

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco
Commissioni riunite Affari Sociali e Giustizia della Camera
20 febbraio 2008

E' con molto disagio che mi accingo a svolgere questa relazione al Parlamento.

Devo riferire se in una determinata circostanza vi è stata una corretta applicazione di una legge dello Stato.

Ma questa circostanza coinvolge la sfera più intima di una persona. Una persona nella sua unica e indistinta dignità.

Una persona sempre, dovunque e comunque merita rispetto. Una donna che affronta, di fronte al tribunale della sua coscienza, la scelta di abortire merita rispetto.

Questa scelta è la constatazione di una impossibilità, è l'esperienza di una costrizione, è il dolore di una rinuncia. Nessuno più di colei che la vive conosce la potenzialità di vita contenuta in quella rinuncia, in quella impossibilità, in quella costrizione.

Dramma e scacco: così le donne hanno sempre parlato e parlano di aborto. Mai di diritto. Non si può chiamare diritto ciò che è impossibilità, rinuncia, costrizione.

Per questo S.S. merita rispetto. E silenzio. Per questo ho sentito il dovere, prima di parlare di lei in questa sede, di chiamarla ed ascoltarla. E di dirle che avrei parlato di lei. E di dire a voi, in questa sede, il suo turbamento, la sua angoscia, la sua solitudine, il suo bisogno di silenzio.

Ora racconto i fatti che sono stati accertati.

Il 18 febbraio scorso si è svolta un'ispezione, da me istruita presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, al fine di acquisire elementi informativi circostanziati relativamente all'episodio recente di intervento di agenti della Polizia di Stato presso la struttura medesima in occasione di un caso di aborto terapeutico.

Gli ispettori del Ministero della Salute hanno incontrato, tra gli altri, il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, il Direttore dell'Istituto di Medicina Legale, il responsabile del servizio interruzioni volontarie di gravidanza, ed hanno acquisito oltre alla cartella clinica, il verbale redatto dalla Commissione di inchiesta istituita dall'Azienda.

E' stato quindi effettuato un sopralluogo sia del reparto di degenza dell'ostetricia che del servizio interruzione volontaria di gravidanza.

A seguito dell'incontro e dell'esame della documentazione messa a disposizione si sono potuti evidenziare i seguenti elementi:

La signora S.S. si ricovera presso la struttura il giorno 8 febbraio 2008 al fine di effettuare una interruzione volontaria di gravidanza nel secondo trimestre di gestazione.

Precedentemente, il 18 gennaio, risulta che la signora abbia effettuato una amniocentesi, presso l'Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati di Avellino dalla quale si evidenzia che il prodotto del concepimento è affetto da Sindrome di Klinefelter (47XXY) come certificato dal laboratorio di citogenetica della stessa struttura, in data 31.1.2008.

A seguito della risposta dell'amniocentesi, in data 4 febbraio, la paziente si reca presso il Servizio Interruzione Volontaria di Gravidanza del Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia per prenotare l'IVG (Registro prenotazioni IVG II trimestre n. 23/08); nella stessa data si sottopone al colloquio preliminare con l'assistente sociale e il medico responsabile del servizio IVG.

Il 5 febbraio la paziente effettua consulenza genetica presso la Struttura Complessa di Genetica Medica dell'Ospedale Cardarelli dalla quale risulta specificato che la Sindrome di Klinefelter *“comporta, invariabilmente una grave compromissione della funzione testicolare, sia ormonale che spermatogenetica. In genere non è presente ritardo psicomotorio, ma in alcuni casi, il quoziente intellettivo può esser al limite inferiore di normalità e possono essere presenti disturbi comportamentali”*. Nella stessa data la paziente si sottopone alle indagini propedeutiche all'IVG presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

Il 7 febbraio la paziente effettua: ecografia di controllo per la datazione dell'epoca di gestazione (*“Feto singolo, vivo e vitale. BPD 41 mm, CA 152 mm, FL 33, Placenta normoinserita, Liquido amniotico nella norma”*), consulenza psichiatrica che certifica (*“che il prosieguo della gravidanza determina un grave rischio per la salute mentale della donna, pertanto persistono le condizioni previste dall'art. 6 della legge 194/78 dopo i 90 giorni di gravidanza”*), consulenza anestesiologicala.

Nella stessa data il servizio interruzione volontaria di gravidanza, rilascia certificazione attestante la richiesta di IVG alla 21^a settimana (la paziente riferiva ultima mestruazione in data 20.09.2007) e la sussistenza delle circostanze previste dall'art.6 della legge n. 194/78.

