

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI:

5-02897 Farina Coscioni: Iniziative volte ad assicurare la piena applicazione dei principi della legge n. 194 del 1978 e del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 in materia di seppellimento dei feti abortiti	68
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i>	74
5-06443 Farina Coscioni: Iniziative volte al completamento delle procedure transattive a favore dei danneggiati da trasfusione con sangue infetto	68
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i>	76
5-06008 Farina Coscioni: Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e formazione specifica presso le scuole di specializzazione	68
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i>	77
5-05944 Palagiano e Zazzera: Interventi per tutelare i cittadini portatori di protesi e istituzione di un registro nazionale degli impianti protesici	69
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i>	79
5-06097 Palagiano: Monitoraggio sull'omogeneità dell'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sul territorio nazionale	69
<i>ALLEGATO 5 (Testo della risposta)</i>	81
5-01683 Alessandri e Polledri: Istituzione di un registro tumori e altre iniziative per il monitoraggio sulle malattie oncologiche più frequenti nelle zone ad alto rischio di inquinamento ambientale come quella di Sarmato in Emilia Romagna	70
<i>ALLEGATO 6 (Testo della risposta)</i>	83

RISOLUZIONI:

7-00834 Pedoto: Iniziative volte all'adozione di linee guida nazionali per il trattamento delle ulcere cutanee e a garantire forme di rimborso per la loro cura.	
7-00835 Mancuso: Iniziative volte all'inserimento delle ulcere cutanee nel Piano sanitario nazionale.	
7-00907 Farina Coscioni: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee (<i>Discussione congiunta e rinvio</i>)	70

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI:

Predisposizione del programma dei lavori per il periodo luglio-settembre 2012	73
AVVERTENZA	73

INTERROGAZIONI

Mercoledì 27 giugno 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — In-

terviene il sottosegretario di Stato per la salute Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 13.40.

5-02897 Farina Coscioni: Iniziative volte ad assicurare la piena applicazione dei principi della legge n. 194 del 1978 e del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 in materia di seppellimento dei feti abortiti.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, comunica che è stata avanzata la richiesta che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta resa dal sottosegretario, in quanto al suo quesito, che pure è molto chiaro, di fatto non è stata data adeguata risposta. Infatti, si chiedeva quali siano le iniziative del Governo anche normative affinché le questioni richiamate nelle premesse all'atto di sindacato ispettivo relativo alle modifiche apportate dal consiglio regionale della Lombardia al regolamento in materia di attività funebri e cimiteriali dei prodotti abortivi avvengano nel pieno rispetto della normativa vigente, recata dalla legge n. 194 e dal decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990. Nel caso da lei denunciato con la sua interrogazione, si segnala che la regione Lombardia, nel febbraio 2007, modificando il regolamento in materia di attività funebri e cimiteriali del 2004, ha previsto che si applichi lo stesso trattamento anche per i casi in cui non sia stata avanzata richiesta da alcuno. La sua interrogazione verteva infatti proprio su questo punto, e cioè su quale fosse la posizione del Governo rispetto a questa lamentata uniformità di trattamento che il regolamento della regione Lombardia di fatto impone, dando carico alla Asl, alla azienda ospedaliera e al comune di trattare i prodotti abortivi e i feti in analogia alle parti anatomiche e riconoscibili e

quindi cremate o sepolte nel cimitero anziché essere smaltiti come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo ai sensi dell'articolo 10 del decreto del Presidente della Repubblica n. 254 del 2003, mentre la risposta del sottosegretario si è limitata ad illustrare la procedura seguita presso quella regione ai fini del seppellimento dei feti abortiti.

5-06443 Farina Coscioni: Iniziative volte al completamento delle procedure transattive a favore dei danneggiati da trasfusione con sangue infetto.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta fornita dal rappresentante del Governo, con la quale ha reso noto che il decreto per la definizione dei criteri e degli importi per le transazioni è stato firmato il 4 maggio scorso ed è stato registrato dalla Corte dei conti in data 5 giugno e sarà prossima la sua pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*; a questa seguirà quindi la stipula degli atti transattivi, con speranza di soddisfazione delle persone vittime del sangue infetto e delle loro famiglie. Auspica in proposito che il contenuto del provvedimento consenta indennizzi congrui. Ricorda, infine, che l'atto di sindacato ispettivo porta la data del 19 marzo di questo anno.

5-06008 Farina Coscioni: Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e formazione specifica presso le scuole di specializzazione.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara solo parzialmente soddisfatta per la risposta, nella

quale non si fa cenno delle iniziative del Governo per proseguire la discussione in Assemblea delle mozioni presentate in materia di attuazione della legge n. 194, avviata lo scorso 21 maggio, nelle quali si fa riferimento anche alla questione dell'obiezione di coscienza.

Ciononostante, prende favorevolmente atto della posizione espressa oggi dal Governo, in base alla quale si ribadisce l'esigenza che sia garantito il diritto della donna alla interruzione della gravidanza e che il diritto del medico all'obiezione di coscienza non possa prevalere sul primo. I dati citati dal Governo, che riprendono quelli riportati nell'ultima Relazione presentata al Parlamento lo scorso agosto 2011 sullo stato di attuazione della legge n. 194, confermano la tendenza alla crescita del numero degli obiettori di coscienza, che passano dal 58,7 per cento del 2005 al 70,5 per cento del 2007, per arrivare addirittura al 71,5 per cento nel 2008. Secondo alcune stime si prevede, poi, che nei prossimi anni molti medici non obiettori di coscienza vadano in congedo e quindi, in mancanza di un adeguato monitoraggio, sussiste il serio rischio che il diritto della donna ad interrompere la gravidanza possa subire una grave contrazione.

