

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-02761 Murer: Diritto alla salute e alla cura su tutto il territorio nazionale degli stranieri immigrati, anche clandestini	122
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	125
5-03044 Pedoto: Iniziative per concedere l'autorizzazione all'istituzione di nuove banche per la conservazione del sangue cordonale	123
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	127
5-04022 Gozi: Tutela del diritto all'obiezione di coscienza del personale medico ed infermieristico e del diritto alle cure nel rispetto delle legge n. 194 del 1978	123
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	130

ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto ministeriale recante ricostituzione della Commissione unica sui dispositivi medici. Atto n. 338 (Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio)	124
AVVERTENZA	124

INTERROGAZIONI

Martedì 29 marzo 2011. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Eugenia Maria Roccella.

La seduta comincia alle 13.45.

5-02761 Murer: Diritto alla salute e alla cura su tutto il territorio nazionale degli stranieri immigrati, anche clandestini.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Delia MURER (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta. Sottoli-

nea, in particolare, che, nonostante le precisazioni fornite dal sottosegretario Roccella in ordine alla possibilità, per gli immigrati irregolari, di ricevere le cure necessarie senza correre il rischio di essere denunciati, si registra comunque una difficoltà di accesso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale da parte degli stranieri presenti sul territorio nazionale. Tale difficoltà, paradossalmente, risulta essere ancora maggiore per gli stranieri provenienti da altri Paesi dell'Unione europea, i quali, se non soggetti a ricovero, devono essere in possesso di idonea assicurazione sanitaria. Evidenzia, infine, la necessità di promuovere campagne di prevenzione rivolte specificamente agli stranieri extracomunitari, con riferimento, in particolare, alla prevenzione delle gravidanze indesiderate, anche al fine di ridurre il ricorso alla interruzione volonta-

ria di gravidanza da parte delle donne straniere.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA, intervenendo per una precisazione, ricorda che il Ministero della salute, in collaborazione, in modo particolare, con la regione Toscana, ha avviato un progetto per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, rivolto specificamente alle cittadine straniere extracomunitarie. Ricorda, altresì, come esistano numerosi strumenti informativi volti a facilitare l'accesso degli stranieri al Servizio sanitario nazionale. Con riferimento, infine, all'assistenza sanitaria ai cittadini di altri Paesi dell'Unione europea, nel risersarsi di approfondire la problematica sollevata, puntualizza che l'Italia vanta crediti consistenti nei confronti di tali Paesi per le prestazioni sanitarie erogate ai loro cittadini.

5-03044 Pedoto: Iniziative per concedere l'autorizzazione all'istituzione di nuove banche per la conservazione del sangue cordonale.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Luciana PEDOTO (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta. Rileva, peraltro, che l'interrogazione era volta principalmente a richiamare l'attenzione del Governo sull'opportunità di esercitare un maggiore controllo sulle pratiche di raccolta e conservazione di sangue cordonale per uso autologo. Oggi, infatti, il ruolo del Ministero della salute si limita all'autorizzazione all'esportazione presso banche estere per la conservazione di tale sangue. Osserva, inoltre, che le risorse derivanti dalla conservazione autologa potrebbero essere utilizzate per migliorare la qualità dei servizi erogati dalle banche pubbliche esistenti.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA fornisce una breve precisazione sull'atto di sindacato in oggetto.

5-04022 Gozi: Tutela del diritto all'obiezione di coscienza del personale medico ed infermieristico e del diritto alle cure nel rispetto delle legge n. 194 del 1978.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Sandro GOZI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto. Apprezza, in particolare, l'ammissione dell'esistenza di aspetti che richiedono un ulteriore approfondimento. Sembra, infatti, che nell'episodio riportato nell'atto di sindacato sia stata effettivamente negata l'assistenza necessaria alla donna che aveva deciso di ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza, con grave rischio per la sua salute psichica e in violazione della legge n. 194 del 1978. Si rammarica, peraltro, che il Governo non abbia espresso valutazioni circa l'opportunità di adottare misure, anche di natura organizzativa, volte a rendere più efficace la tutela della salute della donna nell'ambito dell'applicazione della disciplina sull'interruzione volontaria di gravidanza. Precisa, infine, che nella sua interrogazione il riferimento ad una patologia del nascituro incompatibile con la vita riportava testualmente quando dichiarato dalla donna interessata e non costituiva, ovviamente, una valutazione dell'interrogante.

Gero GRASSI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.25.

