



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 33

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

326^a seduta (antimeridiana): mercoledì 9 marzo 2016

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

| | |
|---|------------------------------|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 5, 8 e <i>passim</i> |
| CATALFO (M5S) | 4 |
| DE FILIPPO, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> | 3, 5, 8 |
| MATTESINI (PD) | 7 |
| ROMANI Maurizio (Misto-Idv) | 9 |
| ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>) | 10 |

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Liberalpopolare-Autonomie: AL-A; Area Popolare (NCD-UDC): AP (NCD-UDC); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Moderati, Idea, Euro-Exit, M.P.L. – Movimento politico Libertas): GAL (GS, PpI, M, Id, E-E, MPL); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più: Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: Misto-SI-SEL.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute De Filippo.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02096, presentata dalla senatrice Catalfo e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. In merito alla problematica segnalata nell'interrogazione parlamentare in esame, la prefettura di Catania ha comunicato quanto segue.

La Marina militare ha provveduto al recupero del relitto del naufragio del 18 aprile 2015 e dei corpi dei migranti deceduti a seguito del tragico evento.

Il Commissario straordinario per le persone scomparse ha coordinato le operazioni di identificazione delle salme recuperate e di prelievo del DNA, che sono state affidate all'Istituto «Labanof» dell'Università degli Studi di Milano.

In tale contesto, il 3 luglio 2015 sono giunti al porto di Catania i primi 13 cadaveri rinvenuti nel natante affondato e, sulla base delle intese raggiunte in sinergia con le forze dell'ordine, il Comune di Catania e l'Azienda ospedaliera universitaria «Policlinico-Vittorio Emanuele», i Vigili del fuoco hanno curato il trasferimento dei corpi dal *container* refrigerato della Marina militare ai locali messi a disposizione dall'azienda ospedaliera.

Durante le operazioni di trasporto sono stati adottati tutti i dispositivi di sicurezza previsti per evitare eventuali contaminazioni.

I locali dove si sono svolte le operazioni di esame delle salme, individuati a seguito di scrupolosa valutazione per escludere ogni possibile conseguenza sulla salute degli utenti e del personale dell'ospedale, ospitavano un tempo la clinica ostetrica, ormai trasferita presso altro presidio, e non risultano più utilizzati per attività assistenziale né per punto nascita.

Le prestazioni assistenziali degli attigui laboratorio di analisi e ambulatorio di diagnosi prenatale che, comunque, si trovano in un altro edificio, sono state temporaneamente espletate in altri siti.

A scopo meramente precauzionale, gli enti preposti hanno provveduto all'isolamento della zona per la durata delle operazioni (dalle ore 16 del

venerdì alle ore 4 della domenica) ed alla pulizia straordinaria dell'area adiacente ai locali in questione al termine dell'esame autoptico dei corpi, circoscrivendo il disagio per le persone al tempo strettamente necessario per lo svolgimento delle stesse operazioni.

Allo stato attuale, non è previsto il trasferimento di ulteriori salme da identificare nel territorio della Provincia di Catania.

In merito alla vicenda segnalata, il Ministero della salute ha provveduto ad attivare il Comando Carabinieri per la tutela della salute, ed il Nucleo antisofisticazioni e Sanità di Catania ha fornito le seguenti precisazioni.

I locali utilizzati per l'esame autoptico erano stati individuati in esito ai sopralluoghi delle autorità coinvolte (prefetto, questore, procuratore capo, due assessori del Comune, direttore azienda ospedaliera e responsabile dell'*équipe* medica autoptica).

Il *container* refrigerato della Marina Militare è stato collocato a tre metri circa dall'ingresso dei locali e le operazioni di scarico e trasporto delle salme sono state effettuate da personale specializzato dei Vigili del Fuoco.

Durante le operazioni, alle quali hanno assistito, tra gli altri, il prefetto, il procuratore capo, i due assessori, il direttore sanitario aziendale, non si è verificato alcun inconveniente.

Le salme erano custodite in apposite sacche in plastica e negli ambienti utilizzati sono stati attivati condizionatori portatili prima dell'arrivo dei corpi.

Al termine di ciascun esame, le salme venivano composte in singole bare, sigillate a cura della ditta di trasporti funebri contattata.