Come già ricordato, la signora viene ricoverata il giorno 8 febbraio presso il Dipartimento Clinico di Ginecologia, Ostetricia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana.

In cartella risulta, sottoscritto, il consenso informato sulle modalità di effettuazione e sui rischi dell'IVG del II trimestre.

Nella stessa giornata viene iniziato, presso il servizio IVG, il trattamento con prostaglandine (Cervadil) per via vaginale, al fine di indurre il parto abortivo. L'induzione farmacologica proseguita fino alle 20.30 (5 somministrazioni), non da esito positivo (dalle visite mediche effettuate non si è riscontrata progressione del travaglio) e viene pertanto interrotta. Su richiesta della paziente e, in considerazione del miglioramento della sintomatologia dolorosa, la stessa viene portata nel reparto di degenza ordinaria di ostetricia.

A questo punto, come tra l'altro previsto dai protocolli internazionali, viene interrotta l'induzione farmacologica abortiva e la paziente viene tenuta in osservazione.

Il giorno 11 febbraio viene ripreso il trattamento farmacologico.

Alle ore 12.00 un controllo ecografico accerta l'"attività cardiaca fetale assente" e quindi la morte fetale.

Alle ore 13.40 la signora giunge in sala parto inviata dal servizio IVG dove, per la comparsa di vivo dolore rifiuta il proseguo della terapia induttiva.

Alle ore 15.15 visto il miglioramento della sintomatologia dolorosa la paziente chiede di rientrare in reparto dove, alle 16.15, visitata, presenta "*collo retroposto, conservato, pervio alla punta del dito*".

Alle ore 17.45, ad una visita medica, risulta una situazione di travaglio in corso ("*collo quasi centralizzato, rammollato, 3 cm di dilatazione, borsa tesa, assenza di perdite ematiche dai genitali*"). Il medico che ha effettuato la visita dichiara di aver allertato la sala operatoria e richiesto il personale socio sanitario per il trasporto della paziente al quale la affida essendo chiamata da una altra paziente del reparto.

Dalle dichiarazioni raccolte risulta che la signora chiede di poter andare in bagno (presente nella sua stanza) dove, alle ore 17.50 espelle spontaneamente il feto morto (del peso di 460 grammi).

L'infermiera del reparto presta le cure del caso (clampaggio del cordone ombelicale) e chiama la sala operatoria per comunicare quanto accaduto.

La signora viene quindi portata in sala operatoria.

Attesi 40 minuti per il secondamento fisiologico, si procede previa anestesia generale, alla estrazione della placenta e a successiva revisione cavitaria strumentatale.

Alle 19.10 la paziente viene trasferita presso il reparto di degenza dove era già ad attenderla un agente di sesso femminile in abiti borghesi che si qualificava come Ispettore di Polizia.

Il decorso IVG è stato normale con dimissione in data 12 febbraio 2008.

In conclusione dall'ispezione effettuata dal Ministero della Salute risultano

confermati:

- la presenza della Sindrome di Klinefelter diagnosticata a seguito di amniocentesi,
- l'aver effettuato il colloquio con l'assistente sociale ed il ginecologo (4 febbraio), la consulenza genetica (5 febbraio), esame ecografico per la datazione della gravidanza e consulenza psichiatrica (7 febbraio);
- la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza accertata dai sanitari alla 21^a settimana di gestazione;
- il grave rischio per la salute mentale della donna e la sussistenza delle condizioni previste dalla legge n. 194 dopo i 90 giorni di gravidanza.

Pertanto, dai colloqui intercorsi con gli operatori sanitari ed i responsabili delle strutture coinvolte nonché dall'esame della documentazione prodotta, si ravvisa che la procedura seguita dai sanitari delle strutture in cui è avvenuta l'interruzione volontaria di gravidanza ed i comportamenti degli stessi sono conformi alla specifica normativa di riferimento.

Quanto emerso dall'ispezione conferma quanto già evidenziatosi all'indomani dell'accaduto a seguito delle prime notizie giornalistiche che mi portarono ad esprimere il mio profondo turbamento per un episodio che penso debba farci riflettere tutti. Perché rispecchia il clima di tensione inaccettabile che si è venuto a creare attorno ad una delle scelte più drammatiche per una donna come quella di rinunciare ad una maternità.

Penso che sia giunto veramente il momento di riacquisire serenità e capacità di dialogo per una piena e migliore applicazione della legge 194. Una legge che non esito ancora una volta a definire saggia e lungimirante, perché di fronte alla scelta di maternità ha saputo coniugare l'esercizio della responsabilità della donna con l'esercizio della responsabilità del medico.

