

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-02820 Livia Turco e Miotto: Decesso di una bambina nigeriana presso l'ospedale di Cernusco sul Naviglio	190
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	196
5-02819 Barani: Istituzione del Registro nazionale dei tumori	191
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	199

INTERROGAZIONI:

5-02751 Pedoto: Istituzione del registro nazionale dei tumori	191
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	201
5-02503 Mancuso: Campagne informative per la tutela degli animali d'affezione	191
ALLEGATO 4 (Testo della risposta)	203
ALLEGATO 5 (Testo della risposta)	204
5-02720 Mancuso: Ispezione presso lo zoo sito nel comune di Terrasini in provincia di Palermo	191

SEDE REFERENTE:

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche. Nuovo testo unificato C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio, C. 2693 Zazzera e C. 2909 De Poli (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	192
Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccio, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi e C. 3038 Garagnani (<i>Seguito dell'esame e rinvio - Nomina di un Comitato ristretto</i>)	192

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 6 maggio 2010. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il ministro della salute Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 13.40.

Gero GRASSI, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tra-

mite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

5-02820 Livia Turco e Miotto: Decesso di una bambina nigeriana presso l'ospedale di Cernusco sul Naviglio.

Anna Margherita MIOTTO (PD) illustra l'interrogazione in titolo, sottolineando la gravità dei fatti in essa riportati, oggetto anche di un'inchiesta della magistratura.

Il ministro Ferruccio FAZIO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Anna Margherita MIOTTO (PD), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta del Governo, ma rileva come alcuni aspetti della vicenda necessitino ancora di essere chiariti: in particolare, ritiene che un accesso al pronto soccorso della durata di appena sette minuti non sia compatibile con un intervento diagnostico e terapeutico adeguato.

5-02819 Barani: Istituzione del Registro nazionale dei tumori.

Lucio BARANI (PdL) illustra l'interrogazione in titolo.

Il ministro Ferruccio FAZIO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Lucio BARANI (PdL), replicando, si dichiara pienamente soddisfatto ed esprime apprezzamento per la decisione del Governo di presentare un disegno di legge in materia.

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

La seduta termina alle 13.55.

INTERROGAZIONI

Giovedì 6 maggio 2010. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI – Intervengono il ministro della salute Ferruccio Fazio e il sottosegretario di Stato per la salute Francesca Martini.

La seduta comincia alle 13.55.

5-02751 Pedoto: Istituzione del registro nazionale dei tumori.

Il ministro Ferruccio FAZIO risponde all'interrogazione in titolo nei medesimi termini con cui ha risposto alla interro-

gazione a risposta immediata 5-02819 testé svolta, riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Luciana PEDOTO (PD), replicando, si dichiara soddisfatta per l'impegno del Governo a provvedere con sollecitudine mediante la presentazione di un apposito disegno di legge. Ciò, a suo avviso, consentirà agli operatori del settore e a tutti i cittadini di acquisire utili elementi di conoscenza e allo stesso Ministero della salute di gestire in modo più efficace le campagne informative e le attività di *screening*.

5-02503 Mancuso: Campagne informative per la tutela degli animali d'affezione.

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Gianni MANCUSO (PdL), replicando, si dichiara soddisfatto e invita il Governo a mantenere un livello di attenzione elevato sui contenuti dell'informazione in materia di animali d'affezione.

5-02720 Mancuso: Ispezione presso lo zoo sito nel comune di Terrasini in provincia di Palermo.

Il sottosegretario Francesca MARTINI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Gianni MANCUSO (PdL), replicando, si dichiara soddisfatto, precisando di aver provveduto a raccogliere ulteriori informazioni sulla vicenda, le quali confermano la prospettiva di una soddisfacente soluzione della stessa in tempi brevi.

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

La seduta termina alle 14.10.

SEDE REFERENTE

Giovedì 6 maggio 2010. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI – Interviene il ministro della salute Ferruccio Fazio.

La seduta comincia alle 14.10.

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche.

Nuovo testo unificato C. 799 Angela Napoli, C. 1552 Di Virgilio, C. 977-ter Livia Turco, C. 278 Farina Coscioni, C. 1942 Mura, C. 2146 Minardo, C. 2355 Di Pietro, C. 2529 Scandroglio, C. 2693 Zazzera e C. 2909 De Poli.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato, da ultimo, nella seduta del 27 aprile 2010.