Le sacche ed il materiale monouso utilizzato in sede autoptica sono stati trattati come rifiuti speciali, sigillati in contenitori e smaltiti a cura dell'azienda ospedaliera.

La sanificazione degli ambienti esterni ed interni è stata curata da operatori del Comune di Catania e delle ditte interne alla struttura ospedaliera.

Il NAS di Catania ha verificato che i locali utilizzati (posti al piano terra-rialzato del padiglione 10), non ospitano da tempo servizi dei reparti di ostetricia e ginecologia, mentre presso i laboratori di anatomia patologica (primo piano) e di citogenetica e diagnosi prenatale (secondo piano), non vengono effettuati interventi; le pazienti sono monitorate e sottoposte alle analisi nel corso della gravidanza.

CATALFO (M5S). Non mi considero soddisfatta della risposta, in quanto, da quello che si evince nella stessa interrogazione, il professor Gulisano, che è il direttore del reparto di diagnosi prenatale del Policlinico «Vittorio Emanuele», ha denunciato questo tipo di operazioni. Tra l'altro, ci sono stati casi di dipendenti che, a causa dei liquami, hanno riportato sintomi di tossicosi.

Questa operazione si è svolta in un ospedale, il «Vittorio Emanuele» (che conosco bene essendo nella mia città), nel quale i padiglioni sono

tutti collegati, uno accanto all'altro. Tali operazioni sono state svolte, dunque, in un luogo non adatto, con pazienti e dipendenti nei padiglioni adiacenti, utilizzando tra l'altro solamente dei condizionatori (parliamo di corpi che mi pare risalgano ad aprile) e con la temperatura che può esservi in Sicilia il 4 luglio. Se non si utilizzano i locali giusti, se non si adottano i giusti accorgimenti e tutte le procedure del caso, non possono svolgersi operazioni del genere. All'università di Catania, presso il Policlinico, c'è un reparto di medicina legale; avrebbero potuto svolgere lì queste operazioni invece che al «Vittorio Emanuele» che è un'azienda ospedaliera molto affollata e con tutti i padiglioni collegati. È stato un disagio molto forte.

Mi dichiaro parzialmente soddisfatta per essere venuta oggi a conoscenza del fatto che non si effettueranno più operazioni del genere, ma solamente per questo. Per il resto quanto accaduto è assolutamente inaccettabile, le operazioni non adatte al caso e alla tipologia di azienda.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01729, presentata dalla senatrice Mattesini e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. La pratica delle mutilazioni genitali femminili (MGF) è una tradizione profondamente radicata in molte comunità, in gran parte concentrate in 29 Paesi africani, prevalentemente nell'Africa subsahariana, che l'immigrazione ha fatto conoscere anche in Europa e in Italia.

Il fenomeno è presente anche in alcuni Paesi dell'Asia e del Medio Oriente, ed è generalmente caratterizzato da profonde implicazioni di ordine psicologico, economico, sociale e culturale.

Dette pratiche sono proibite dalle leggi della maggior parte dei Paesi occidentali e africani.

Secondo il rapporto UNICEF pubblicato nel 2013, nel mondo sono più di 125 milioni le bambine e le donne che hanno subito le MGF, e almeno 3 milioni di bambine sono a rischio di subire la pratica ogni anno.

In Europa, il numero di donne e ragazze che convivono con le conseguenze derivanti dalle MGF è ancora sconosciuto, sebbene il Parlamento Europeo stimi che la cifra si aggiri intorno alle 500.000 unità, con altre 180.000 donne e ragazze a rischio di essere sottoposte alla pratica ogni anno (fonte Amnesty International, 2010).

In Italia, dove le donne residenti provenienti dai Paesi africani definiti a «tradizione escissoria», sono poco meno di 160.000 (fonte ISTAT anno 2014), le stime più recenti dell'Istituto Piepoli per il Dipartimento delle pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri parlano di circa 39.000 donne/ragazze che hanno subito una qualche forma di mutilazione dei genitali femminili.

Uno studio a cura dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto della povertà del 2011 fa riferimento a circa 35.000 donne/ragazze.

Per contrastare la pratica delle mutilazioni genitali femminili in Italia è stata appositamente varata la legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante «Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazioni genitali femminile».