Dopo aver osservato che l'aumento costante del numero dei medici che esercitano il diritto all'obiezione di coscienza è dovuto alle maggiori prospettive di carriera che si offrono loro – si può parlare nei fatti di obiezione di convenienza –, ritiene quanto mai urgente che si reintroduca all'ordine del giorno dell'Assemblea la discussione delle mozioni sopra ricordate. Infine, è a suo avviso necessario che si dia seguito al monito contenuto nella raccomandazione 1163 approvata dall'Assemblea del Consiglio d'Europa lo scorso 7 ottobre 2010, con cui si invitano i paesi membri a elaborare normative complete e chiare che riconoscano e regolino l'obiezione di coscienza nell'ambito sanitario e ha espresso forte preoccupazione per il fatto che una non adeguata disciplina della medesima danneggia e discrimina la popolazione femminile.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE, intervenendo per una precisazione, assicura che per quanto riguarda l'aspetto della formazione specialistica dei medici i percorsi formativi non hanno mai trascurato questo settore.

5-05944 Palagiano e Zazzera: Interventi per tutelare i cittadini portatori di protesi e istituzione di un registro nazionale degli impianti protesici.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Antonio PALAGIANO (IdV), replicando, si dichiara del tutto insoddisfatto, ritenendo la risposta prolissa, generica e inconcludente. Infatti, la prima parte della risposta si è limitata a ripercorrere la normativa che regola i dispositivi medici, peraltro a tutti nota. Quello che è risultato del tutto assente, nella risposta del Governo, è invece il riscontro da parte delle regioni sulla attività da queste svolta al fine di monitorare attentamente tutti i pazienti a cui sia stata impiantata una protesi d'anca. Non sono infatti sufficienti gli avvisi pubblicati sul sito web del Ministero, né le circolari del medesimo con cui si è richiamata l'attenzione degli operatori sanitari esecutori di impianti De Puy sull'importanza di invitare i pazienti a sottoporsi al programma di *follow up* sanitario. È necessario un riscontro, così come avviene negli altri Paesi europei, dove tutti coloro che hanno subito un intervento di questo genere devono sottoporsi ad un attento e costante monitoraggio. Insiste, infine, sulla necessità che anche l'Italia si doti di un registro delle protesi impiantate.

5-06097 Palagiano: Monitoraggio sull'omogeneità dell'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sul territorio nazionale.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo

nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Antonio PALAGIANO (IdV), replicando, si dichiara insoddisfatto della risposta del sottosegretario, dalla quale emerge con chiarezza che dal 2005 la regione Campania non ha più erogato risorse finanziarie ai centri di procreazione medicalmente assistita, mentre l'articolo 18 della legge n. 40 del 2004 prevede che il Fondo per le tecniche di procreazione assistita sia ripartito tra le regioni, cosa che è stata regolarmente effettuata dal Ministero. Tale situazione comporta che, in Campania, le coppie sono costrette a rivolgersi ai centri privati poiché ai centri pubblici non arrivano fondi dalla regione; in proposito ricorda che nella città di Salerno i centri privati sono molto numerosi mentre di centri pubblici ve ne è uno solo. È anche per queste ragioni che molte coppie si recano nelle regioni del Nord con un notevole aggravio di costi. In conclusione, ritiene grave che il Ministero non intervenga per porre rimedio a questa incresciosa situazione.

5-01683 Alessandri e Polledri: Istituzione di un registro tumori e altre iniziative per il monitoraggio sulle malattie oncologiche più frequenti nelle zone ad alto rischio di inquinamento ambientale come quella di Sarmato in Emilia Romagna.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Angelo ALESSANDRI (LNP), replicando, si dichiara molto più che insoddisfatto della risposta, dalla quale si evince che il Ministero, nel chiedere elementi informativi proprio alla Asl che non ha attivato il registro tumori non può che aver ricevuto una risposta quanto meno incompleta. Ciò che invece sarebbe stato necessario capire è quali siano le zone di insorgenza di determinate patologie oncologiche e se vi è correlazione con gli insediamenti produttivi della medesima zona.

Non ritiene inoltre significativo che alcune aree siano state restituite all'uso agricolo, quando peraltro nella zona c'è anche la centrale nucleare ormai in disuso, chiamata « Arturo ». In conclusione, si augura che la decisione di non istituire un registro dei tumori non sia dovuta all'interesse di qualcuno a non far effettuare i controlli necessari a tutelare la salute dei cittadini della zona.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Paola BINETTI (UdCpTP), intervenendo per una breve precisazione, ritiene offensive le affermazioni dell'onorevole Farina Coscioni relative alle supposte motivazioni legate alla carriera che indurrebbero i medici ad esercitare il diritto all'obiezione di coscienza.

La seduta termina alle 14.45.

RISOLUZIONI

Mercoledì 27 giugno 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 14.45.

7-00834 Pedoto: Iniziative volte all'adozione di linee guida nazionali per il trattamento delle ulcere cutanee e a garantire forme di rimborso per la loro cura.

7-00835 Mancuso: Iniziative volte all'inserimento delle ulcere cutanee nel Piano sanitario nazionale.

7-00907 Farina Coscioni: Tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee.

(Discussione congiunta e rinvio).

La Commissione inizia la discussione congiunta delle risoluzioni in titolo.

Luciana PEDOTO (PD), nell'illustrare la risoluzione di cui è prima firmataria, fa presente che le ulcere cutanee sono una patologia complessa, di alto significato sociale in quanto colpiscono maggiormente le persone anziane ed incidono fortemente sulla spesa pubblica assistenziale. Le esigenze cliniche dei pazienti devono confrontarsi con una politica sanitaria stretta tra la tecnologia d'eccellenza e il contenimento dei costi. L'incidenza della patologia in oggetto aumenta con l'aumentare dell'età ed è di solito recidiva, per cui ci si aspetta un aumento in valore assoluto dei casi patologici nonché un aumento della spesa sanitaria, anche per via dell'innovazione tecnologica e farmacologica che permette di ottenere grandi risultati di salute ma a costi necessariamente più alti.

Ritiene, poi, centrali alcune questioni, prima fra tutte la riorganizzazione dell'assistenza, essenziale per rispondere in modo appropriato alla domanda di salute e contenerne i costi, ma anche l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione socio-sanitaria. Il tema dell'integrazione tra ospedale e territorio è di centrale importanza per un sistema sanitario, perché i bisogni stanno cambiando, e si spostano sempre di più verso le cronicità e verso le multi patologie. E non è possibile pensare che lo specialista curi solo la fase acuta e abbandoni il paziente al momento delle dimissioni. Lo specialista e il medico di famiglia devono lavorare insieme, in costante contatto, e condividere le informazioni sul paziente anche attraverso i sistemi informatici.

Altra questione di primaria importanza è lo sviluppo compiuto di un'assistenza integrata, e a tale riguardo fondamentale risulta il ruolo delle professioni sanitarie non mediche. Alcune regioni hanno avviato sperimentazioni positive, mentre in molte altre parti di Italia non è stato invece compiuto questo importante investimento sul personale delle professioni sanitarie. Un investimento partito con l'istituzione del corso di laurea a garanzia dell'efficacia del profilo professionale finale, sviluppato poi sotto il profilo organizzativo e manageriale con il fine di

giungere ad un sensibile miglioramento della qualità delle cure per il paziente e ad un sostanziale miglioramento del lavoro del medico, che può contare oggi su un *team* maggiormente aggiornato e specializzato, vincente in un approccio multidisciplinare. Ritiene, quindi, chiaramente necessario organizzare nuovi centri dedicati, individuando lo specialista responsabile, che curi coi presidi sanitari appropriati la lesione cutanea prima che possa aggravarsi e cronicizzarsi.

In questo caso il concetto di appropriatezza significa, ad esempio, evitare quel falso risparmio della garza semplice col mercurio cromo e procedere con il rimborso, o le forniture per tutti i pazienti affetti dall'ulcera degli arti inferiori, del presidio sanitario più efficace ed avanzato.

È chiaro che tutte queste innovazioni possono trovare maggior efficacia se si prevedono delle linee guida nazionali con attuazione regionale accompagnate a una normativa che consenta il costante aggiornamento dei LEA che devono tener conto dei nuovi bisogni e delle nuove tecnologie in un mondo che cambia rapidamente.

Pertanto, sono state presentate diverse risoluzioni, sulle quale richiama l'attenzione dei colleghi e per le quali auspica, dopo il dibattito, l'approvazione da parte di tutta la Commissione.

Gianni MANCUSO (PdL), illustrando la risoluzione di cui è primo firmatario, tiene ad evidenziare l'importanza crescente assunta negli ultimi anni della patologia delle ulcere cutanee, soprattutto in funzione del progressivo aumento della popolazione in età avanzata e quindi della prevalenza delle patologie cronico-disabilitanti. Ricorda, infatti, che sono circa 2 milioni le persone affette in Italia da tale patologia che, nella maggior parte di casi, colpisce le persone anziane, con una l'incidenza che varia tra lo 0,3 per cento a 60 anni e l'1 per cento a 65, fino a raggiungere il 5 per cento a 90 anni. Evidenzia quindi come le difficoltà che si incontrano nell'assistenza di un paziente siano spesso legate al fatto che le esigenze cliniche devono sempre confrontarsi con la politica

sanitaria, costantemente impegnata nel gestire il difficile equilibrio tra un'offerta di eccellenza e il contenimento dei costi e come, quindi, l'impatto socio economico delle ulcere cutanee sia elevato.

Fa presente poi che nel nostro paese la raccolta di dati in materia non è ancora precisa e uniforme, mancano ambulatori dedicati e non c'è comunicazione e integrazione tra le strutture esistenti sul territorio, mancano linee guida regionali, non vi è alcuna rimborsabilità per i pazienti affetti da ulcere agli arti inferiori, ad eccezione dei diabetici, e che la normativa vigente garantisce ai pazienti un livello minimo assistenziale (LEA). Ricorda infatti i pazienti affetti da queste lesioni vengono trattati, generalmente, a domicilio, dal medico curante e da un infermiere con la saltuaria consulenza dello specialista ospedaliero in quanto mancano servizi e centri dedicati, evidenziando come nel biennio 1996/1997 siano stati spesi 10 miliardi di lire per i soli pazienti ricoverati. Per queste ragioni, impegna il Governo a ad inserire la tematica delle ulcere cutanee e le problematiche sociali ed economiche a esse relative nel Piano sanitario nazionale indicando quali obiettivi una maggiore integrazione tra territorio e ospedale; la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico e una maggiore integrazione territorio-ospedale, trasferendo prestazioni a livello territoriale, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza; l'aggiornamento del personale medico e infermieristico, al fine di accelerare la guarigione, diminuire i costi sociali, prevenire le recidive e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), poiché molto è stato già detto dai colleghi che l'hanno preceduta, intende solo aggiungere che non sono solo le persone anziane a soffrire di tale patologia ma anche le persone affette da patologie neuromuscolari e neurovegetative e che con la sua risoluzione intende impegnare chiaramente il Governo a garantire la rimborsabilità delle spese sostenute per l'acquisto di prodotti di medicazione tec-

nicamente avanzati e a definire meglio le figure professionali che possano trattare questi pazienti, non potendo gravare solo sul personale medico. Ricorda infatti che nella quasi totalità dei Paesi europei esiste una normativa per il rimborso dei prodotti «avanzati» di medicazione delle ulcere cutanee croniche, intesa a sgravare il Servizio sanitario nazionale dai costi di gestione e a fornire un servizio di buon livello ai pazienti.

Ciò premesso si augura che il Governo assuma iniziative per assicurare una adeguata tutela dei cittadini affetti da ulcere cutanee croniche, provvedendo a redigere l'elenco dei farmaci e delle terapie anche le più innovative per il trattamento delle ulcere cutanee croniche rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale e promuova una razionalizzazione dei protocolli di cura, allo scopo di ridurre i tempi di ospedalizzazione nonché di contenere la spesa sanitaria pubblica.

Francesco STAGNO d'ALCONTRES (Misto-G.Sud-PPA) ringrazia i colleghi che hanno presentato le interessanti risoluzioni testé illustrate che hanno evidenziato un problema reale, legato principalmente all'adeguamento da parte delle regioni del prontuario delle medicazioni. È necessario inoltre attivare progetti per l'assistenza domiciliare integrata, anche al fine di contenere i costi della sanità pubblica, che si ridurrebbero anche del 20 per cento. A tale riguardo, fa presente che le medicazioni interattive avanzate si devono sostituire ogni 4-5 giorni e che quindi il lavoro da parte del personale sanitario può tranquillamente essere svolto al domicilio del paziente, con importanti risultati anche per quanto riguarda i tempi di guarigione che risultano molto più brevi. Nell'auspicare una maggiore attenzione da parte delle regioni a queste nuove terapie e a questi macchinari innovativi, ribadisce l'importanza dell'aggiornamento del prontuario e dell'attivazione di progetti di assistenza domiciliare integrata, come già fatto in molte regioni, come la Liguria, il Piemonte, il Friuli-Venezia-Giulia e altre

regioni del nord, ma anche in alcune zone della Sicilia orientale.

Vittoria D'INCECCO (PD) concorda con il deputato Stagno d'Alcontres testé intervenuto ed evidenzia, anche per esperienza personale di medico, come l'assistenza a questi malati può essere effettuata in ambulatorio solo ove ciò sia consentito dalle condizioni di autonomia del paziente, mentre in molti altri casi è effettivamente opportuno il trattamento a domicilio.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, dopo aver annunciato che anche il collega Patarino sta presentando una risoluzione a sua firma che verrà discussa congiuntamente a queste non appena essa sarà assegnata alla Commissione, rinvia il seguito della discussione ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

Predisposizione del programma dei lavori per il periodo luglio-settembre 2012.

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15 alle 15.05.

AVVERTENZA

I seguenti punti all'ordine del giorno non sono stati trattati:

RELAZIONI AL PARLAMENTO

Relazione, relativa all'anno 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Doc. CCXXXVIII, n. 2.

PETIZIONI

Petizione n. 1403 del 2012 della sig.ra Maria Grazia Breda, da Torino, che chiede interventi per assicurare le risorse necessarie per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria per le persone non autosufficienti.

ALLEGATO 1

5-02897 Farina Coscioni: Iniziative volte ad assicurare la piena applicazione dei principi della legge n. 194 del 1978 e del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 in materia di seppellimento dei feti abortiti.

TESTO DELLA RISPOSTA

Con riferimento all'atto ispettivo in esame, in via preliminare si osserva quanto segue.

L'articolo 7, commi 3 e 4 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, fa riferimento, come ribadito poi nel comma successivo (« espulsione o estrazione di feto ») a situazione di prodotti abortivi che, anche se di età inferiore alle 20 settimane, sembrano esulare certamente da esiti di interruzione volontaria di gravidanza nei primi 90 giorni, pertanto sembra riferito ai casi di natimortalità.

Nel merito dei quesiti posti, si comunica che ogni iniziativa parlamentare di tipo normativo, volta a garantire un aggiornamento sistematico della normativa nazionale in materia di Polizia mortuaria – ad oggi disciplinata dal decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990 – è vista con favore dal Governo.

Fatte salve le considerazioni di carattere generale sopra rese, di seguito si forniscono le informazioni acquisite direttamente dalla prefettura di Cremona in ordine alla convenzione citata nell'atto ispettivo in esame, non tralasciando tuttavia di ricordare a questa Commissione che i comuni in quanto responsabili della gestione dei servizi cimiteriali e in questo ambito possono stipulare convenzioni con enti pubblici e privati.

Venendo alle informazioni della prefettura di Cremona si comunica che « Le procedure di trasporto e sepoltura dei prodotti abortivi seguono le disposizioni di cui al Regolamento regionale della Lom-

bardia 9 novembre 2004, n. 6, pertanto l'Azienda Ospedaliera di Cremona, su cui ricade l'onere dell'inumazione dei prodotti abortivi, quando i familiari non manifestino la volontà di provvedere con i propri mezzi, presenta agli aventi diritto un'apposita « nota informativa » (tradotta in sei lingue ed avente la forma di un modulo opzionale) attraverso la quale gli stessi possono esprimere la propria preferenza in ordine alle modalità di trasporto e inumazione.

In particolare, gli aventi diritto scelgono l'ente che dovrà procedere tra il comune di Cremona, che vi provvede con propri mezzi di trasporto e con il personale dipendente dai Servizi cimiteriali, e l'associazione « Difendere la vita con Maria » che vi provvede – secondo il testo della convenzione – a mezzo di un'agenzia funebre appositamente incaricata.

Le opzioni in discorso si basano, quindi, su due distinte convenzioni, stipulate l'una, con il Comune, l'altra con l'Associazione sopra citata. La prima risale al 2008 ed è stata rinnovata fino al 31 dicembre 2012; mentre quella con l'associazione, scaduta il 30 marzo 2012, è stata prorogata, con apposito atto deliberativo degli Istituti Ospitalieri, fino al 1° aprile 2013.

Il prelevamento presso il nosocomio ed il trasporto dei prodotti abortivi presso l'obitorio degli Istituti Ospitalieri avviene, ad opera del personale sanitario, mediante l'utilizzo di speciali contenitori biodegradabili.

Gli stessi contenitori, quindi, vengono collocati dai volontari dell'Associazione

ovvero da personale incaricato dal Comune, in altri contenitori, che restano presso l'obitorio per essere ritirati da personale appartenente ai servizi cimiteriali ovvero dalle agenzie funebri eventualmente incaricate dall'Associazione per procedere alla loro successiva inumazione.

Può accadere che tutti i prodotti abortivi, contenuti in due distinti contenitori, siano trasportati, nello stesso giorno, presso la camera mortuaria del cimitero, a cura del personale addetto ai Servizi cimiteriali del comune di Cremona.

Presso il citato cimitero, quindi, si provvede all'inumazione dei feti affidati alla responsabilità del Comune, il quale procede attraverso la deposizione del contenitore in una fossa comune e, al successivo spandimento di un idoneo strato di terra.

Al termine della sepoltura del predetto primo contenitore, accade sovente che si proceda, subito dopo, e nella medesima fossa, alla sepoltura del secondo contenitore, contenente i prodotti abortivi affidati alle « cure » dell'Associazione « Difendere la vita con Maria » la quale, pertanto, procede con la celebrazione di un rito funebre e la collocazione, a proprie spese, della copertura a mezzo di lastra marmorea, esclusivamente per i prodotti abortivi alla stessa affidati ».

Dalle valutazioni sopra rese, il Ministero della salute non ravvisa condizioni oggettive di pregiudizio per la compiuta attuazione della legge n. 194 del 1978 né del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990.

ALLEGATO 2

5-06443 Farina Coscioni: Iniziative volte al completamento delle procedure transattive a favore dei danneggiati da trasfusione con sangue infetto.

TESTO DELLA RISPOSTA

Con riferimento alla interrogazione in esame comunico quanto segue.

Il decreto per la definizione dei criteri e degli importi per le transizioni da corrispondere ai soggetti che hanno presentato domanda di transizione, come previsto dal Regolamento di cui al decreto ministeriale 28 aprile 2009, n. 132, è stato già firmato dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze in data 4 maggio 2012 ed è stato registrato dalla

Corte dei conti in data 5 giugno 2012; non appena pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana, si provvederà all'avvio della successiva fase di stipula degli atti transattivi con i soggetti che risulteranno ammessi, a seguito della relativa istruttoria.

Si ritiene pertanto che l'attuazione del decreto sia la misura adeguata per corrispondere alle legittime situazioni di aspettativa dei soggetti danneggiati.

ALLEGATO 3

5-06008 Farina Coscioni: Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e formazione specifica presso le scuole di specializzazione.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, consente l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza, e prevede che gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate assicurino l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti, secondo le modalità delineate dagli articoli 5, 7 e 8.

Lo stesso articolo 9 della legge n. 194 del 1978 stabilisce che l'obiezione di coscienza 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.

È opportuno rammentare quanto precisato nella 1^a edizione (1998) del Codice deontologico della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), che in riferimento al « Rifiuto d'opera professionale », precisa (articolo 19): « Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita ».

In occasione della pubblicazione del Codice, il Presidente dell'ordine dei medici ha ribadito la necessità di « individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi ».

A fronte dei dati relativi all'obiezione di coscienza, come pubblicati nell'ultima Relazione al Parlamento del 4 agosto 2011, concernente lo stato di attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194 « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », si evince che gli obiettori negli anni sono andati aumentando, raggiungendo oltre il 70,7 per cento fra i ginecologi, oltre il 51,7 per cento fra gli anestesisti ed il 44,4 per cento del personale non medico.

Occorre ricordare che, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni, sancito dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, spetta alle regioni e alle aziende sanitarie locali adottare misure utili a controllare e a garantire l'attuazione della legge n. 194 del 1978, anche attraverso la mobilità del proprio personale.