ATTI DEL GOVERNO

Martedì 29 marzo 2011. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Inter-

viene il sottosegretario di Stato per la salute
Francesca Martini.

La seduta comincia alle 14.25.

Schema di decreto ministeriale recante ricostituzione della Commissione unica sui dispositivi medici.

Atto n. 338.

(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto all'ordine del giorno, rinviato, da ultimo, nella seduta del 24 marzo 2011.

Il sottosegretario Francesca MARTINI comunica che il Ministro della salute, lo scorso 25 marzo, ha trasmesso al presidente della Conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano una nota per informarlo delle criticità emerse nel corso della seduta della Commissione del 24 marzo scorso, in ordine alla designazione del dottor Raffaele Marzano, chiedendo di valutare l'opportunità di procedere alla sostituzione del predetto nominativo, ovvero di confermare, se ritenuto, la designazione.

In attesa di acquisire la posizione che la citata Conferenza vorrà assumere, chiede che sia ulteriormente rinviato l'esame del provvedimento, con l'impegno da parte del Governo di fornire ogni ulteriore elemento utile appena disponibile, nonché di non procedere, nel frattempo, all'adozione del decreto in questione.

Melania DE NICHILLO RIZZOLI (PdL), relatore, esprime apprezzamento per la posizione assunta dal Governo, condividendo la proposta di un ulteriore rinvio.

Anna Margherita MIOTTO (PD), nell'esprimere soddisfazione per la posizione assunta dal Governo, auspica che esso non si limiti a recepire le valutazioni che saranno espresse dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e province autonome, ma si impegni realmente per l'individuazione di un nuovo nominativo. Invita, inoltre, il Governo a determinare in via preventiva i criteri per la nomina dei componenti di organi collegiali, al fine di evitare, in futuro, situazioni di conflitto di interessi.

Laura MOLTENI (LNP) ringrazia il sottosegretario Martini per la sensibilità dimostrata, già nella scorsa seduta, verso il problema sollevato da diversi colleghi ed esprime la certezza che analoga attenzione riceverà l'invito, testé rivolto dai colleghi al Governo, a determinare in via preventiva criteri, per l'individuazione dei membri di comitati e organismi collegiali di nomina governativa, tali da impedire l'insorgenza di possibili conflitti d'interesse.

Gero GRASSI, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 14.35.

AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno non è stato trattato:

SEDE REFERENTE

Disposizioni concernenti l'impiego delle persone anziane da parte delle amministrazioni locali per lo svolgimento di lavori di utilità sociale.

C. 2549 Reguzzoni, C. 2753 Fucci, C. 4046 Binetti e C. 4090 Pedoto.

ALLEGATO 1

5-02761 Murer: Diritto alla salute e alla cura su tutto il territorio nazionale degli stranieri immigrati, anche clandestini**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'entrata in vigore della legge 15 luglio 2009, n. 94 « disposizioni in materia di sicurezza pubblica » – pur introducendo il reato contravvenzionale di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato (articolo 1, comma 16) – non ha in effetti apportato alcuna modifica all'impianto normativo del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, Testo Unico sull'immigrazione, in materia di tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari non in regola con le norme inerenti al soggiorno.

L'articolo 35 del decreto legislativo n. 286 del 1998 è rimasto invariato: pertanto, ai sensi del comma 3 della norma in argomento, a favore dei cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono previsti tre distinti settori di intervento ed esattamente:

I) cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;

II) cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;

III) interventi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva; ed in particolare sono garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità;

b) la tutela della salute del minore;

c) le vaccinazioni previste dalle vigenti disposizioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

Si segnala, inoltre, che ai sensi del comma 5 dell'articolo 35 del suddetto Testo Unico, l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno, non deve comportare alcun tipo di segnalazione, da parte del personale sanitario, medico e non, alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, così come si verifica nelle stesse condizioni con il cittadino italiano.

A tal riguardo, la circolare 27 novembre 2009, n. 12, diramata dal Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, ha inteso espressamente precisare che il comma 5 dell'articolo 35 prevede, per tutto il personale che opera presso le strutture sanitarie, il divieto di segnalazione all'autorità dell'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Con la medesima circolare è stato, altresì, fatto presente che l'obbligo di referto, disciplinato all'articolo 365 del codice penale, sussiste in presenza di delitti per i quali si deve procedere d'ufficio e che quindi – nel caso di reato d'ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato – tale obbligo non sussiste, stante la natura contravvenzionale dello stesso, e non di delitto.