Tale legge è divisa in due capitoli e fa precedere significativamente le misure preventive alle misure punitive, in considerazione del fatto che una prevenzione efficace potrebbe vanificare le misure di repressione, perché non ci saranno bambine sottoposte alle MGF.

È necessario, pertanto, fare opera di sorveglianza e prevenzione, soprattutto nei confronti delle figlie delle donne che hanno già subito tali pratiche nel loro Paese d'origine.

Il Ministero della salute ha quindi emanato, con decreto ministeriale del 17 dicembre 2007, le Linee guida (previste all'articolo 4 della legge n. 7 del 2006) destinate alle figure professionali sanitarie, nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di MGF, per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche.

Le Linee guida rappresentano un importante strumento per le Regioni, al fine di attivare nel proprio territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario.

Un elemento importante è costituito dalle risorse finanziarie previste dalla legge n. 7 del 2006 e destinate alla formazione, ma anche a campagne di informazione e di divulgazione della cultura dei diritti umani e del diritto all'integrità della persona.

Il Ministero della salute ha trasferito alle Regioni, dal 2005, i fondi destinati dalla citata legge alla formazione, intesa anche come occasione per accrescere le conoscenze sul tema del diritto alla salute e sulla medicina transculturale, sulla delicatezza dell'approccio alla sessualità delle donne straniere, al loro corpo, alla maternità ed alla salute in generale, per un totale di € 14.625.768,86. Il dettaglio dei fondi trasferiti annualmente è riportato nella tabella che lascio a disposizione degli onorevoli interroganti e della Commissione.

Dal 2009 e poi in maniera incisiva dal 2011, a causa delle norme di stabilizzazione economica, gli importi inizialmente previsti dalla legge n. 7 del 2006 (2.500.000 euro/anno), sono stati significativamente ridotti fino agli attuali circa 177.000 euro/anno.

La ripartizione dei fondi, dal 2009, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, viene effettuata secondo un criterio misto, che prevede: il 70 per cento del totale sulla base della popolazione residente ed il 30 per cento secondo il numero delle donne immigrate, titolari del permesso di soggiorno, presenti nel territorio regionale e provenienti dai Paesi dove sono effettuate pratiche di mutilazioni genitali.

Il Ministero della salute effettua, dall'entrata in vigore della legge n. 7 del 2006, periodiche ricognizioni sull'utilizzo dei fondi in oggetto.

Sulla base dell'ultimo monitoraggio, avviato nell'ottobre 2013, a cui non tutte le Regioni hanno risposto, in nessuna Regione sono state segna-

late pratiche di MGF eseguite in Italia, né sono stati avviati interventi legali per il reato di pratica di MGF, tuttavia la presenza di donne che hanno subito mutilazioni genitali è stata rilevata in Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Puglia, Sardegna, Provincia Autonoma di Trento.

Sono presenti centri di riferimento per l'assistenza alle donne e bambine mutilate nelle seguenti Regioni: Friuli Venezia Giulia, Toscana, Sardegna, Puglia, Lazio, Lombardia, Emilia Romagna, e sono state eseguite plastiche ricostruttive in Friuli Venezia Giulia, Puglia, Umbria, Toscana, Emilia Romagna e Piemonte.

In particolare, dal 2006 al 2013 risultano ben 957 le donne in cui sono state riscontrate dette mutilazioni e per 284 di esse è stato effettuato un intervento di plastica ricostruttiva.

Le Regioni hanno inoltre provveduto ad organizzare attività formative, corsi, seminari, convegni per personale sanitario, mediatori culturali, operatori dei consultori familiari, medici di medicina generale, scuole.

Nell'ambito della prevenzione e del contrasto alla violenza di genere, si segnala che il 7 maggio 2014 è stata sancita l'intesa in Conferenza Unificata sul «Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere» previsto dal decreto legge n. 93 del 2013, convertito dalla legge n. 119 del 2013, in cui il Ministero della salute, coordinando l'apposito sottogruppo tematico «Formazione» della *task force* interministeriale, appositamente costituita presso il citato Dipartimento delle pari opportunità, ha previsto tra i contenuti delle iniziative formative la sensibilizzazione sul tema delle mutilazioni genitali femminili per accrescere la capacità di interagire con le donne che hanno subito tale pratica e prevenirne l'adozione nei confronti delle figlie minori.

Da ultimo, per quanto riguarda l'entità dei ricoveri effettuati nel nostro Paese per la deinfibulazione o per cure e ricostruzioni in esito a mutilazioni genitali femminili, lascio a disposizione un'ulteriore tabella, con i dati ricavati dalle schede di dimissioni ospedaliere.

MATTESINI (PD). Ringrazio il Sottosegretario per averci fornito un quadro conoscitivo su un tema particolarmente complesso e che preoccupa, perché effettivamente l'Italia in Europa è la nazione con la più alta presenza di donne provenienti dalle nazioni in cui si praticano le varie forme di mutilazione genitale femminile. Sottolineo peraltro, prima di tutto a noi stessi, che forse una riduzione così significativa degli investimenti a fronte di un aumento di donne mutilate legato agli sbarchi richiamerà probabilmente la nostra attenzione nel momento in cui dovremo reintervenire anche in termini di legge di stabilità.

C'è un aspetto che non è stato affrontato nella risposta e rispetto al quale chiederò nuovamente informazioni: per poter intervenire in modo preventivo e dal punto di vista educativo, come prevede la legge, ciò che serve è una formazione e un aggiornamento permanente di tutta la filiera, dai pediatri fino al medico chirurgo dell'ospedale. Ebbene, mi sembra di aver capito che non c'è un quadro di azione. Vorrei capire come

sono stati investiti i 14 milioni di euro e se effettivamente ci sia stata una formazione del personale, che è assolutamente necessaria se davvero vogliamo evitare che si continuino a praticare queste mutilazioni anche in Italia. Si tratta, infatti, di fenomeni che, poiché appartengono ai riti e alle scelte interne alle famiglie, non vengono facilmente in luce, ma associazioni di donne impegnate su questo tema mi riferiscono che in Italia con 300 euro si fa un intervento, un po' come avveniva un tempo con l'aborto clandestino. Occorrerebbe non dico indagare, ma sollecitare la necessità di una formazione continua e assicurarsi che si possa proseguire su questo piano.

Vi è poi il tema del sostegno alle associazioni di volontariato che si occupano su questo fronte di integrazione e di donne.

Ringraziando quindi il rappresentante del Governo per il lavoro fin qui svolto, mi attiverò ancora per capire in quali Regioni e come sia fatta la formazione e se si continui a fare, perché questo è, deve essere, un lavoro permanente.

In conclusione mi dichiaro soddisfatta, pur con qualche dubbio.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02590, presentata dal senatore Maurizio Romani e da altri senatori.

DE FILIPPO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Il problema sollevato dagli interroganti è noto da tempo al Ministero della salute e si ripropone ciclicamente, in particolare in corrispondenza dei periodi di vacanza, quando i pazienti si spostano da una Regione all'altra.

Al momento attuale, sono disponibili vari tipi di dispositivi medici trasportabili, utilizzabili come moduli portatili di ossigenoterapia (cosiddetti *stroller*).

Tuttavia, manca una uniformità degli «attacchi» utilizzati per collegare detti *stroller*, a fini di ricarica, alle bombole-unità base di ossigeno medicinale, e da ciò deriva il problema, che incontrano alcuni pazienti, i quali, spostandosi in un'altra Regione, trovano difficoltà per la ricarica dei loro *stroller*.

Tale problema è di difficile soluzione, in quanto riguarda le caratteristiche costruttive di prodotti che hanno libera circolazione nell'Unione europea, poiché non è possibile imporre a tutti i fabbricanti, italiani e stranieri, la progettazione di raccordi compatibili con tutte le tipologie di bombole di ossigeno portatili.

Il Ministero della salute ha già coinvolto in passato le associazioni di categoria per affrontare la questione, ed intende continuare ad intraprendere idonee iniziative, in particolare per l'emanazione di norme tecniche che regolino gli attacchi per la ricarica dei moduli di respirazione portatili.

