rafforzare il sistema nazionale di monitoraggio delle infezioni da citomegalovirus per avere ogni possibile certezza sulla esatta valutazione dell'incidenza dei danni correlati;
 - 6) a dedicare ogni possibile sforzo ai filoni di ricerca scientifica sul citomegalovirus per garantire il massimo contributo della ricerca italiana nell'individuazione della possibile copertura vaccinica e di ogni nuova opportunità diagnostica e terapeutica che consenta di ridurre il rischio di danno correlato al citomegalovirus per la popolazione a rischio.
- (1-01501) « Vargiu, Monchiero, Matarrese, Dambruoso, Librandi, Menorello, Oliaro, Quintarelli, Galgano ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus (CMV) appartiene alla famiglia degli Herpes virus, è molto comune ed ha una diffusione molto elevata. Dopo la prima infezione, di norma resta latente all'interno dell'organismo che lo ospita, pronto a reinfectarlo nel caso di riduzione delle difese immunitarie individuali;

il serbatoio di diffusione del virus è rappresentato essenzialmente dalla specie umana: la trasmissione è interpersonale, e avviene attraverso i fluidi organici, sangue, saliva, urine, liquidi seminali e vaginali, latte. Il contagio può dunque avvenire in modo diretto, ad esempio attraverso i rapporti sessuali, ma anche con un semplice bacio oppure per effetto di carenza di misure elementari di igiene;

è pertanto indispensabile, specie in gravidanza, nella gestione di un neonato e tra gli immunodepressi, insistere molto sulla necessità di valutare correttamente l'ipotesi di rischio di citomegalovirus attivando conseguentemente ogni necessaria azione di prevenzione: lavarsi spesso le mani, in particolare prima di avere contatti diretti con gli orifizi del neonato; evitare la promiscuità di asciugamani, posate, bicchieri, spazzolini da denti; evitare di frequentare i luoghi troppo affollati e stipati, in particolare nei periodi invernali;

la cosiddetta « prima infezione », con insediamento del citomegalovirus nell'organismo, passa spesso inosservata sotto il profilo sintomatologico: può talora causare disturbi di tipo influenzale o essere addirittura completamente asintomatica;

è invece differente l'estrinsicazione del virus negli individui immunodepressi: il citomegalovirus è un vero e proprio spauracchio nei centri trapiantologici o nella popolazione defedata (pazienti oncologici, ammalati di AIDS), potendo causare polmoniti, encefaliti ed epatiti di difficilissima gestione;

il citomegalovirus può inoltre causare gravi danni nella trasmissione dalla madre infetta al feto, in particolare quando questa trasmissione avviene nel primo trimestre della gravidanza, quando è maggiore il rischio di malformazioni congenite del prodotto del concepimento;

l'infezione materno-fetale può essere « primaria », quando la donna viene infettata per la prima volta proprio in corso di gravidanza, e « secondaria » quando invece essa discende dalla riattivazione del virus latente oppure da una nuova infezione legata ad un ceppo di virus differente;

il rischio di trasmissione del citomegalovirus per via verticale materno-fetale, secondo dati dell'Istituto superiore di sanità, è assai elevato (30-40 per cento) nel caso di infezione primaria, lo è assai di meno (0,5-2 per cento) nel caso di infezione secondaria;

la frequenza di infezione neonatale da citomegalovirus è oggi molto alta (1:100), superiore di quattro volte a quella della toxoplasmosi e di cinquanta volte a quella della rosolia per cui si stima che, ogni anno, in Italia nascano circa 5.000 bambini che hanno contratto l'infezione da citomegalovirus;

l'85-90 per cento dei neonati che contraggono l'infezione attraverso il circuito materno-fetale è asintomatico ma, in circa il 10 per cento di questi casi apparentemente negativi, il bambino presenta sequele infettive tardive, quasi sempre correlate a danni della funzione uditiva, con andamento ciclico o, talora, francamente progressivo;

il 10-15 per cento dei neonati infettati presenta invece sintomi alla nascita che spesso sono transitori e regrediscono spontaneamente o dopo terapia. Tra questi, si segnalano sofferenze degli organi splancnici e dei polmoni, ittero e sindrome petecchiale;