Si evidenzia, altresì, che il comma 2 dell'articolo 365 del codice penale, esclude

espressamente l'obbligo di referto, nell'esercizio di una professione sanitaria, nel caso in cui il referto stesso esponesse l'assistito a procedimento penale.

Le disposizioni sopra ricordate intendono bilanciare il diritto alla salute con il diritto alla sicurezza dei cittadini, prevedendo che l'obbligo di denuncia, da parte

del personale operante in una struttura sanitaria, per fatti che costituiscono reato, sia limitato alle ipotesi che presentino i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

Pertanto, il divieto di segnalazione trova applicazione anche nei confronti del personale amministrativo che opera presso le strutture sanitarie.

ALLEGATO 2

5-03044 Pedoto: Iniziative per concedere l'autorizzazione all'istituzione di nuove banche per la conservazione del sangue cordonale**TESTO DELLA RISPOSTA**

Nel rispondere all'interrogazione in esame, è necessario precisare che la materia della conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale è stata affrontata da questo Governo con particolare attenzione, diventando oggetto di una complessa e completa regolamentazione di settore, realizzata con atti normativi di diversa natura nonché con Accordi stipulati in Conferenza Stato-Regioni, come di seguito si mostra.

In particolare: con il decreto ministeriale 18 novembre 2009 «Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale», in attuazione dell'articolo 10, comma 3, della legge 219/2005, è stata istituita la Rete italiana di banche per la conservazione del sangue da cordone ombelicale; nel provvedimento è specificato che le Regioni e le Province autonome, anche associandosi tra loro, nell'ottica di una razionalizzazione gestionale, determinano la consistenza numerica delle banche di sangue cordonale e pianificano l'organizzazione regionale ed eventualmente interregionale integrata dei servizi afferenti (punti nascita autorizzati afferenti, rapporti con eventuali terzi, eccetera).

Con l'Accordo del 29 ottobre 2009, tra Governo, Regioni e Province autonome recante: «Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale», sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi delle banche di

sangue cordonale, afferenti alla Rete nazionale delle banche, istituita con il sopracitato decreto ministeriale 18 novembre 2009.

Con il Decreto 18 novembre 2009 recante «Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato», sono state fornite le disposizioni per la conservazione di sangue da cordone ombelicale per uso autologo – dedicato, sul territorio nazionale, nelle strutture trasfusionali pubbliche.

Il Decreto è completato da un allegato in cui sono riportate le indicazioni cliniche per le quali è consolidato l'uso per il trapianto di cellule staminali ematopoietiche, con comprovata documentazione di efficacia, per le quali è opportuna la raccolta dedicata di sangue cordonale. Inoltre viene ribadito il divieto di istituzione di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale presso strutture sanitarie private, anche accreditate, ed ogni forma di pubblicità alle stesse connessa.

Con l'Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2010, operativo dal luglio 2010, sono state poi definite le modalità di rilascio, da parte delle Regioni, delle autorizzazioni all'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo ai fini della conservazione presso banche operanti all'estero. Il Ministero, nelle more dell'attuazione dell'Accordo da parte delle Regioni, ha continuato a rilasciare le au-

torizzazioni all'esportazione fino al 31 dicembre 2010, data di scadenza dell'Ordinanza 1° marzo 2010.

Da tale complesso normativo risulta chiaro che questo Governo considera come interesse primario ed esclusivo per il Servizio sanitario nazionale la conservazione del sangue da cordone ombelicale, donato a fini solidaristici per uso trapiantologico, prevedendone la conservazione nelle strutture pubbliche dedicate, quale erogazione di livello essenziale di assistenza, e quindi con oneri totalmente a carico del Servizio sanitario nazionale. Allo stesso modo, è consentita la conservazione nel territorio nazionale, senza alcun onere per i richiedenti, di sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato, ma solo nei casi e alle condizioni previste dalle norme.

Nell'ipotesi in cui, invece, i genitori decidano di conservare per uso personale i campioni di sangue cordonale presso banche estere, le spese relative al rilascio dell'autorizzazione, alla raccolta, al trasporto e alla conservazione del campione sono a totale carico dei richiedenti. Infatti, tale possibilità è stata consentita dalla legge italiana solo a salvaguardia della libera scelta di ogni singolo individuo, ma senza oneri economici per il servizio sanitario pubblico.

Questo perché il Governo ritiene, anche in base ai pareri espressi da organismi scientifici, che la conservazione autologa non trovi un valido fondamento razionale, né scientifico, né etico.