Indipendentemente dalle citate iniziative, una possibile soluzione potrà anche essere ricercata in un'organizzazione a livello interregionale che consenta al paziente, che si sposta da una Regione all'altra, di consegnare il proprio *stroller*, avendone in cambio uno pieno, ovvero uno con attacco compatibile con l'unità di base disponibile nella Regione.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Mi considero parzialmente soddisfatto della risposta del Sottosegretario. Se sarà portato avanti l'impegno che il Governo si assume, sicuramente vi sarà una parziale soluzione del problema; altrimenti, rischiamo di avere tanti soggetti che non escono di casa perché hanno paura di finire la riserva di ossigeno che hanno nello *stroller* (che ha un'ora e mezza o due di autonomia).

Si potrebbe pensare anche – lo do come consiglio – laddove possibile, a raccordi universali o di diverso tipo compatibili con le diverse tipologie di bombole di ossigeno portatili. Se mi trovo di fronte al mio *stroller* che non si può attaccare alla base dell'ospedale, è necessario trovare un raccordo che mi aiuti. Si potrebbe anche pensare alla possibilità di dotare gli ospedali di *stroller* raccordabili da fornire al paziente: questa potrebbe essere una soluzione valida. Siccome anche a livello della stessa Regione ci sono ospedali che utilizzano un attacco e ospedali che ne utilizzano un altro, tale fattispecie mette in seria difficoltà questi soggetti. Trovare un raccordo comune per tutti sarebbe la soluzione ideale.

Comunque mi raccomando di proseguire in questo impegno perché sono tanti i malati che hanno bisogno di questo ausilio.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 9.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

CATALFO, TAVERNA, BERTOROTTA, PAGLINI, PUGLIA, BLUNDO. – *Ai Ministri della salute e dell'interno.* – Premesso che:

si apprende da notizie di stampa pubblicate su «Sud Giornalismo d'inchiesta» del 4 luglio 2015 che lo stesso giorno sono state trasferite all'ospedale «Vittorio Emanuele» di Catania 13 salme recuperate al largo della Libia, dove il 18 aprile si verificò un'immane tragedia, con il decesso di 700 immigrati;

nella stessa mattina del 4 luglio sono state compiute operazioni da parte del servizio disinfezione del Comune della zona adiacente al reparto di Ginecologia dell'ospedale;

il servizio disinfezione si occupa di impedire ogni possibile infezione che può scaturire dalla presenza delle salme; le operazioni di disinfezione prevedono l'uso di sostanze chimiche disinfettanti molto fastidiose da respirare, e nel caso specifico sono state effettuate non interrompendo la funzionalità dei reparti di Ginecologia e di Radiologia, permettendo l'accesso ai pazienti e ai lavoratori;

le operazioni si sono svolte anche al cospetto degli assessori comunali D'Agata e Scialfa i quali hanno mostrato segni di nervosismo per la presenza della stampa e per le domande loro rivolte sulla procedura di profilassi effettuata per il trasferimento delle salme;

i rappresentanti istituzionali del Comune di Catania hanno affermato che quanto eseguito per la disinfezione è una procedura normale, mentre operatori sanitari e medici sostengono che quel tipo di bonifica non ha precedenti;

gli accertamenti medico-legali sono stati condotti, alla presenza della Polizia scientifica e mobile, da esperti dell'università di Catania e degli atenei di Palermo e Messina;

il professor Antonio Gulisano, direttore della Diagnosi prenatale dell'ospedale Vittorio Emanuele, ha denunciato che le operazioni di trasferimento delle salme in ambienti non refrigerati e la conseguente perdita di liquami hanno determinato complicazioni all'interno del reparto, compreso il ricovero di alcuni dipendenti per l'insorgere di sintomi da tossicosi;

i corpi sono stati trasportati all'ospedale Vittorio Emanuele dentro normali sacche e depositati in ambienti non adatti a contenerli, vecchie sale parto del reparto di Ginecologia, e nello stesso padiglione ogni giorno si assistono donne incinte;

in particolare in un'intervista, rilasciata allo stesso quotidiano il 5 luglio, il professor Antonio Gulisano ha sollevato forti dubbi sull'operazione di trasferimento delle salme in putrefazione al Vittorio Emanuele;

egli ha affermato che la scelta del luogo sarebbe stata individuata dalla Prefettura di Catania;