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che sul nuovo testo unificato in esame sono pervenuti i seguenti pareri delle Commissioni competenti in sede consultiva: parere favorevole con osservazione della II Commissione; parere favorevole della VI Commissione; parere favorevole con condizione della XI Commissione e parere contrario della Commissione parlamentare per le questioni regionali. Al momento devono ancora esprimere il parere di competenza la I, la V e la VII Commissione. Per quanto riguarda, in particolare, la V Commissione, il presidente Giorgetti ha trasmesso una lettera in cui invita la Commissione a valutare l'opportunità di apportare al testo le modifiche necessarie, pervenendo ad una più omogenea ed esaustiva quantificazione degli oneri, al fine di superare i rilievi formulati dalla Ragioneria generale dello Stato, di cui il Governo ha dato conto presso la V Commissione medesima. Pertanto, poiché la Commissione non è in grado di concludere l'esame in sede referente nella seduta odierna, così da rispettare la data di inizio dell'esame prevista

nel calendario dei lavori dell'Assemblea, la presidenza ha chiesto al Presidente della Camera dei deputati, ai fini delle determinazioni della Conferenza dei Presidenti di gruppo, di rinviare di due settimane l'inizio della discussione del provvedimento in Assemblea.

Nessuno chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.

C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccio, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi e C. 3038 Garagnani.

(Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo nella seduta del 4 maggio 2010.

Il ministro Ferruccio FAZIO fornisce, come preannunciato nella precedente seduta, alcuni elementi valutativi, condivisi con il gruppo di coordinamento interregionale, di cui è capofila la regione Liguria. Detti elementi saranno inseriti in un capitolo del documento che costituirà il nuovo Progetto-obiettivo per la salute mentale, in corso di perfezionamento.

L'arricchimento progressivo degli ambiti e degli obiettivi degli interventi e delle attività dei Dipartimenti di salute mentale (DSM), che si è registrato nel Paese seppur in maniera ineguale tra regioni e tra unità sanitarie locali, rende necessario che, accanto agli obiettivi storici della deistituzionalizzazione e della presa in carico delle persone con disturbi mentali gravi e persistenti, si dia sempre maggior rilievo sia agli aspetti generali della prevenzione e cura dei disturbi psichici a crescente diffusione epidemiologica sia ai trattamenti precoci e personalizzati, all'inclusione sociale e ai diritti di cittadinanza.

Un'importanza determinante stanno assumendo le diversificazioni fra modelli regionali in salute mentale: la regionalizzazione dei sistemi sanitari ha prodotto

scenari diversi nelle regioni, ove il modo di intendere l'organizzazione dei servizi cambia in misura significativa. Diviene quindi necessario saper cogliere, da una parte, le peculiarità propositive delle diverse organizzazioni regionali, studiarle e diffonderle, e, contestualmente, sostenerne i valori di fondo e trasversali che devono stare alla base di ogni organizzazione. Valori fondati sull'evoluzione delle conoscenze, su una cultura della valutazione e dell'attenzione alla qualità, sulla relazione personale di cura e sui principi della psichiatria di comunità.

Nelle diverse regioni, pur in modo eterogeneo, si è consolidata la presenza di una « rete per la salute mentale » ovvero di una pluralità di attori (associazioni, istituzioni, volontariato, privato e privato sociale) che rappresenta una risorsa di sussidiarietà operativa e responsabile, se ben utilizzata, per il lavoro dei Dipartimenti di salute mentale.

Questo scenario complesso richiede naturalmente un approccio culturale integrativo sia delle teorie e tecniche di derivazione fenomenologia e psicodinamica sia degli strumenti propri delle discipline biomediche.

Accanto alla diffusione epidemiologica dei disturbi psichici, sempre più rilevante è l'emergere dei « nuovi bisogni » in uno scenario sociale e sanitario mutato, che in psichiatria sempre interagisce profondamente con le metodologie e i sistemi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi.

Un contributo fondamentale va quindi fornito nell'analisi della domanda (« nuova » e « vecchia ») in tema di salute mentale, specialmente per quanto riguarda i disturbi che esordiscono nell'infanzia e nell'adolescenza, i disturbi depressivi, d'ansia e di personalità, la diffusione dell'uso di sostanze, i fattori di rischio anche rispetto a condizioni quali l'età giovanile o anziana, la maternità, la migrazione, la carcerazione, con attenzione ai percorsi possibili e alla qualità delle risposte.

L'attenzione va posta ai « bisogni di salute » della popolazione in tutte le fasi della vita, nell'area della salute mentale,

attraverso una puntuale ricognizione dei problemi di salute più rilevanti, sia per la loro diffusione nella popolazione sia per le disuguaglianze riscontrabili negli interventi epidemiologici disponibili, e ai dati della relazione sullo stato sanitario del Paese.

In particolare vanno evidenziate le seguenti aree di bisogno prioritarie: disturbi psichici gravi all'esordio e salute mentale nell'adolescenza e nella giovane età adulta; disturbi dell'umore, suicidi e tentati suicidi in tutte le età della vita; disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva e nell'adulto; disturbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e i comportamenti da abuso; disabilità complesse e disturbi psichici correlati in età evolutiva e adulta; disturbi psichici « comuni »; disturbi psichici correlati alla patologia somatica specialmente ad evoluzione cronica; disturbi psichici nell'anziano; disturbi psichici dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale; disturbi di personalità; salute mentale del paziente adulto con disabilità intellettiva; salute fisica del paziente psichiatrico.