La conservazione ad uso autologo, al di fuori dei casi in cui è già consentita, risulta pertanto una procedura inappropriata dal punto di vista clinico-assistenziale, quindi non può essere compresa nei livelli essenziali di assistenza. Si tratta di una posizione decisa congiuntamente da tutte le Autorità sanitarie competenti del settore (Ministero della Salute, CNT e CNS, Assessorati regionali alla Salute), e che, peraltro, è conforme a quella delle Autorità sanitarie francesi, degli organismi dell'Unione Europea, del Consiglio d'Europa, nonché delle principali società scientifiche di settore.

Tale orientamento, che ha ben poco di ideologico ed è fondato sulle evidenze scientifiche, ha incontrato ampi consensi anche presso le associazioni sia dei pazienti che dei donatori, e da ultimo è stato ribadito nell'Agenda del Governo in materia di bioetica.

Il Governo si è fatto ovviamente carico di porre in essere tutti i provvedimenti idonei ad assicurare i requisiti di qualità e di sicurezza nell'attività di conservazione e donazione del sangue cordonale, come evidenziato dai predetti atti normativi.

Ciò premesso, in merito alle informazioni richieste, si riportano di seguito i dati risultanti dall'Archivio Nazionale, aggiornati al 31 dicembre 2010: le unità di sangue di cordone ombelicale per uso allogenico conservate presso banche italiane sono pari a 32.192; le unità conservate per uso autologo-dedicato sono, invece, 2.176.

Per quanto riguarda le richieste di esportazione dei campioni di sangue ad uso autologo per la conservazione presso banche estere, risultano essere pervenute all'Ufficio competente del Ministero, dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2010, un totale di 38.649 richieste, dato quest'ultimo non disponibile suddiviso per Regione. Nel corso del 2010 sono state rilasciate 11.788 autorizzazioni all'esportazione. Il dato relativo al 2010 risulta complessivamente inferiore a quello del 2009 (14.905 autorizzazioni all'esportazione).

In merito alla opportunità di assumere « iniziative normative » per la concessione di nuove autorizzazioni all'istituzione di nuove banche si riafferma, in coerenza al citato decreto ministeriale 18 novembre 2009 di istituzione della Rete nazionale delle Banche, che la consistenza numerica delle banche di sangue cordonale è determinata dalle Regioni che, nell'ambito della propria autonomia organizzativa e gestionale, operano la programmazione e razionalizzazione dei propri servizi.

Quanto poi alla opportunità di assicurare alle famiglie la conservazione del sangue cordonale ad uso privato sul territorio nazionale, si ribadisce quanto pre-

visto dal decreto ministeriale 18 novembre 2009, sulla conservazione autologo-dedicata del sangue cordonale che stabilisce che la conservazione del sangue da cordone ombelicale donato è consentita per

l'uso allogenico solidaristico o per l'uso autologo dedicato esclusivamente presso le strutture pubbliche ad essa dedicate e rappresenta un interesse primario per il Servizio Sanitario Nazionale.

ALLEGATO 3

5-04022 Gozi: Tutela del diritto all'obiezione di coscienza del personale medico ed infermieristico e del diritto alle cure nel rispetto delle legge n. 194 del 1978**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde all'interrogazione in esame riportando quanto comunicato dalla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Lecce, che ha acquisito gli elementi di risposta dalla Direzione Generale dell'ASL di Lecce. Si anticipa sin d'ora, tuttavia, che dagli elementi così acquisiti emergono, a giudizio del Ministero della Salute, alcune criticità e alcuni punti non del tutto chiari, sui quali ci si riserva di effettuare ulteriori approfondimenti.

L'azienda Sanitaria Locale Lecce ha acquisito la relazione dal Direttore dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia del Presidio Ospedaliero « Vito Fazzi » di Lecce, in merito all'evento accaduto il 23 novembre 2010. Da tale relazione emerge quanto segue.

La paziente ha effettuato una consulenza finalizzata ad eseguire una interruzione volontaria di gravidanza oltre il 90° giorno di gestazione, ai sensi dell'articolo 6 della legge 28 maggio 1978. n. 194.

« Le indagini prenatali effettuate, infatti, avevano evidenziato gravi malformazioni del feto con una diagnosi di sindrome di Arnold Chiari II ».

Alle ore 15,36 del 21 novembre la paziente è stata accolta nella struttura ed il medico le ha riferito che, « nel caso di interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di gestazione, il travaglio viene indotto mediante applicazione locale di prostaglandine e che non è dato prevedere il momento dell'espulsione del feto che può avvenire anche a distanza di diversi giorni dall'inizio della terapia.