i vertici del Comune, dal sindaco Bianco all'assessore D'Agata, interpellati dalla stampa, hanno dichiarato che le operazioni collegate al trasferimento delle salme all'ospedale hanno coinvolto varie istituzioni, dalla Prefettura alla Procura;

l'art. 13 del decreto del Presidente della Repubblica n. 285 del 1990, recante «Approvazione del regolamento di polizia mortuaria», prevede che «I comuni devono disporre di un obitorio per l'assolvimento delle seguenti funzioni obitoriali: mantenimento in osservazione e riscontro diagnostico dei cadaveri di persone decedute senza assistenza medica; deposito per un periodo indefinito dei cadaveri a disposizione dell'autorità giudiziaria per autopsie giudiziarie e per accertamenti medico-legali, riconoscimento e trattamento igienico-conservativo»;

l'art. 15 prevede, al comma 2, che nel territorio di ciascuna unità sanitaria locale le celle frigorifere devono essere non meno di una ogni 20.000 abitanti;

l'art. 45, comma 1, sancisce che le autopsie, anche se ordinate dall'autorità giudiziaria, devono essere eseguite dai medici legalmente abilitati all'esercizio professionale;

nell'audizione del 7 luglio 2015 presso la Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, il procuratore della Repubblica presso il tribunale di Catania, dottor Giovanni Salvi, sostiene a proposito dei migranti: «Vi anticipo un'altra notizia, che non è ancora nota, ma non è più segreta, ovvero che abbiamo chiesto il giudizio immediato per il capitano e per il suo assistente per l'affondamento dell'imbarcazione che il 18 aprile ha provocato centinaia di morti, probabilmente più di 800. Non sapremo mai i dati esatti. Il recupero che si sta facendo ne indica già alcune centinaia. Ve ne sono circa 70 fuori, 90 li avevamo identificati nella prima ispezione; poi ci sono quelli all'interno della nave e tutti quelli che sono andati dispersi»,

si chiede di sapere:

se i Ministri in indirizzo siano a conoscenza dei fatti esposti;

se non valutino, tenendo conto delle specifiche competenze, che quanto accaduto al Vittorio Emanuele di Catania, in particolare in relazione all'utilizzo di normali sacche per le salme non adatte a trattenere i liquami, al personale sanitario dell'ospedale sottoposto a cure per tossicosi e al trasferimento delle salme nel reparto di Ginecologia nel quale ogni giorno vengono assistite donne incinte, sia il risultato di scelte discutibili e rischiose per la salute dei cittadini e del personale sanitario e medico;

se le dichiarazioni del Procuratore della Repubblica di Catania siano in qualche modo correlabili all'episodio e, in caso affermativo, se siano ipotizzabili nuovi trasferimenti di cadaveri di migranti al fine di essere sottoposti a processi di identificazione e accertamento delle cause della morte sotto tutela dell'autorità giudiziaria;

se siano a conoscenza del luogo dove sono state allocate attualmente le altre salme dei migranti periti in mare il 18 aprile 2015;

se, nel caso in cui sia prevista una prosecuzione dell'azione di identificazione e accertamento della morte con le modalità già perseguite e delineate, non valutino di convocare un tavolo congiunto tra il Comune di Catania, la Regione Siciliana, la Prefettura e l'azienda sanitaria provinciale per pianificare le azioni necessarie, tutelando la salute dei cittadini e del personale medico-sanitario;

se intendano considerare, nei limiti delle proprie attribuzioni, la possibilità di usare gli spazi dell'istituto di medicina legale dell'università di Catania, dotato di locali appositi per i processi di identificazione dei cadaveri e di riconoscimento delle cause della morte, anziché locali inadatti e non preposti a questo scopo come accaduto;

quali iniziative di competenza intendano intraprendere per evitare che episodi come quelli accaduti presso l'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania possano ripetersi.