Tali bisogni prioritari sono individuati sulla base di vari fattori, sia generali (quadro epidemiologico, prevalenza e incidenza) sia specificamente connessi al contesto operativo di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, *standard* assistenziali, eventi critici, aree di carenza assistenziale, risorse di vario tipo allocate e via dicendo).

I punti critici da affrontare per superare l'eccessiva disomogeneità regionale sono i seguenti. L'insufficienza dei servizi per i minori, con i problemi emergenti dell'età adolescenziale e dei gravi disturbi psichici all'esordio, esige una profonda revisione del sistema per garantire un'organizzazione efficace delle cure integrando i servizi di neuropsichiatria infantile all'interno dei dipartimenti di salute mentale (DSM). L'area dipendenze patologiche e doppie diagnosi evidenzia, anche sulla base di ricerche ed esperienze probanti, la necessità di attuare percorsi clinici ade-

guati e organicamente integrati nell'ambito dei DSM, a cui i SERT dovrebbero di norma afferire. Occorre inserire la psichiatria e il servizio ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC) nella moderna organizzazione ospedaliera per intensità di cure (emergenza, acuzie, subacuzie, osservazione) in rapporto con i dipartimenti di emergenza e accettazione. Va chiarita la missione assistenziale delle cosiddette case di cura private accreditate di neuropsichiatria, che in molte realtà svolgono una funzione importante, ma scollegata dai DSM, indirizzandone la loro collocazione al di fuori dell'area assistenziale ospedaliera e nell'ambito dei servizi riabilitativi territoriali.

Per i servizi territoriali vanno previsti indirizzi omogenei di assetto strutturale e di funzioni dei centri di salute mentale, con l'attivazione di percorsi di cura diversificati per bisogni e tipologia di pazienti, maggiore flessibilità organizzativa e possibilità di centri specialistici.

Altrettanto urgente è prevedere la differenziazione dell'offerta residenziale per livelli di intensità riabilitativa (alta, media, bassa), grado di assistenza, tempi di degenza e tariffe.

È necessario che il DSM sia visto sia nel rapporto con enti locali, servizi pubblici e privati, terzo settore e associazioni, con i loro ruoli, sia nel contesto della rete sociale naturale (per esempio le famiglie), promuovendo il coordinamento di tutto il lavoro per la salute mentale nell'ambito complessivo dell'integrazione socio-sanitaria.

Occorre sviluppare modelli di intervento specifici a livello sia clinico sia sociale, e affrontare i problemi della psichiatria negli istituti di pena e il percorso di superamento degli OPG; il tema dei comportamenti che destano allarme sociale; il sistema informativo al servizio del governo clinico; la psichiatria di *liaison* e il rapporto con la medicina generale.

In materia di trattamenti sanitari obbligatori (TSO), oggi la prassi applicativa della legislazione vigente per quanto riguarda il TSO per malattia mentale è difforme sul territorio nazionale; per tale

motivo, si ritiene opportuno adottare un documento nazionale applicativo, da definirsi giuridicamente nel modo più appropriato, finalizzato a puntualizzare le procedure dei trattamenti senza consenso sia in ambito ospedaliero sia extraospedaliero. Tale regolamento dovrebbe ispirarsi al duplice criterio dell'efficienza, nell'interesse tanto della persona bisognosa di cure che degli altri, e della prudenza, perché il TSO configura in ogni caso una violazione della libertà personale, che ha per giunta per oggetto il corpo della persona.

La legislazione attuale permette di prorogare il trattamento sanitario obbligatorio, senza una definizione di limiti temporali, ma rispettando le garanzie dei diritti del paziente, ragione per cui non si ravvede la necessità di proporre l'istituzione di trattamenti sanitari obbligatori prolungati.

Esiste inoltre la possibilità di ricorrere ad un trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero quando si ravvedano solo le due condizioni di urgenza dell'intervento e di non consenso alle cure, senza la necessità di trasferimento del paziente nel servizio ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC). Tale tipo di provvedimento, giustificato solo se inquadrabile in un progetto di cura, in quanto comunque limitante la libertà individuale del cittadino, deve fornire le medesime garanzie del trattamento ospedaliero, tramite il coinvolgimento del paziente quando possibile, dei suoi familiari, dell'autorità sanitaria e del giudice tutelare, con una precisa definizione dei tempi e dei luoghi.

In attesa che si perfezioni il nuovo Progetto-obiettivo nazionale, di cui ha anticipato alcuni aspetti, ritiene opportuno sostenere gli interventi definiti come prioritari attraverso lo strumento della definizione dei progetti per gli Obiettivi di Piano, individuando, per l'anno 2010, quattro aree progettuali da proporre alle regioni: individuazione e interventi precoci nelle psicosi; presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva; presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana; interventi terapeutico-riabilitativi integrati.

Livia TURCO (PD), intervenendo per una breve osservazione, esprime apprezzamento per l'intervento del Governo e invita il relatore a tenerne conto.

Carlo CICCIONI (PdL), *relatore*, desidera innanzitutto ringraziare tutti i colleghi intervenuti e il Governo per l'importante contributo fornito all'approfondimento della complessa e delicata problematica su cui vertono le proposte di legge in esame. Ritiene che, nel corso della discussione, la posizione di diversi colleghi dell'opposizione abbia fatto registrare una positiva evoluzione, nel senso del progressivo superamento di iniziali preclusioni. Desidera, inoltre, ribadire che la legge n. 180 del 1978 ha costituito un importantissimo progresso sul piano culturale e civile, reso possibile anche dall'evoluzione delle conoscenze mediche nel settore. Quella disciplina, tuttavia, risulta oggi, ad oltre trenta anni dalla sua approvazione, carente sotto diversi profili. Non si tratta dunque, a suo avviso, di abrogare norme esistenti, bensì di procedere oltre le importanti acquisizioni della legge n. 180 del 1978, adottando nuove e più efficaci disposizioni. Tale esigenza si pone, in particolare, per le patologie mentali più gravi, che interessano approssimativamente una quota di popolazione compresa tra il 2 e il 3 per mille. La ristrettezza della platea dei soggetti interessati non può, tuttavia, far perdere di vista la necessità di interventi a favore dei pazienti che versano in tali condizioni e delle loro famiglie, movendo dalla constatazione che la situazione attuale è caratterizzata, oltre che dalla forte disomogeneità territoriale, anche dalla complessiva carenza qualitativa dei servizi disponibili. Ritiene, inoltre, che non si debba mai perdere di vista la peculiarità delle patologie psichiatriche, normalmente caratterizzate da una carenza o totale assenza di consapevolezza ed alla conseguente necessità di una fun-

zione di supplenza da parte dei servizi. Ritiene, altresì, che il quadro politico conseguente alle ultime elezioni regionali potrebbe consentire il superamento della totale preclusione di alcune regioni nei confronti di ogni modifica o integrazione della disciplina in materia. Sottolinea, quindi, come spetti allo Stato stabilire principi ed adottare linee guida in questo settore, ponendo norme chiare e inequivoche, che non consentano alle regioni di adottare misure fortemente difformi tra loro, come avviene attualmente. Dichiaro, inoltre, di concordare con i colleghi che hanno evidenziato la necessità di mantenere limiti precisi per i trattamenti in regime di ricovero ospedaliero, nonché con quanti hanno rilevato l'insorgenza di nuove necessità di intervento, legate alla diffusione di sostanze stupefacenti. Rileva, infine, come molti dei provvedimenti adottati in materia dai Governi di centrosinistra, richiamati dalla collega Livia Turco, siano rimasti largamente inattuati. Propone, infine, di procedere alla costituzione di un Comitato ristretto, al fine di svolgere le audizioni che si riterranno necessarie e, quindi, di elaborare un testo unificato delle proposte di legge in esame.

La Commissione delibera quindi di nominare un Comitato ristretto, riservandosi il presidente di designare i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi.

Paola BINETTI (UdC), intervenendo sull'ordine dei lavori, auspica che, in sede di Comitato ristretto, il Governo chiarisca le proprie valutazioni sull'opportunità di proseguire nell'esame delle proposte di legge in titolo.

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

La seduta termina alle 14.40.

ALLEGATO 1

5-02820 Livia Turco e Miotto: Decesso di una bambina nigeriana presso l'ospedale di Cernusco sul Naviglio.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla vicenda segnalata nell'atto ispettivo in esame, si espongono di seguito le indicazioni fornite dall'Azienda Ospedaliera-Ospedale di Circolo di Melegnano, per il tramite dell'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia.

La bambina è stata visitata alle ore 0,39 del 3 marzo 2010 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cernusco sul Naviglio con le modalità consuete: auscultazione del reperto toracico e cardiaco, palpazione dell'addome e degli organi ipcondriaci, valutazione del cavo orale e delle mucose; tali manovre sono state eseguite in presenza della madre.

Non è stata posta indicazione al ricovero, tenuto conto delle buone condizioni generali e dell'esordio recente dei sintomi (due episodi di vomito da circa un'ora, in completo benessere), ed è prescritta terapia domiciliare.

Alle ore 2,00 si verifica un nuovo accesso in Pronto Soccorso, a causa della persistenza dei sintomi, ed in tale occasione l'indicazione al ricovero ospedaliero si basa sulla reiterazione di richiesta di assistenza ospedaliera da parte dei genitori in conseguenza della persistenza dei sintomi e non è legata alla gravità del quadro clinico; vengono confermati alcuni dati già rilevati in occasione del primo accesso: stato nutrizionale buono (peso iniziale 9,134 kg), assenza di febbre, sensorio integro.

Quanto alle fasi di accettazione della bimba, l'Assessorato ha sottolineato che in nessun modo l'accesso è stato ostacolato o

ritardato e non è stata posta alcuna pregiudiziale rispetto alla regolarità della tessera sanitaria, come rilevato anche dal Comitato di Valutazione Codice Etico Comportamentale della stessa Azienda.

Peraltro, anche l'intervento dei Carabinieri, chiamati dal personale del Pronto Soccorso per l'atteggiamento particolarmente agitato del padre, non ha influito in alcun modo sulla opportunità o meno del ricovero.

Infatti, la presa in carico della bambina, presso il reparto di degenza, è stata determinata dalla valutazione dei parametri auxologici (peso, altezza eccetera) e clinici, dall'esecuzione dei primi accertamenti laboratoristici e dalla terapia anti-vomito specifica, associata a iniziale assunzione di soluzione reidratante per os, come indicato dai protocolli diagnostico-terapeutici; quindi veniva stesa la cartella sanitaria, in collaborazione con il padre.

Dal termine di queste manovre (alle ore 3,00 circa) fino alle ore 8,00, quando venivano completati gli accertamenti laboratoristici, la bambina riposava tranquilla, non venivano più segnalati episodi di vomito, non comparivano nuovi sintomi clinici rilevanti.

Veniva quindi eseguita una visita medica alle ore 9,00 circa, con la conferma del buono stato di salute della bambina, che permetteva di riprendere l'alimentazione per bocca con dieta leggera, oltre a continuare la soluzione reidratante per os.

Nel pomeriggio del 3 marzo 2010 non erano segnalati dalla madre né dal perso-

nale infermieristico episodi di vomito, ma comparivano alcune scariche diarroiche, per cui venivano raccolte le feci per coprocultura.

Il giorno seguente era rilevato un calo ponderale pari al 7,7 per cento del peso iniziale (8,430 kg – disidratazione media); non era ancora richiesta una reidratazione parenterale, anche in considerazione del fatto dell'assenza di vomito.

Nel pomeriggio si verificava un deterioramento delle condizioni generali: in serata veniva avviata una terapia reidratante parenterale e venivano richiesti esami di controllo.

In serata iniziava altresì un più stretto controllo clinico tramite un apparecchio dotato di saturimetro, ma, in considerazione della persistente adeguatezza dei valori di ossimetria, alle 5,15 del 5 marzo lo stesso veniva rimosso.

Alle 5,30, a seguito di un controllo infermieristico i cui esiti, erano nella norma, emergeva che la bambina riposava tranquillamente.

Alle 6,05, ad un ulteriore controllo del pediatra, si constatava una asistolia non preceduta da alcuna sintomatologia di rilievo, e venivano immediatamente attivate le manovre rianimatorie con l'intervento dell'anestesista rianimatore di turno: alle 6,55 si constatava il decesso per arresto cardiocircolatorio.

Sono stati attivati subito i procedimenti di verifica interni da parte del *risk manager* (*Root Cause Analysis*) e del responsabile della qualità (audit clinico) ed è stato richiesto un riscontro autoptico.

Si precisa al riguardo che l'Azienda Ospedaliera interessata riferisce che « non è in possesso del referto autoptico essendo stata l'autopsia eseguita per disposizione dell'Autorità Giudiziaria ».

In merito alla assistenza sanitaria per gli extracomunitari, preciso che il diritto all'assistenza sanitaria viene regolato dagli articoli 34 e 35 del Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

Per gli stranieri non in regola con la normativa riguardante l'ingresso ed il soggiorno nel nostro Paese, sono erogate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti

e/o essenziali, anche continuative, per malattie e infortunio, nonché gli interventi di medicina preventiva e le conseguenti prestazioni di cura (tutela gravidanza e maternità, vaccinazioni, interventi di profilassi, cura e diagnosi delle malattie infettive).

Per quanto riguarda, nello specifico, i minori extracomunitari, il citato decreto legislativo n. 286/1998 ed il relativo Regolamento di attuazione (decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394) prevedono l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i minori extracomunitari, nei seguenti casi:

in quanto familiare a carico di un cittadino straniero regolarmente soggiornante in Italia per uno dei motivi individuati;

in quanto nati in Italia da cittadini stranieri iscritti al SSN;

in quanto soggetto alle disposizioni di carattere umanitario e alle disposizioni riguardanti il diritto all'unità familiare e tutela dei minori;

in quanto minore nato in Italia, a cui è stato rilasciato il permesso di soggiorno per motivi di cura unitamente al genitore: fattispecie nella quale il minore ottiene l'iscrizione nell'elenco dei pediatri di libera scelta per una durata di sei mesi.

Per i minori irregolari, il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo n. 286/98, garantisce espressamente la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione dei diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della Legge 27 maggio 1991, n. 176.

Ai sensi dell'articolo 35, comma 6, del decreto legislativo n. 286/98 e in base a quanto esplicitato nella circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24 Marzo 2000, la tutela della salute dei minori

extracomunitari irregolari rientra tra le prestazioni a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

Ai minori stranieri irregolarmente presenti, dopo i primi sei mesi di vita, pur privi dell'iscrizione al SSN e quindi del pediatra, è garantita, ai sensi dell'ar-

ticolo 35, comma 3, del decreto legislativo n.286/98, l'assistenza sanitaria tramite le strutture ospedaliere di pronto soccorso o secondo le modalità stabilite da appositi accordi regionali, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi specifica esperienza.

ALLEGATO 2

5-02819 Barani: Istituzione del Registro nazionale dei tumori.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In via preliminare, ringrazio gli onorevoli che hanno sollevato una tematica di particolare interesse per il Ministero.

Fornisco prima alcune considerazioni di carattere generale.

I registri sanitari fanno capo a due principali tipologie che si differenziano per finalità, modalità di tenuta e di informazioni da registrare:

1. I registri di casistica finalizzati prevalentemente alla valutazione di efficacia degli interventi sanitari, registrano tutti i casi di soggetti portatori di una determinata patologia che afferiscono alla rete delle strutture sanitarie aderenti allo specifico registro, indipendentemente dalla provenienza territoriale dei pazienti. Tali registri sono meno complessi da organizzare ma non danno, in linea generale, informazioni sulla epidemiologia ed etiologia delle patologie studiate.

2. I registri di popolazione, registrano, per un determinato territorio, tutti i casi relativi ai residenti indipendentemente dal luogo di trattamento. Tali registri richiedono un maggior impegno organizzativo e sono finalizzati a fornire informazioni sulle modifiche epidemiologiche (incidenza, prevalenza, mortalità generale e specifica per la patologia studiata) e sullo studio di fattori di rischio (etiologia). Tali tipi di registro richiedono la ricerca attiva di tutti i casi già presenti e in trattamento (prevalenza) e di tutti i nuovi casi (incidenza) per singolo anno, attraverso un incrocio delle diverse fonti informative. In questo tipo di attività di

registro è necessario che tutti i casi siano rintracciati e registrati con un notevole sforzo organizzativo, per cui è preferibile « coprire » territori più limitati senza lasciarsi sfuggire casi, anziché coinvolgere territori più ampi ma in maniera incompleta.

Da quanto sopra esposto appare evidente che i differenti registri richiedono approcci diversificati.

Un secondo elemento generale che è utile richiamare, riguarda il fatto che rispetto agli anni in cui hanno cominciato a strutturarsi le più importanti e qualificate esperienze di registri tumori in Italia (anni 70-80), è fortemente cresciuta, nel nostro Paese, la sensibilità sul rispetto dei dati personali e si è consolidata un'importante normativa in tema di tutela dei dati sensibili.

Nel merito dei quesiti posti si comunica che il Ministro della Salute intende inserire in un prossimo disegno di legge di iniziativa governativa una norma, che risponde alle esigenze di sanità pubblica, oltre che alle sollecitazioni che provengono dall'interrogazione in esame; si deposita presso la segreteria della Commissione la bozza di articolato. Tale norma affronta in maniera organica la tematica dei registri sanitari nel nostro Paese, con riferimento anche a quello per i tumori.

Nell'attivare la norma in esame sarà valutato:

il rapporto costo-beneficio per ciascun tipo di registro da attivare, tenendo

ovviamente conto anche degli impatti economico-finanziari connessi;

il confronto con l'Autorità garante per la protezione dei dati personali in merito alle misure tecniche finalizzate alla tutela dei dati sensibili.

Da ultimo, senza alcuna nota di polemica, segnalo che il Ministero guarda con favore anche ad ogni iniziativa di natura parlamentare che potrà essere avviata a sostegno della tematica in esame.

ALLEGATO 3

5-02751 Pedoto: Istituzione del registro nazionale dei tumori**TESTO DELLA RISPOSTA**

In via preliminare, ringrazio l'Onorevole interrogante che hanno sollevato una tematica di particolare interesse per il Ministero.

Fornisco prima alcune considerazioni di carattere generale.

I registri sanitari fanno capo a due principali tipologie che si differenziano per finalità, modalità di tenuta e di informazioni da registrare:

1. I registri di casistica finalizzati prevalentemente alla valutazione di efficacia degli interventi sanitari, registrano tutti i casi di soggetti portatori di una determinata patologia che afferiscono alla rete delle strutture sanitarie aderenti allo specifico registro, indipendentemente dalla provenienza territoriale dei pazienti. Tali registri sono meno complessi da organizzare ma non danno, in linea generale, informazioni sulla epidemiologia ed enologia delle patologie studiate.