Per gli aspetti di competenza questo Ministero, ritiene che sia corretto assicurare il giusto equilibrio tra i diversi valori in gioco, nel senso che il diritto ad esercitare l'obiezione di coscienza non deve prevalere sul diritto all'assistenza e alle cure e viceversa.

Si ricorda inoltre, che la promozione e la tutela della salute della donna, è uno degli obiettivi strategici affrontati dal Progetto obiettivo materno infantile, adottato con decreto ministeriale 24 aprile 2000, tale principio è stato ribadito nell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010, relativo alle « Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli

interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo ».

Per quanto riguarda il quesito « se corrisponda al vero che nelle scuole di specializzazione non si insegnino più come praticare una interruzione volontaria di gravidanza », occorre precisare che questo Ministero non ha conoscenze di dettaglio tali da poter confermare o confutare in maniera inequivocabile tale situazione.

Tuttavia, risulta che già nel corso di laurea in medicina e chirurgia sono affrontate le questioni relative all'interruzione volontaria di gravidanza, sia per quanto attiene agli aspetti normativi sia per quanto attiene agli aspetti tecnici, con riguardo all'approccio chirurgico e medico.

Quanto all'insegnamento di tale pratica nelle scuole di specializzazione di ginecologia ed ostetricia si fa presente che, attualmente, la materia della formazione medica specialistica è disciplinata dal decreto ministeriale 1° agosto 2005 « Rias-

setto delle scuole di specializzazione di area sanitaria » che, oltre ad individuare le scuole di specializzazione di area sanitaria, ne definisce il profilo specialistico, gli obiettivi formativi.

Non vi è dubbio tuttavia che l'aspetto della medicina periconcezionale faccia parte del bagaglio culturale e tecnico richiesto allo specialista in ginecologia ed ostetricia.

Inoltre, tutti i testi di ginecologia ed ostetricia in uso presso le università italiane, sia nel corso di laurea in medicina e chirurgia sia nelle scuole di specializzazione in ginecologia ed ostetricia, dedicano specifici capitoli all'interruzione di gravidanza, affrontando la questione sotto molteplici aspetti, tra i quali anche quello normativo ed epidemiologico e quello, ovviamente, relativo alle tecniche dell'aborto indotto prima e dopo i novanta giorni, intendendo in tal senso sia le tecniche chirurgiche sia quelle farmacologiche.

ALLEGATO 4

5-05944 Palagiano e Zazzera: Interventi per tutelare i cittadini portatori di protesi e istituzione di un registro nazionale degli impianti protesici.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento alla interrogazione in esame, ricordo quanto segue.

I dispositivi medici sono regolati in via generale dal decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 (attuazione della Direttiva 93/42/CEE), come modificato dal decreto legislativo n. 37 del 2010.

Tale normativa dispone che i dispositivi siano suddivisi in quattro classi di rischio (I, IIa, IIb e III) secondo regole di classificazione che si basano sulla durata dell'utilizzo e sulla vulnerabilità del corpo umano e tengono conto dei rischi potenziali connessi con la elaborazione tecnologica dei dispositivi e con la loro fabbricazione. Per ognuna delle suddette classi viene definita la procedura che il fabbricante deve seguire per la marcatura CE del dispositivo stesso. I dispositivi protesici impiantabili appartengono alla classe III, corrispondente al livello più elevato di rischio, e possono essere immessi in commercio e circolare liberamente se muniti di certificato CE rilasciato da un organismo notificato, accreditato in Europa dalle Autorità sanitarie dei Paesi membri. I dispositivi medici sono soggetti a controllo da parte delle Autorità nazionali solo successivamente all'immissione in commercio, mediante attività di sorveglianza sul mercato e di vigilanza sugli incidenti. La vigilanza è sempre condotta in contraddittorio con i fabbricanti e le misure restrittive possono essere adottate solo in caso di situazioni che non siano sanate con le azioni correttive che il fabbricante deve individuare e mettere in atto.

Nel merito della questione in esame, in data 24 agosto 2010 la società Johnson &

Johnson, distributore in Italia delle protesi De Puy, su iniziativa del fabbricante, ha diramato un avviso urgente di sicurezza relativo al richiamo volontario di tutti i prodotti ASR (sistema di protesi di rivestimento ASR e sistema acetabolare ASR XL), sulla base dei dati acquisiti presso il Registro nazionale delle articolazioni di Inghilterra e Galles. L'avviso prevedeva anche la raccomandazione di non impiantare i dispositivi ASR ancora disponibili e di avviare un programma di «*follow up*» in linea con quanto indicato nel protocollo suggerito dall'Agenzia regolatoria dei farmaci e dei prodotti sanitari britannica (MHRA), mediante i *Medical Device Alerts* del 22 aprile e del 25 maggio 2010.

In data 31 agosto 2010 il Ministero della salute ha provveduto a pubblicare sul proprio portale *web* l'avviso di sicurezza con il quale ha informato direttamente non solo tutte le strutture utilizzatrici del dispositivo, ma anche le strutture presso le quali era operativo un reparto di ortopedia e che avrebbero potuto ricevere il prodotto da terzi o avere in cura pazienti portatori di tali protesi.

In data 7 novembre 2011 il Ministero della salute ha emanato una circolare in cui si richiamava l'attenzione di tutti gli operatori sanitari esecutori di impianti De Puy ASR e ASR XL, sull'importanza di invitare i pazienti a sottoporsi a programma di «*follow up*» sanitario.