(3-02096)

MATTESINI, FEDELI, MATURANI, LO GIUDICE, PUPPATO, DI GIORGI, FAVERO, PIGNEDOLI, DIRINDIN, CANTINI, SPILABOTTE, AMATI, ASTORRE, VALDINOSI, ALBANO, LAI, CHITI, DALLA ZUANNA, D'ADDA, GINETTI, CIRINNÀ, CASSON, FASIOLO, FILIPPI, PUGLISI, FERRARA Elena, ORRÙ, PEZZOPANE, LUCHERINI, MARAN, CARDINALI, FORNARO, SCALIA, FABBRI, SILVESTRO. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

le mutilazioni genitali femminili (MGF) costituiscono una delle forme più crudeli e lesive di violenza continua sulle donne, in primo luogo sulle bambine, con gravissimi, perenni risvolti fisici e psicologici su di loro;

a seguito del fenomeno migratorio degli ultimi anni tale aberrante pratica si è diffusa anche nei Paesi europei;

considerato che:

il 20 dicembre 2012 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato una risoluzione per un bando universale di questa vergognosa e terribile pratica;

nel 2006 è stata approvata la legge n.7, «Disposizioni concernenti la prevenzione ed il divieto delle pratiche di mutilazione genitale», in attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione e di quanto sancito dalla dichiarazione e dal programma di azione adottati a Pechino il 15 settembre 1995, ma ancora oggi l'infibulazione e le altre pratiche scissorie continuano ad essere attuate all'interno di alcune comunità straniere, principalmente di origine africana e di cultura islamica, anche nel nostro Paese, che detiene, infatti, il più alto numero di donne infibulate rispetto al resto d'Europa;

dai dati forniti da Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri emerge che sono circa 35.000 le donne immigrate soggiornanti in Italia che hanno subito o potrebbero aver subito

mutilazioni genitali, prima di giungere in Italia o durante il soggiorno nel nostro Paese, oppure al rientro nei Paesi di origine;

considerato, inoltre, che:

valutando in un numero di circa 4.600 le bambine e le giovani di meno di 17 anni provenienti da Paesi di tradizione escissoria, le vittime potenziali di questa pratica oggi sono circa il 22 per cento, il che significa che ogni anno potrebbero essere circa 1.000 le bambine e le giovani vittime di MGF;

la legge n. 7 del 2006, all'art. 4, rubricato «Formazione del personale sanitario», stabilisce che «Il Ministro della salute, sentiti i Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per le pari opportunità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana, entro 3 mesi (...) linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali (...), per realizzare un'attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche»;

per l'attivazione di tali iniziative è stata autorizzata la spesa di 2,5 milioni di euro annui;

con decreto n. 78 del Ministero della salute del 17 dicembre 2007 sono state approvate le «Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazioni genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche»;

in particolare, al punto 4.1 delle linee guida si stabilisce che: «La formazione del personale che opera in ambito sanitario è una delle azioni prioritarie per la tutela della salute delle donne e delle bambine immigrate, in materia di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle stesse già sottoposte a tali pratiche. Tale personale è rappresentato dal personale medico (pediatra, ostetrico-ginecologo, neonatologo, chirurgo, eccetera) e da ogni altro operatore sanitario che comunque si relazioni con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche (ostetriche, infermiere, psicologi)»;

la formazione degli operatori sanitari è fondamentale per facilitare la comunicazione, soprattutto in riferimento all'approccio da tenere con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche, al fine di far fronte ai loro bisogni sanitari e psicosociali e per formarle ad una fisicità in linea con la tutela della salute;

il punto 4.3 (Raccomandazioni per le figure professionali sanitarie) stabilisce che: «In materia di approccio e trattamento delle MGF, appaiono quanto mai necessarie Linee Guida tecniche per il management clinico, codici di comportamento sulla qualità dell'assistenza, servizi sanitari specializzati per la cura e la consulenza medica e psicologica. Gli operatori sanitari del Servizio sanitario nazionale dovrebbero avere una conoscenza di base di che cosa sono le MGF, gli aspetti sanitari, antropologici e sociologici ad esse connessi. I medici di base ed i pediatri di libera scelta dovrebbero essere in grado di cogliere i risvolti sanitari delle