2. I registri di popolazione, registrano, per un determinato territorio, tutti i casi relativi ai residenti indipendentemente dal luogo di trattamento. Tali registri richiedono un maggior impegno organizzativo e sono finalizzati a fornire informazioni sulle modifiche epidemiologiche (incidenza, prevalenza, mortalità generale e specifica per la patologia studiata) e sullo studio di fattori di rischio (enologia). Tali tipi di registro richiedono la ricerca attiva di tutti i casi già presenti e in trattamento (prevalenza) e di tutti i nuovi casi (incidenza) per singolo anno, attraverso un incrocio delle diverse fonti

informative. In questo tipo di attività di registro è necessario che tutti i casi siano rintracciati e registrati con un notevole sforzo organizzativo, per cui è preferibile « coprire » territori più limitati senza lasciarsi sfuggire casi, anziché coinvolgere territori più ampi ma in maniera incompleta.

Da quanto sopra esposto appare evidente che i differenti registri richiedono approcci diversificati.

Un secondo elemento generale che è utile richiamare, riguarda il fatto che rispetto agli anni in cui hanno cominciato a strutturarsi le più importanti e qualificate esperienze di registri tumori in Italia (anni 70-80), è fortemente cresciuta, nel nostro Paese, la sensibilità sul rispetto dei dati personali e si è consolidata un'importante normativa in tema di tutela dei dati sensibili.

Nel merito dei quesiti posti si comunica che, il Ministro della Salute intende inserire in un prossimo disegno di legge di iniziativa governativa una norma, che risponde alle esigenze di sanità pubblica oltre che alle sollecitazioni che provengono dall'interrogazione in esame; si deposita presso la segreteria della Commissione la bozza di articolato. Tale norma affronta in maniera organica la tematica dei registri sanitari nel nostro Paese, con riferimento anche a quello per i tumori.

Nell'attivare la norma in esame sarà valutato:

il rapporto costo-beneficio per ciascun tipo di registro da attivare, tenendo

ovviamente conto anche degli impatti economico-finanziari connessi;

il confronto con l'Autorità garante per la protezione dei dati personali in merito alle misure tecniche finalizzate alla tutela dei dati sensibili.

Da ultimo, senza alcuna nota di polemica, segnalo che il Ministero guarda con favore anche ad ogni iniziativa di natura parlamentare che potrà essere avviata a sostegno della tematica in esame.

ALLEGATO 4

5-02503 Mancuso: Campagne informative per la tutela degli animali d'affezione.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Preliminarmente, preciso che il Ministero della Salute, negli ultimi anni, ha svolto attività di informazione e sensibilizzazione presso la popolazione per tutelare il benessere degli animali da compagnia o da affezione favorendone la convivenza con l'uomo e condannando il loro maltrattamento.

In quest'ambito si inserisce la campagna di comunicazione realizzata nell'anno 2009 contro l'abbandono degli animali d'affezione « Tu di che razza sei? Umana o disumana » finalizzata a sensibilizzare la popolazione contro questo gesto incivile per la quale sono stati realizzati: uno spot TV di 30 (trasmesso sulle reti RAI), affissioni sugli impianti nelle principali strade extraurbane, autostrade, autogrill, stazioni di servizio e impianti nelle grandi città; spazi di informazione on line sul sito del Ministero.

In collaborazione con l'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) sono stati coinvolti i Comuni italiani con affissioni locali.

Per quanto riguarda il 2010, è in fase di definizione uno spot contro la tratta illegale dei cuccioli di cane, che verrà diffuso attraverso le emittenti televisive pubbliche.

Questa iniziativa verrà realizzata in collaborazione con il Ministero degli Esteri.

Per quanto riguarda le dichiarazioni rilasciate dal giornalista Beppe Bigazzi durante la trasmissione televisiva « la prova del cuoco », che hanno suscitato sentimento di sdegno in numerosi cittadini e nelle Associazioni di protezione animalista, nella mia veste di Sottosegretario di Stato, mi sono fatta portavoce dell'indignazione collettiva, ho dichiarato pubblicamente che i gatti, come tutti gli animali da affezione, sono tutelati dalla Legge 14 agosto 1991, n. 281, che favorisce la convivenza con l'uomo e condanna il loro maltrattamento, prevedendo la loro soppressione, in modo eutanasico, solo se gravemente malati o incurabili.

Sottolineo, inoltre, la gravità del fatto in quanto le dichiarazioni del giornalista sono state pronunciate durante una trasmissione del servizio pubblico molto seguita e in una fascia oraria protetta ed è opportuna, quindi, la decisione dell'Azienda di sospendere l'autore di tale comportamento, infatti sussiste il rischio che affermazioni simili possano essere oggetto di emulazione, configurando il reato di istigazione a compiere un atto vietato e perseguibile, come quello del maltrattamento animale (articolo 544-ter Codice Penale).