In data 24 gennaio 2012 il Ministero della salute ha emanato una seconda circolare, con la quale si fornivano ulteriori raccomandazioni, al fine di attivare un controllo diretto da parte dell'autorità

competente sul «*follow up*» clinico-diagnostico, rafforzando il coinvolgimento del territorio (medici di medicina generale) e chiedendo riscontro alle regioni sui seguenti punti:

- conferma di inizio «*follow up*»;
- numero delle revisioni effettuate;
- ragioni cliniche delle revisioni chirurgiche.

A seguito di quest'ultima circolare si è provveduto, altresì, all'inoltro alle regioni interessate dei dati di commercializzazione delle protesi, forniti dal fabbricante De Puy per il tramite del distributore Johnson & Johnson e aggiornati al 24 gennaio 2012. Da tali dati risulta che sono state commercializzate nel territorio nazionale 4.546 protesi dei tipi sopra menzionati: di queste 2.130 risultano non utilizzate e rese dopo l'azione di richiamo iniziata nel 2010, la cui chiusura è stata ufficialmente comunicata in data 1° luglio 2011.

Nel mese di marzo 2012 la Direzione generale per la salute e i consumatori (DG SANCO) della Commissione Europea, sulla scorta di numerose manifestazioni di attenzione provenienti dalla comunità scientifica e da alcune Autorità europee, ha avviato un'azione per coordinare le valutazioni e le raccomandazioni sul «*follow up*» dei pazienti a cui siano state impiantate protesi d'anca del tipo Metallo su Metallo, tra le quali rientrano anche le protesi De Puy.

La riflessione in corso presso le Autorità europee e la comunità scientifica è oggi orientata verso tutti gli impianti protesici d'anca, pur partendo da casi relativi a particolari tecnologie e produzioni.

Per tale attività, alla quale anche l'Italia collabora, la DG SANCO ha ottenuto l'autorizzazione a sottoporre la questione alla valutazione dell'organo scientifico della Commissione Europea (SCENHIR).

L'obiettivo è quello di elaborare linee guida sull'appropriatezza dell'utilizzo delle protesi d'anca in generale, e di quelle

Metallo su Metallo in particolare, con riguardo al tipo di materiale e alla combinazione dei materiali, alla reattività e alla tossicità correlate, alle dimensioni delle protesi, alle relative problematiche di attrito.

In data 14 maggio 2012 è stata presentata al Consiglio superiore di sanità la richiesta di un parere in merito all'opportunità di adottare eventuali ulteriori misure di tutela della salute pubblica.

Si osserva inoltre che il Ministero della salute è favorevole ad ogni iniziativa anche parlamentare finalizzata alla istituzione di registri per gli impianti protesici, in considerazione che il registro consente di realizzare la raccolta di dati che riguardano classi ampie e molto diversificate di dispositivi, di possibili correlazioni epidemiologiche e patologiche, di contesti organizzativi e territoriali.

Da ultimo segnalo che, nell'ottica della sperimentazione su dispositivi di particolare rilevanza, il Ministero della salute, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, dal 2006 ha finanziato tre studi successivi sugli impianti di protesi d'anca, aventi i seguenti scopi:

- 1) eseguire un'analisi epidemiologica e una mappatura nazionale degli interventi di sostituzione protesica dell'anca, proponendo un modello di flusso informativo;
- 2) sviluppare e testare il modello proposto, basato sull'utilizzo delle Schede di dimissione ospedaliera, integrate da un set minimo di informazioni aggiuntive relative al paziente.

Queste informazioni si sono rivelate indispensabili sia per identificare il dispositivo impiantato e avviare l'implementazione nelle tre regioni che già hanno attivato un Registro (Lombardia, Emilia Romagna, Puglia), che per identificare una procedura atta a creare un collegamento con il Repertorio nazionale dei dispositivi medici, costituendo così un primo nucleo del futuro Registro nazionale.

ALLEGATO 5

5-06097 Palagianò: Monitoraggio sull'omogeneità dell'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita sul territorio nazionale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come ricordato nell'interrogazione parlamentare in esame, l'articolo 18 della legge n. 40 del 2004 prevede che « al fine di favorire l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita da parte dei soggetti di cui all'articolo 5, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004... ».

Si precisa che la somma di 6,8 milioni, a seguito dei tagli che si sono avvicinati negli anni, nel 2011 si è ridotta a euro 390.570,00, regolarmente erogati da questo Ministero, infatti la somma disponibile è stata puntualmente ripartita alle regioni; il conseguente utilizzo come è noto, rientra tra le competenze esclusive organizzative delle regioni stesse.

Va detto inoltre, che la norma in questione non prevede alcuna attività da parte del Ministero volta ad acquisire uno specifico rendiconto da parte delle regioni.

Il Ministero tuttavia, ha avviato una ricognizione sull'utilizzo di detti fondi, contenuta nella Relazione che annualmente il Ministro della salute presenta al Parlamento; nella Relazione si fa riferimento infatti alle informazioni ricevute

dalle regioni e contestualmente si segnalano le regioni dalle quali non si è avuta risposta in merito all'utilizzo dei fondi in questione.

La Relazione al Parlamento è da considerarsi uno strumento istituzionale basato sulle evidenze del sistema di sorveglianza, che può indirizzare in modo coerente sia la scelte programmatiche di sanità pubblica centrali sia quelle regionali, finalizzate a correggere e risolvere le criticità, pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione, raccomandare le procedure più appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza del settore.