MGF e di individuare il rischio che eventualmente potrebbe correre un bambina che vive in comunità con tradizioni escissorie»;

le donne con MGF che si rivolgono al SSN possono richiedere assistenza alla gravidanza, al parto ed al periodo post partum o per complicanze sanitarie di tipo urologico e/o ginecologico. Oltre al medico di base, le figure specialistiche interessate sono i ginecologi, i neonatologi, i pediatri, gli urologi e le ostetriche,

si chiede di sapere:

a quanto ammontino le risorse che il Ministero della salute ha impegnato dal 2007 ad oggi per la formazione degli operatori sanitari che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazioni genitale femminile;

quali siano le Regioni che hanno promosso tale formazione e quanti siano gli operatori coinvolti;

se tale formazione sia stata inserita nei percorsi formativi di carattere universitario e non per le figure sanitarie interessate;

quante siano ad oggi le donne presenti nel nostro Paese che sono ricorse alla deinfibulazione;

quante siano le bambine che sono state accolte dal SSN a causa delle conseguenze fisiche e psicologiche delle MGF.

(3-01729)

ROMANI Maurizio, BENCINI, VACCIANO, MOLINARI, DE PIETRO, MUSSINI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'ossigeno è il più importante elemento richiesto dal corpo umano per vivere, è fondamentale per la sopravvivenza delle cellule e dei tessuti e quindi per il mantenimento delle funzioni vitali. Il suo ruolo nella medicina moderna ne ha comprovato l'uso come farmaco;

con il termine ossigenoterapia si intende la somministrazione di ossigeno a concentrazioni più alte di quelle presenti nell'ambiente atmosferico come parte integrante di un trattamento medico, attraverso vari presidi, al fine di migliorare o correggere l'ipossia e migliorare l'ossigenazione dei tessuti;

la scelta dei presidi dipende dalla concentrazione di ossigeno necessaria e dalle condizioni cliniche del paziente. I sistemi erogatori di ossigeno comprendono: fonte di ossigeno, flussometro che permette di erogare l'ossigeno, tubo di collegamento, presidio di somministrazione e umidificatore;

in ambito ospedaliero l'ossigeno viene conservato in grandi serbatoi controllati da un servizio tecnico e distribuito nella degenza attraverso una rete di tubature intramurarie che terminano in prese a muro o in bombole per il trasporto;

le apparecchiature e gli accessori per l'ossigenoterapia non sono di esclusivo appannaggio dell'ambito ospedaliero ma costituiscono anche parte integrante dell'assistenza domiciliare. Le bombole di ossigeno medicinale gassoso sono in acciaio e complete di una valvola riduttrice residuale e una gabbia di protezione;

i pazienti che utilizzano le apparecchiature per l'ossigenoterapia domiciliare affrontano disagi tangibili, in particolar modo connessi alle esigenze di spostamento. Il tema della mobilità dei pazienti in ossigenoterapia a lungo termine assume un'importanza cruciale almeno per due ragioni: la prima si riferisce alla continuità terapeutica, che deve essere garantita a pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, la seconda è relativa al diritto di ricevere le cure prescritte in qualsiasi località, nazionale o europea, nella quale un paziente si trovi a soggiornare;

ogni azienda sanitaria locale effettua un bando di gara per la distribuzione di ossigeno. La società vincitrice fornisce dunque il suo modello di bombola che potrà essere adattato solo ad un determinato tipo di stroller, la cosiddetta bombola portatile. Questo impedisce al paziente di rifornire il proprio stroller non solo se ci si sposta da una regione ad un'altra, ma anche tra diverse città della stessa regione o nei diversi ospedali della medesima città;

è parere degli interroganti che la mancanza di un erogatore unico, o di un adattatore universale che possa mettere in connessione gli stroller con i diversi erogatori di ossigeno, rappresenti una grave discriminazione per le esigenze di mobilità dei pazienti in ossigenoterapia e un costo notevole per il servizio sanitario locale, dal momento che l'azienda sanitaria locale di appartenenza è tenuta a trovare una società distributrice nel luogo dove si trova il paziente o, in mancanza di questa, ad inviare a proprie spese quanto necessario,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non consideri urgente attivarsi al fine di stabilire, nella sede e con gli strumenti che riterrà più opportuni, criteri omogenei per la produzione e la commercializzazione delle apparecchiature necessarie all'ossigenoterapia, che assicurino la presenza di un erogatore unico o di un adattatore universale per la ricarica degli stroller, al fine di garantire la parità di accesso alle cure da parte dei pazienti su tutto il territorio nazionale.

(3-02590; già 4-05136)