Ed inoltre, che vi era la possibilità di un completamento chirurgico dell'aborto mediante revisione strumentale della cavità uterina.

Al mattino del 22 novembre è stata iniziata l'applicazione delle prostaglandine con candeletta vaginale ogni 3 ore e fino alle ore 16,30 di quella giornata.

Prima di ogni nuova applicazione di candeletta vaginale è stata effettuata una valutazione clinica.

Al mattino del 23 novembre, è stata ripresa la stimolazione farmacologica del travaglio abortivo, sino al dosaggio totale delle 48 ore, così come indicato nel protocollo farmacologico della procedura in questione, con ultima somministrazione intorno alle ore 15, come sottoscritto dal medico e dall'ostetrica che hanno controllato l'evoluzione del travaglio abortivo.

La relazione del Direttore dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia precisa che « le pazienti ricoverate per effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza rimangono degenti in Stanze singole o, tutt'al più, doppie, ove, secondo i desideri della paziente, possano permanere anche i prossimi Congiunti.

L'assenza di sale espressamente dedicate al travaglio abortivo e motivata dalla necessità di non allontanare la donna dall'affetto dei familiari, aggravandone, in tal modo, il disagio psicologico.

All'avvio del travaglio abortivo, l'infermiere ha avvisato l'ostetrica di turno, « che ha visionato la paziente per valutarne le condizioni ostetriche, riferendole che vi

era una dilatazione del collo uterino di 2 centimetri. Il medico presente all'atto dell'espulsione del feto ha provveduto ad effettuare una revisione strumentale della cavità uterina al fine di rimuovere eventuali annessi fetali e residui abortivi ritenuti in cavità ».

« Il feto può essere, quindi, seppellito (qualora i familiari esprimano desiderio in tal senso), ovvero distrutto o, se necessario, avviato all'Unità Operativa di Anatomia Patologica per le indagini mirate a puntualizzare ulteriormente la diagnosi ».

La medesima relazione precisa che dalla lettura della cartella clinica non emerge che la paziente « sia mai stata lasciata sola poiché sono stati effettuati i controlli cimici previsti dal protocollo, e la paziente è stata monitorata continuamente, come accade di regola in analoghi casi ».

La Direzione Generale dell'ASL Lecce, dopo l'accaduto, ha posto in essere una serie di interventi:

il 13 dicembre 2010, presso la Direzione medica si è tenuta una riunione Con il Direttore dell'U.O. interessata, il Responsabile dell'Ufficio del Rischio Clinico, il Responsabile del Servizio di Psicologia Ospedaliera, i dirigenti medici intervenuti nel corso dell'evento.

« Da tale riunione è emersa la necessità di coinvolgere in tutti i casi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) oltre il novantesimo giorno di gestazione il Servizio di Psicologia Ospedaliera e di esplicitate alle pazienti, prima della procedura di interruzione di gravidanza, le possibili opzioni circa il destino del feto, secondo quanto previsto dalle norme di Polizia Mortuaria ».

Il 16 dicembre 2010 si è tenuta una riunione presso la Direzione medica del P.O. « Vito Fazzi » con il personale di compatto dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, « finalizzata a riconfermare procedure omogenee in corso di IVG oltre il novantesimo giorno di gestazione.

Si è ricordato, in specie, il diritto dell'obiettore di coscienza di astenersi dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente di-

rette a determinare l'interruzione della gravidanza (cfr. articolo 9 legge n. 194 del 1978), cioè da tutti quegli atti volti espressamente o determinante l'aborto; e, per converso, il dovere di tutti gli operatori, indistintamente ed indipendentemente dalla loro condizione di obiettori o meno, di ottemperare agli obblighi di assistenza antecedente e conseguente all'intervento (cfr. articolo 9 legge n. 194 del 1978).

All'esito, si è concordato sulla necessità di programmare periodici incontri al fine di approfondire ulteriormente il tema, di discutere difficoltà eventualmente emerse nella pratica clinica quotidiana, e di verificare il rispetto – formale e sostanziale – delle direttive impartite nel corso della riunione ».

Si è concordato, inoltre, di integrare la procedura mediante la consulenza psicologica, richiesta in tutti i casi di interruzione volontaria di gravidanza oltre il novantesimo giorno di gestazione; di rendere detta consulenza parte integrante della cartella clinica; e di annotare espressamente in cartella l'eventuale rifiuto della prestazione, controfirmato dalla paziente, ed infine, di fornire dettagliate informazioni circa il destino del feto, onde consentire alla paziente di scegliere secondo quanto previsto dalla normativa di Polizia Mortuaria ».