Una legge che vogliamo e possiamo applicare meglio nell'ambito del miglioramento dei servizi preposti alla tutela della salute della donna e del bambino. A tal fine il Governo è intervenuto sin dall'inizio della legislatura **attraverso diverse misure di carattere legislativo, di indirizzo programmatico, di approfondimento scientifico e per lo stanziamento di risorse finanziarie**, che sono scritte negli atti parlamentari e di governo e che rammento in allegato nel testo scritto di questa relazione.

Serenità e dialogo. Per costruire una sfida più impegnativa che va oltre una legge: una società accogliente nei confronti della maternità e della paternità.

Una società accogliente nei confronti della vita umana.

A conclusione di questa audizione voglio soffermarmi brevemente su quanto accaduto ieri all'ospedale Careggi di Firenze. L'episodio della giovane ragazza cinese, giunta in ospedale a seguito di un presunto aborto clandestino, ci conferma la necessità di incrementare tutti gli interventi di sensibilizzazione e di accoglienza delle donne immigrate.

I nostri servizi devono essere in grado di "aprirsi" al territorio con azioni innovative di coinvolgimento delle comunità. E' un impegno che dobbiamo assumerci con piena responsabilità di fronte ad una società che cambia e che deve sapersi confrontare con bisogni di salute che provengono da persone con culture, storie, drammi e conoscenze diversi dalle nostre, verso le quali è nostro dovere non "chiudere ma aprire" le porte della tutela e dell'assistenza sanitaria e sociale.

In questa direzione sta già operando il nuovo "Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà", i cui compiti e ambiti di intervento sono stati illustrati al presidente della Repubblica Napolitano lo scorso 9 gennaio.

Un Istituto che opera attraverso le sedi di Roma, Agrigento e Cerignola in provincia di Foggia, coniugando e sviluppando le esperienze del prestigioso ospedale San Gallicano di Roma sul piano dell'assistenza, della formazione e della ricerca.

E tra le priorità individuate, al momento di tracciare il programma di attività dell'Istituto, abbiamo convenuto di concentrare l'impegno proprio sulla salute delle donne immigrate. In piena sinergia con le azioni promosse dal Ministero della Salute e dalle Regioni per il rilancio dei consultori, per la diffusione delle linee guida per il contrasto delle mutilazioni genitali femminili, la promozione della salute riproduttiva, il contrasto e la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza e la formazione dei nostri operatori per affrontare al meglio la sfida della multiculturalità e della medicina transculturale.

Allegato.

Sintesi dei principali provvedimenti e delle iniziative assunte dal Governo per la tutela della salute della donna e del bambino.

- **Il ddl per la promozione e tutela della salute e dei diritti delle partorienti e dei nati**, che ho presentato come primo atto del mio mandato di Ministro della Salute per sottolineare la priorità strategica della promozione della salute materno infantile. Il ddl è volto a promuovere la naturalità del parto contro un eccesso di medicalizzazione della nascita e alla riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali.
- **Un costante e rilevante impegno finanziario sia nel 2006 che nel 2007** per potenziare e migliorare i servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico, con particolare attenzione ai tumori femminili e ai servizi nelle regioni meridionali e insulari; per le cure palliative pediatriche; per l'assistenza odontoiatrica pediatrica; per Progetti attuativi del PSN per la salute della donna e delle gestanti, delle partorienti e dei neonati; per le malattie rare; per gli screening oncologici e per il potenziamento dei consultori in collaborazione con il Ministero della Famiglia; per il potenziamento delle terapie intensive neonatali;
- **“Piano d’Azioni sulla salute materno-infantile”**, presentato a Napoli l’8 marzo 2007, parte dalla consapevolezza che il diritto alla salute delle donne diventa il diritto forte che promuove e tutela tutti gli altri diritti sociali, civili e politici. In questo quadro abbiamo sottolineato delle azioni intersettoriali per la salute delle donne con la previsione di un Piano nazionale interministeriale: l’apertura, l’avvio di una sorta di “umanizzazione in rosa” di tutti i reparti di oncologia dei tumori femminili, prevedendo l’integrazione dei servizi con sopporti psicologici ma anche di chirurgia e medicina estetica.
- **Ampliamento dei Livelli essenziali di assistenza** prevedendo nuovi screening neonatali per la sordità e la cataratta congenite, per l’anestesia epidurale durante il parto e per la riduzione del taglio cesareo.
- **Abbiamo avviato un piano di vaccinazione gratuita contro l’HPV** per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, rivolto alle ragazze tra gli 11 e 12 anni di età.
- Emanate per la prima volta **le Linee nazionali di indirizzo per la promozione dell’allattamento esclusivo al seno**;