altre volte i danni sono invece permanenti, più frequentemente a carico del sistema uditivo e visivo, con possibili complicazioni neurologiche (convulsioni, ritardo mentale, microcefalia, idrocefalo, atrofia cerebellare, danni cerebrali con sindromi spastiche e disturbi extrapiramidali). I danni possono configurare rilevanti invalidità permanenti, talora ad esordio tardivo, più gravi nei bambini che presentano problemi significativi già alla nascita;

nonostante la loro relativa frequenza, non sempre i segni della infezione neonatale da citomegalovirus sono immediatamente riconosciuti, sia a causa della loro aspecificità e rilevanza talora modesta, che per effetto della latenza con cui talora si manifestano;

attualmente non esiste una vaccinazione in grado di prevenire il contagio da citomegalovirus per cui l'unica prevenzione efficace è rappresentata dalla conoscenza del problema e dall'attivazione di misure igieniche cautelari, particolarmente accurate e attente nei soggetti immunodepressi e nelle donne in gravidanza;

attualmente lo *screening* sistematico delle donne gravide non è universalmente raccomandato, in quanto la diagnosi di infezione latente o quella di sierconversione in gravidanza non sempre sono tecnicamente facili da fare e, soprattutto, non comportano l'attivazione di un percorso terapeutico specificamente validato (anche se esistono studi avanzati sull'impiego della immunoglobuline specifiche e dei farmaci antivirali), non consentono di valutare con certezza l'eventuale danno fetale e corrono invece il rischio di causare vere e proprie sindromi ansiose nelle puerpere, con effetti negativi sulla gestazione, sino al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza;

la diagnosi della trasmissione dell'infezione al feto richiede anch'essa esami invasivi (amniocentesi, esame del sangue fetale), può realizzarsi anche tardivamente e addirittura nel corso dell'attraversamento del canale del parto e non introduce a protocolli terapeutici schematizzati;

è certamente più facile individuare con certezza l'avvenuto contagio nel neonato (ricerca del virus nei liquidi organici) senza che però l'accertamento diagnostico possa essere predittivo di eventuali sintomatologie tardive o esiti permanenti a distanza;

ogni modifica degli attuali protocolli diagnostici e terapeutici relativi al citomegalovirus, in particolare per quanto attiene alle infezioni in gravidanza, va sottoposta ad attente valutazioni dei rapporti costo/benefici di salute e va validata attraverso la conferma delle *best practice* internazionali,

impegna il Governo:

- 1) a potenziare le iniziative finalizzate alla corretta informazione della popolazione sui rischi da infezione da citomegalovirus, con particolare riferimento ai pazienti immunodepressi e alle donne in gravidanza e sulla con-

seguinte necessità di adottare e rafforzare le corrette misure di prevenzione igienica del caso;

- 2) a promuovere un potenziamento delle iniziative di formazione specifica del personale sanitario a contatto con i pazienti a maggior rischio di infezione da citomegalovirus, perché cresca la generale attenzione del sistema sanitario nei confronti di tale patologia;
- 3) ad implementare e diffondere i protocolli per garantire la sorveglianza della corretta attuazione delle misure igienico-sanitarie di prevenzione, per supportare adeguatamente i pazienti nella valutazione del rischio, per garantire la massima vigilanza nella individuazione precoce delle eventuali anomalie di sviluppo ecografico correlabili al sospetto di infezione da citomegalovirus e dei sintomi neonatali, consentendo la diagnosi precoce, il monitoraggio dei casi sintomatici di infezione, l'intercettazione precoce di eventuali patologie tardive e la loro valutazione a distanza;
- 4) a valutare l'opportunità di incaricare l'Istituto superiore di sanità, con la possibile collaborazione delle società scientifiche, di effettuare una accurata valutazione dei migliori protocolli scientifici internazionali per verificare se esistano evidenze certe che inducano ad introdurre in Italia un sistema di *screening* sistematico e di diagnosi precoce della eventuale sieroconversione per il citomegalovirus delle donne in gravidanza, da cui conseguano eventuali diagnosi precoci sul feto ed eventuali interventi profilattici o terapeutici in grado di ridurre significativamente il rischio di danni temporanei o permanenti al prodotto del concepimento;
- 5) a valutare l'opportunità di assumere iniziative per rafforzare il sistema nazionale di monitoraggio delle infezioni da citomegalovirus per avere ogni possibile certezza sulla esatta valutazione dell'incidenza dei danni correlati;
- 6) a dedicare ogni possibile sforzo ai filoni di ricerca scientifica sul citomegalovirus

per garantire il massimo contributo della ricerca italiana nell'individuazione della possibile copertura vaccinica e di ogni nuova opportunità diagnostica e terapeutica che consenta di ridurre il rischio di danno correlato al citomegalovirus per la popolazione a rischio.

(1-01501) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Vargiu, Monchiero, Matarrese, Dambruoso, Librandi, Menorello, Oliaro, Quintarelli, Galgano ».

La Camera,

premesso che:

il citomegalovirus (CMV) è un virus che appartiene alla famiglia dell'*herpes labiale* e genitale, della varicella, della mononucleosi infettiva. È molto comune e, se contratto, rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, con la possibilità di riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario;

se è vero che, nella stragrande maggioranza dei casi, l'infezione da citomegalovirus avviene in assenza di sintomi e il paziente guarisce grazie alle difese immunitarie, detta infezione, soprattutto nelle persone immunodepresse, può portare a gravi complicanze;

uno dei problemi è che gran parte delle infezioni da citomegalovirus non viene diagnosticata subito perché la persona infetta di solito presenta sintomi di lieve entità — sintomi peraltro simili a quelli di altre patologie — oppure appare perfettamente sano. Il contagio, quindi, può passare inosservato;

ad oggi, non esiste un vaccino per la prevenzione di questo virus, e il modo migliore per ridurre il rischio di contagio rimane sicuramente la prevenzione, anche attraverso un'attenta igiene personale, soprattutto per le categorie di persone più vulnerabili alla malattia (donne in gravidanza, individui immunodepressi, bambini piccoli o appena nati);

il contagio può avvenire per contatto persona-persona, per trasfusioni e trapianti di organi infetti, per trasmissione madre-feto, durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento;

peraltro, un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto (cosiddetto citomegalovirus primario) può comportare per il bambino danni permanenti anche seri. Danni che possono riguardare il sistema nervoso centrale, oppure provocare ritardi mentali, sordità congenita, patologie della retina che portano anche alla cecità, fino a disturbi più o meno seri dell'apparato gastroenterico;

nel nostro Paese manca un programma di *screening* gratuito e ben coordinato, né prima della gravidanza, né nei nove mesi di gestazione e neanche dopo la nascita;

peraltro, uno studio scientifico tutto italiano, pubblicato nell'agosto 2015 su *EBioMedicine*, ha dimostrato come una donna incinta ben informata sulle norme igieniche da seguire è in grado di evitare l'infezione durante la gravidanza e quindi di non infettare il suo bambino. Mentre infatti nel gruppo di controllo di donne non informate, 9 donne su 100 hanno contratto l'infezione da citomegalovirus, solo 1 su 100 ha contratto l'infezione nel gruppo che aveva ricevuto adeguate informazioni;

si rammenta che, ogni anno, si osservano circa 13 mila infezioni primarie da citomegalovirus nelle donne in gravidanza; 5 mila sono i bambini che nascono in Italia, con un'infezione congenita, e di questi circa 800 subiscono delle disabilità permanenti;

riguardo a possibili interventi terapeutici da considerare durante la gravidanza, l'Osservatorio malattie rare, ricorda come diversi studi hanno dimostrato i benefici delle immunoglobuline specifiche per il citomegalovirus (CMV-IVIG) nella prevenzione del CMV congenito. « Otto paesi europei e Israele sottopongono di routine le donne in gravidanza a test

per il citomegalovirus e questo ha portato a grandi sviluppi nella gestione del medesimo CMV. Uno studio inoltre suggerisce che lo *screening* universale sia la soluzione migliore anche da un punto di vista economico ». Le CMV-IVIG sono costose, tuttavia, è stato dimostrato che, grazie alla diminuzione delle conseguenze nei neonati, con esse si ha una soluzione conveniente anche da un punto di vista economico;

uno dei problemi aperti, è che non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione, né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita;

per la donna gravida che acquisisca l'infezione mancano farmaci specifici utilizzabili in epoca prenatale in grado di ridurre il rischio di trasmissione o di curare il feto in utero;

il costo sanitario e sociale dell'infezione congenita da citomegalovirus è enorme. Si stima che, in Paesi come la Germania e l'Italia, i costi diretti di una infezione congenita da citomegalovirus superino i 60.000-100.000 euro, mentre le conseguenze per le famiglie colpite sono enormi;

un ruolo fondamentale per la prevenzione e l'informazione, deve essere svolto prioritariamente dai medici di famiglia e dai ginecologi nei confronti delle gestanti,

impegna il Governo:

- 1) a intraprendere tutte le iniziative più idonee e a stanziare opportune risorse, per favorire la ricerca medica e farmacologica per l'individuazione di uno specifico vaccino contro il citomegalovirus, nonché per lo studio del citomegalovirus anche al fine di consentire una diagnosi precoce, con particolare riferimento alle donne in età fertile;
- 2) ad assumere iniziative per prevedere lo *screening* gratuito per le donne in gra-

vidanza e in età fertile al fine di prevenire la trasmissione e contrastare il virus;

- 3) a predisporre efficaci campagne informative e di sensibilizzazione sulla conoscenza del virus e per ridurre i rischi di infezione e di trasmissione del citomegalovirus, con particolare riferimento alle donne in gravidanza e in età fertile, e alle categorie di persone più vulnerabili alla malattia;
- 4) ad assumere iniziative di competenza per implementare i programmi di formazione dei medici e in particolare dei medici di base e dei ginecologi.

(1-01502) « Nicchi, Gregori, Scotto, Airaudo, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fratianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Martelli, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pannarale, Pellegrino, Piras, Placido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Zaratti ».

La Camera,

premessi che:

il citomegalovirus (CMV) è un virus che appartiene alla famiglia dell'*herpes labiale* e genitale, della varicella, della mononucleosi infettiva. È molto comune e, se contratto, rimane latente all'interno dell'organismo per tutta la vita, con la possibilità di riattivarsi in caso di indebolimento del sistema immunitario;

se è vero che, nella stragrande maggioranza dei casi, l'infezione da citomegalovirus avviene in assenza di sintomi e il paziente guarisce grazie alle difese immunitarie, detta infezione, soprattutto nelle persone immunodepresse, può portare a gravi complicanze;

uno dei problemi è che gran parte delle infezioni da citomegalovirus non

viene diagnosticata subito perché la persona infetta di solito presenta sintomi di lieve entità – sintomi peraltro simili a quelli di altre patologie – oppure appare perfettamente sano. Il contagio, quindi, può passare inosservato;

ad oggi, non esiste un vaccino per la prevenzione di questo virus, e il modo migliore per ridurre il rischio di contagio rimane sicuramente la prevenzione, anche attraverso un'attenta igiene personale, soprattutto per le categorie di persone più vulnerabili alla malattia (donne in gravidanza, individui immunodepressi, bambini piccoli o appena nati);

il contagio può avvenire per contatto persona-persona, per trasfusioni e trapianti di organi infetti, per trasmissione madre-feto, durante la gravidanza o madre-figlio durante l'allattamento;

peraltro, un'infezione contratta durante la gravidanza e trasmessa al feto (cosiddetto citomegalovirus primario) può comportare per il bambino danni permanenti anche seri. Danni che possono riguardare il sistema nervoso centrale, oppure provocare ritardi mentali, sordità congenita, patologie della retina che portano anche alla cecità, fino a disturbi più o meno seri dell'apparato gastroenterico;