ALLEGATO 5

**5-02720 Mancuso: Ispezione presso lo zoo sito nel comune di Terrasini
in provincia di Palermo.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito a quanto richiesto dagli On.li interroganti, si precisa che la struttura « Zoo fattoria », di Terrasini (PA), la cui chiusura al pubblico risale al 1995, è stata già sottoposta a controllo da parte del Comando Carabinieri per la tutela della salute, N.A.S. di Palermo, in data 24 settembre 2009.

Questo Ministero, tuttavia, a seguito del servizio mandato in onda il 5 aprile 2010 durante la trasmissione televisiva « Striscia la notizia », ha ritenuto opportuno richiedere alla ASL territorialmente competente un aggiornamento in merito allo stato di salute e benessere degli animali ancora presenti e una relazione sulle operazioni effettuate fino ad oggi nella struttura Zoo di Terrasini e, più in particolare, sui provvedimenti intrapresi per il definitivo trasferimento in strutture più idonee, anche al fine di evidenziare e risolvere eventuali casi di maltrattamento.

Ciò al fine di poter valutare la necessità di effettuare un sopralluogo a cura di ispettori ministeriali congiuntamente con i Carabinieri N.A.S.

Contemporaneamente, stante la competenza del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, si è provveduto a segnalare allo stesso Ministero il fatto che la struttura, nonostante non abbia la licenza di giardino zoologico ai sensi del decreto legislativo 21 marzo 2005, n. 73, né ne abbia fatto richiesta, continua a ricevere visitatori. Nel frattempo, è stata acquisita una dettagliata nota dalla Prefettura di Palermo, da cui, tra l'altro, si evince quanto segue.

In data 11 settembre 2009, l'ASP – Distretto Veterinario di Palermo, ha effet-

tuato un'ispezione presso la struttura, chiusa al pubblico, e riscontrato che gli animali ivi ospitati si presentavano in buone condizioni di salute, in buono stato di nutrizione e non presentavano segni o sintomi riferibili a malattie infettive o diffuse.

È stato inoltre effettuato il controllo dell'idoneità delle gabbie dove sono ospitati gli animali, nonché la verifica degli scarichi e dei liquami.

Il 13 novembre 2009, il Corpo Forestale – Servizio CITES di Palermo, ha effettuato un sopralluogo congiunto con l'ASP – Distretto Veterinario di Carini, presso la struttura « Zoo Fattoria », constatando che lo stato di salute degli animali era buono così come lo stato di nutrizione e che non si rilevavano segni di malattie infettive o diffuse in atto; è stato, inoltre, informato il Sindaco di Terrasini in merito alla necessità di effettuare una perizia tecnica per constatare la sicurezza e la staticità delle gabbie, che ospitavano esemplari di specie pericolose per la salute e (incolumità pubblica, poiché le stesse presentavano evidenti segni di corrosione e varie giunture e riparazioni.

Il 26 marzo 2010, il Nucleo Operativo Regionale del Corpo Forestale di Palermo ha effettuato un sopralluogo congiunto con l'A.S.P. – Distretto Veterinario di Carini presso la struttura « Zoo Fattoria », rilevando la presenza di 2 pantere, 2 leopardi, 1 orso bruno, 1 tigre e 3 pavoni, il cui stato di salute era buono e non presentavano segni o sintomi di malattie infettive o diffuse in atto. Inoltre, le condizioni

igieniche delle gabbie risultavano buone e lo spazio a disposizione degli animali sufficiente alla loro permanenza.

Il 5 aprile 2010, militari della Stazione Carabinieri di Terrasini, congiuntamente a personale dell'A.S.P. Palermo – Dipartimento di Prevenzione Veterinario di Carini, si sono recati presso la struttura « Zoo Fattoria », per accertare i presunti maltrattamenti di animali segnalati nel servizio televisivo trasmesso la sera precedente nel corso di un servizio andato in onda su Canale 5 all'interno del programma « Striscia la Notizia ». La verifica condotta sul posto ha evidenziato che gli animali si trovavano nello stesso stato documentato in esito ai controlli effettuati in data 26 marzo 2010.

Dalla verifica attuata lo scorso 5 aprile, la stessa Prefettura precisa che sebbene durante i controlli effettuati il 26 marzo 2010 fosse presente personale di « Striscia la Notizia », le immagini trasmesse nel corso della trasmissione del 4 aprile scorso non erano state riprese in quel giorno, ma risalivano all'estate dell'anno precedente (2009).

La Prefettura sottolinea che, dalle informazioni acquisite, risulta che tutti gli animali presenti nella struttura vengono curati ed alimentati e che gli esemplari di specie pericolose verranno, a breve, trasportati presso il « Parco Faunistico Valcorba » di Stroppare di Fozzonovo (PD).