Il 29 dicembre 2010 la Direzione Generale Aziendale ha presentato all'interessata le proprie scuse personali, assicurando l'avvio di apposito procedimento volto a sanzionare il comportamento segnalato.

Identificati gli operatori protagonisti del fatto, il 30 dicembre 2010 la Direzione medica del P.O. ha convocato gli interessati (un dirigente medico, un'infermiera e un'ostetrica) ed ha provveduto alle contestazioni disciplinari del caso. Ciascuno degli interessati ha presentato per iscritto proprie controdeduzioni.

Il 31 dicembre 2010 il Direttore Sanitario Aziendale ha trasmesso alla Direzione del Presidio Ospedaliero copia di una missiva firmata dalla madre della donna protagonista della vicenda, indirizzata all'Assessore alle Politiche per la

Salute della Regione Puglia ed al Segretario Regionale di « Cittadinanzattiva ». Nella lettera si afferma esplicitamente che « il protocollo necessario è stato attuato con responsabilità dai medici e dagli operatori sanitari non obiettori che, però, essendo solo tre, due medici ed un'ostetrica, non hanno potuto coprire tutti i turni. Si sono preoccupati comunque di mantenere la reperibilità e di comunicare alla paziente, una volta iniziato il travaglio, di chiedere alle ostetriche di turno di controllare l'andamento della dilatazione per richiedere il loro intervento. Solo che, quando è stata richiesta, mio tramite, la visita ostetrica, a travaglio ormai avanzato, la risposta è stata che c'erano delle difficoltà perché le due ostetriche presenti si sarebbero rifiutate in quanto obiettrici... ».

In relazione a tale resoconto dei fatti, la Direzione Generale dell'ASL di Lecce ha provveduto alle contestazioni di natura disciplinare anche alla seconda ostetrica di turno, con procedimento ancora in corso.

I relativi procedimenti risultano tuttora pendenti presso la Direzione del Presidio Ospedaliero « Vito Fazzi » e presso l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari dell'ASL di Lecce.

Così ricostruita la vicenda, appare opportuno precisare che in base all'articolo 9 della legge n. 194 del 1978 l'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento; essa tuttavia non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo (articolo 9 della legge 28 maggio 1978, n. 194).

In ogni caso, sempre secondo l'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e

l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7, e 8.

Appare quindi evidente che l'obiezione di coscienza riguarda solo il singolo, e non la struttura ospedaliera. Del resto la natura dell'obiezione di coscienza è squisitamente personale, perché legata al foro interiore, alla libertà di coscienza garantita da tutte le convenzioni internazionali sui diritti dell'uomo e anche, naturalmente, dalla Costituzione italiana. Rientra peraltro nelle competenze delle Regioni e Aziende Sanitarie e Unità Sanitarie Locali adottare quelle misure utili alla tutela delle donne e degli operatori: tra l'altro, la Regione può ricorrere anche alla mobilità del personale.

Come anticipato, tuttavia, alcuni elementi necessitano di maggiori informazioni.

La vicenda riguarda un aborto tardivo (cioè avvenuto oltre il 900 giorno di gravidanza), che è consentito, secondo il disposto dell'articolo 6 della legge 194/1978, solo in due casi: *a)* quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; *b)* quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Nella relazione della Direzione dell'Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia della ASL LE, si fa riferimento alla malformazione del nascituro ma alle due condizioni poste dalla legge 194 che abbiamo appena richiamato.

La relazione si limita a precisare che sul feto è stata diagnosticata una patologia, la sindrome di Arnold Chiari II.

Tale sindrome, in particolare, se si tratta di un difetto isolato, come sembra dalla relazione, non risulta essere « incompatibile con la vita », come riportato dall'interrogante, ma può dare luogo ad un ampio spettro di quadri cinici, da minore a maggiore gravità. Su questo punto il Ministero non ha a disposizione il parere del genetista in base al quale si può supporre si sia poi proceduto all'interruzione di gravidanza.

Inoltre, dalla documentazione a nostra disposizione non risulta specificata la settimana di gravidanza a cui invece fa riferimento l'interrogante.

Infine, dall'insieme delle relazioni inoltrate al Ministero, non è completamente

chiarito l'effettivo svolgimento dei fatti in merito alla condotta del personale sanitario coinvolto.

È intenzione quindi del Ministero effettuare ulteriori verifiche per avere un quadro più chiaro dei fatti avvenuti.