nel nostro Paese manca un programma di *screening* gratuito e ben coordinato, né prima della gravidanza, né nei nove mesi di gestazione e neanche dopo la nascita;

peraltro, uno studio scientifico tutto italiano, pubblicato nell'agosto 2015 su *EBioMedicine*, ha dimostrato come una donna incinta ben informata sulle norme igieniche da seguire è in grado di evitare l'infezione durante la gravidanza e quindi di non infettare il suo bambino. Mentre infatti nel gruppo di controllo di donne non informate, 9 donne su 100 hanno contratto l'infezione da citomegalovirus, solo 1 su 100 ha contratto l'infezione nel gruppo che aveva ricevuto adeguate informazioni;

si rammenta che, ogni anno, si osservano circa 13 mila infezioni primarie da citomegalovirus nelle donne in gravidanza; 5 mila sono i bambini che nascono in Italia, con un'infezione congenita, e di questi circa 800 subiscono delle disabilità permanenti;

riguardo a possibili interventi terapeutici da considerare durante la gravidanza, l'Osservatorio malattie rare, ricorda come diversi studi hanno dimostrato i benefici delle immunoglobuline specifiche per il citomegalovirus (CMV-IVIG) nella prevenzione del CMV congenito. « Otto paesi europei e Israele sottopongono di routine le donne in gravidanza a test per il citomegalovirus e questo ha portato a grandi sviluppi nella gestione del medesimo CMV. Uno studio inoltre suggerisce che lo *screening* universale sia la soluzione migliore anche da un punto di vista economico ». Le CMV-IVIG sono costose, tuttavia, è stato dimostrato che, grazie alla diminuzione delle conseguenze nei neonati, con esse si ha una soluzione conveniente anche da un punto di vista economico;

uno dei problemi aperti, è che non si conoscono trattamenti prenatali efficaci e sicuri per prevenire la trasmissione madre-feto dell'infezione, né per ridurre le conseguenze di un'infezione congenita;

per la donna gravida che acquisisca l'infezione mancano farmaci specifici utilizzabili in epoca prenatale in grado di ridurre il rischio di trasmissione o di curare il feto in utero;

il costo sanitario e sociale dell'infezione congenita da citomegalovirus è enorme. Si stima che, in Paesi come la Germania e l'Italia, i costi diretti di una infezione congenita da citomegalovirus superino i 60.000-100.000 euro, mentre le conseguenze per le famiglie colpite sono enormi;

un ruolo fondamentale per la prevenzione e l'informazione, deve essere svolto prioritariamente dai medici di famiglia e dai ginecologi nei confronti delle gestanti,

impegna il Governo:

- 1) a intraprendere tutte le iniziative più idonee e a stanziare opportune risorse, per favorire la ricerca medica e farmacologica per l'individuazione di uno specifico vaccino contro il citomegalovirus, nonché per lo studio del citomegalovirus anche al fine di consentire una diagnosi precoce, con particolare riferimento alle donne in età fertile;
- 2) a valutare l'opportunità di assumere iniziative per prevedere lo *screening* gratuito per le donne in gravidanza e in età fertile al fine di prevenire la trasmissione e contrastare il virus;
- 3) a predisporre efficaci campagne informative e di sensibilizzazione sulla conoscenza del virus e per ridurre i rischi di infezione e di trasmissione del citomegalovirus, con particolare riferimento alle donne in gravidanza e in età fertile, e alle categorie di persone più vulnerabili alla malattia;
- 4) ad assumere iniziative di competenza per implementare i programmi di formazione dei medici e in particolare dei medici di base e dei ginecologi.

(1-01502) (*Testo modificato nel corso della seduta*) « Nicchi, Gregori, Scotto, Airaud, Franco Bordo, Costantino, D'Attorre, Duranti, Daniele Farina, Fassina, Fava, Ferrara, Folino, Fratoianni, Carlo Galli, Giancarlo Giordano, Kronbichler, Marcon, Martelli, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pannarale, Pellegrino, Piras, Placido, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Zaratti ».

*Stabilimenti Tipografici
Carlo Colombo S.p.A.*



17ALA0007390