Per gli aspetti di competenza regionale, la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Napoli ha comunicato le informazioni fornite dal Coordinatore dell'area generale di coordinamento assistenza sanitaria della regione Campania.

La regione Campania, con delibera n. 2042 del 28 dicembre 2005, ha provveduto al riparto delle somme assegnate dal Ministero della salute di cui al comma 1 dell'articolo 18 della legge n. 40 del 2004 (pari ad euro 1.402.236,00), per favorire l'accesso delle coppie alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) presso le aziende sanitarie regionali.

Alcune strutture sanitarie, nonostante i finanziamenti, risultano aver sospeso l'attività: pertanto, con l'approvazione del Piano di rientro è stata effettuata una rivisitazione dei centri operanti, con spostamenti di attività e di personale.

La regione Campania, in considerazione della richiesta di alcune aziende sanitarie di attivare e/o riprendere le at-

tività di PMA, ha istituito, con provvedimento del 30 dicembre 2011, la commissione regionale per la PMA, con il compito di fornire supporto alle decisioni regionali per aggiornare le linee guida in materia, al fine di istituire un registro dei centri PMA nella regione e per individuare i meccanismi per il contenimento della migrazione extra regionale.

La predetta commissione regionale supporterà l'Area generale di coordinamento

assistenza sanitaria anche nella valutazione di nuove ipotesi di riparto delle risorse.

Da ultimo, i fondi assegnati per gli anni successivi al 2005, erogati dal Ministero della salute, sono stati acquisiti nel bilancio regionale e saranno erogati non appena definiti i criteri di riparto, alla luce delle nuove richieste e del riassetto della rete ospedaliera e territoriale della regione Campania.

ALLEGATO 6

5-01683 Alessandri e Polledri: Istituzione di un registro tumori e altre iniziative per il monitoraggio sulle malattie oncologiche più frequenti nelle zone ad alto rischio di inquinamento ambientale come quella di Sarmato in Emilia Romagna.

TESTO DELLA RISPOSTA

Ai fini di una completa risposta all'atto ispettivo in esame, si espongono le informazioni raccolte a livello locale dalla Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Piacenza.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Piacenza ha mantenuto attivo, negli anni, un sistema di monitoraggio rivolto al controllo della situazione sanitaria della popolazione residente nel comune di Sarmato, raccogliendo dati per accertare l'insorgenza di qualunque evento correlabile all'inquinamento ambientale del territorio comunale.

Non sono mai emerse differenze significative nella frequenza di patologie correlabili agli inquinanti ambientali tra la popolazione di Sarmato e quella residente nel resto della provincia di Piacenza.

La stessa Azienda USL ha attivato, da circa due anni, il Registro Tumori relativo all'intera provincia di Piacenza, in quanto la contenuta popolazione di Sarmato (inferiore ai 3.000 abitanti), non consente di sviluppare un registro dedicato al solo territorio comunale.

In effetti, i dati ricavati non permetterebbero alcuna attendibile elaborazione statistica, in quanto essi acquistano validità solo se relativi alla popolazione residente in aree di adeguate dimensioni, quali una regione, una provincia, una città metropolitana.

La sezione provinciale di Piacenza dell'Agenzia regionale prevenzione e ambiente (ARPA) dell'Emilia-Romagna ha

precisato che la Valutazione ambientale strategica (V.A.S.) è prevista dal decreto legislativo n. 152 del 2006, come modificato dal decreto legislativo n. 4 del 2008, nell'ambito della redazione del Piano strutturale comunale, attualmente in corso e a cui prende parte la stessa Sezione.

L'attività di controllo sugli insediamenti produttivi, sulle attività agricole e sugli allevamenti, sulle acque reflue, eccetera, viene costantemente eseguita all'ARPA.

In merito ai siti richiamati nell'atto ispettivo, si segnala che l'area della discarica di Agazzino è stata sottoposta a ripristino e restituita all'uso agricolo.

Il nuovo impianto di compostaggio della ditta Maserati di Berlasco è costantemente monitorato dalla Sezione ARPA di Piacenza.

Analoghi controlli di ispezioni riguardano la centrale termoelettrica della ditta Sarmato Energia s.p.a.

La stessa Sezione segue le varie fasi della dismissione dello stabilimento Eridania.

Quanto all'utilizzo agronomico dei rifiuti, non sono stati utilizzati, negli ultimi 8/9 anni, fanghi di depurazione in agricoltura nei terreni del comune di Sarmato.

Inoltre, ai fini della razionalizzazione dei consumi energetici, diversi insediamenti sono stati dotati di impianti fotovoltaici.

L'Azienda USL di Piacenza ha precisato di non aver ravvisato, fino ad oggi, la necessità di effettuare indagini ambientali

nel territorio del comune di Sarmato, in virtù dello studio ambientale effettuato dall'ARPA nel triennio 1999-2001.

Tale studio ha contemplato tutte le matrici ambientali e tutte le possibili fonti di emissioni inquinanti.

Nella stessa occasione venne effettuato il monitoraggio della mutagenicità di diverse matrici ambientali prelevate nel territorio comunale, nonché delle emissioni/

immissioni di ammine alifatiche e di altri composti cancerogeni.

I dati forniti dallo studio hanno evidenziato che si rendeva necessaria la ridistribuzione delle attività produttive in altre aree della provincia, ma quanto alla qualità dell'aria, non è risultata una situazione di criticità differente da quella esistente nella fascia di pianura del territorio provinciale.