- Emanate le Linee guida per la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile;
- **Avviati alcuni importanti progetti per lo sviluppo dei servizi e per la promozione di azioni di prevenzione su varie tematiche:**
 - Progetto per l'apertura di uno sportello all'interno dei Pronto soccorso ospedalieri per rispondere alle donne vittime della violenza di strada o domestica (progetto Ministero Salute presentato alla Conferenza Stato Regioni);
 - Progetto per la salute delle donne immigrate finalizzato all'informazione e alla promozione di consapevolezza sulla maternità, la salute sessuale e riproduttiva e per la prevenzione degli aborti (progetto Ministero della Salute e Istituto nazionale per la malattie della povertà e la salute dei migranti);
 - Progetto per l'assunzione ottimale di acido folico in gravidanza e nel periodo periconcezionale per proteggere il bambino da patologie quali Spina bifida, anencefalia, labiopalatoschisi, malformazioni congenite del cuore, dell'apparato urinario, scheletrico ecc. (progetto Ministero della Salute/CCM/ISS);
 - Progetto per la promozione e la valutazione di qualità di modelli operativi del percorso nascita, a partire dai consultori (progetto Ministero della Salute/CCM/ISS);
 - Progetto per la sorveglianza sugli stili di vita e i comportamenti salutari dell'età evolutiva (progetto Ministero della Salute/CCM/ISS);
 - Progetto per la prevenzione dell'endometriosi (progetto Ministero della salute);
- la **Campagna Nazionale di comunicazione, "Genitori +"** sulle sette azioni raccomandate per la prevenzione attiva e la promozione della salute nei primi anni di vita del bambino. Si tratta della veicolazione di un programma di prevenzione attiva e promozione della salute nei primi anni di vita basato su 7 azioni di comprovata efficacia scientifica volte ad incidere sulle cause principali di mortalità e morbosità nel primo

anno di vita quali malformazioni congenite, prematurità, sindrome della morte in culla (SIDS), incidenti e patologie infettive.

- **il Piano delle cure palliative pediatriche**, in accordo con la Conferenza Stato Regioni , in cui è posta particolare attenzione al superamento delle disomogeneità territoriali della rete di assistenza esistente, a garantire team multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti in età pediatrica, a privilegiare il domicilio come luogo per l'erogazione dell'assistenza.
- **il Piano di Prevenzione di odontoiatria infantile.**
- Abbiamo avviato, insieme al Ministero degli Esteri, **la Conferenza per il Partenariato con i Paesi del Mediterraneo e del Medio Oriente** per la promozione globale della salute e in particolare di quella delle donne;
- Insieme al Ministero della Ricerca e dell'Università, sono stati poi avviati **i corsi di formazione di Medicina di genere**, a partire dalla Facoltà di Medicina dell'Università Tor Vergata di Roma che ha istituito per l'anno prossimo uno specifico Master;
- Richiesta di autorevoli **pareri al Consiglio superiore di sanità su alcune delicate problematiche connesse all'applicazione della 194** con particolare riferimento alla definizione di possibilità di vita autonoma del feto e per **l'individuazione di protocolli per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse** (in proposito è stato anche elaborato, a cura di un apposito gruppo di lavoro da me istituito e di cui hanno fatto parte tutte le società scientifiche del settore, **un documento di indirizzo, ora all'esame del Ciss, che ha individuato ambiti temporali e indirizzi appropriati di intervento nelle diverse età gestazionali dalla 22ma alla 25ma settimana di gravidanza**);
- Messo a punto una serie di indicazioni, che dovranno essere oggetto di intesa Stato Regioni, **per una migliore applicazione della legge 194**, per una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza-qualità nel percorso della diagnosi prenatale. Questo piano prevede in particolare sei obiettivi:
 - La prevenzione dell'IVG attraverso il potenziamento dei consultori ed altre misure finalizzate alla promozione della contraccezione, alla formazione degli operatori con particolare riferimento alle donne immigrate;

- La riduzione della morbilità da IVG e il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi con la riduzione dei tempi di attesa e l'adozione di tecniche più appropriate di intervento e anestesia;
- L'aggiornamento delle procedure e del personale preposto;
- La rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all'IVG, sostenendo le maternità difficili;
- L'appropriatezza e la qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni;
- La promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato.