

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO
INDAGINE CONOSCITIVA**

1.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 DICEMBRE 2005

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Bindi Rosy (MARGH-U)	11, 13, 14, 16, 17
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3	Bolognesi Marida (DS-U)	11, 16, 17
Cossutta Maura (Misto-Com.it)	3	Conti Giulio (AN)	14, 15, 16
INDAGINE CONOSCITIVA SULL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE N. 194 DEL 1978, RECANTE «NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA», IN PARTICOLARE PER QUANTO RIGUARDA LE FUNZIONI ATTRIBUITE DALLA LEGGE AI CONSULTORI FAMILIARI		Cossutta Maura (Misto-Com.it)	5, 6, 11, 13
Audizione del ministro della salute, onorevole Francesco Storace:		Ercole Cesare (LNFP)	11
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3, 11, 13 16, 17, 18	Labate Grazia (DS-U)	10, 11
		Massidda Piergiorgio (FI)	7, 17
		Storace Francesco, <i>Ministro della salute</i> ..	3, 5, 6 7, 10, 11, 13, 14, 16, 17
		Valpiana Tiziana (RC)	16, 17
		Zanella Luana (Misto-VU)	11
		ALLEGATO: Documento consegnato dal ministro della salute	21

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Forza Italia: FI; Democratici di Sinistra-L'Ulivo: DS-U; Alleanza Nazionale: AN; Margherita, DL-L'Ulivo: MARGH-U; Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro: UDC; Lega Nord Federazione Padana: LNFP; Rifondazione comunista: RC; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com.it; Misto-La Rosa nel Pugno: Misto-RosanelPugno; Misto-Verdi-l'Unione: Misto-VU; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.linguist.; Misto-Liberal-democratici, Repubblicani, Nuovo PSI: Misto-LdRN.PSI; Misto-Popolari-UDEUR: Misto-Pop-UDEUR; Misto-Ecologisti democratici: Misto-ED.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 13,50.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante la trasmissione attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

MAURA COSSUTTA. Le obiezioni ci sono state, ma... pazienza!

**Audizione del ministro della salute,
onorevole Francesco Storace.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari, l'audizione del ministro della salute, onorevole Francesco Storace.

Vorrei preliminarmente dare il benvenuto al ministro Storace, che abbiamo l'onore di ascoltare per primo nell'ambito dell'indagine conoscitiva relativa all'attuazione della legge n. 194 del 1978.

Come è noto, sono state espresse molte osservazioni in merito a questa indagine conoscitiva: alla fine si è giunti alla definizione del programma attraverso il contributo di tutti, circostanza che ha fatto

molto piacere a me personalmente, ma immagino anche all'intera Commissione. Come del resto ha auspicato anche il Presidente Casini nella sua lettera, è importante avere una platea la più ampia possibile di soggetti auditi per comprendere come venga applicata, in tutte le sue « sfaccettature », la legge n. 194 del 1978. A mio parere, tali informazioni non si possono evincere soltanto dalla lettura dei dati contenuti nella relazione annuale redatta dal Ministero della salute, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità.

Questa indagine, pertanto, è tesa a comprendere se la legge n. 194 del 1978 sia applicata integralmente, come funzionano i consultori (sempre nell'ambito dell'applicazione della suddetta legge) e se esistano le possibilità di una eventuale migliore attuazione della normativa. Queste sono le premesse sulla base delle quali è stata richiesta l'indagine conoscitiva.

Do subito la parola al ministro della salute, onorevole Francesco Storace, ringraziandolo per la sua presenza.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Innanzitutto rivolgo un saluto all'intera Commissione. Immagino che questa audizione preveda, ai fini della pubblicità dei lavori, anche la stesura di un resoconto stenografico. Intendo svolgere oralmente la mia relazione — ho ricevuto ieri sera la richiesta da parte del presidente Palumbo — per la cui illustrazione mi avvarrò di alcuni appunti.

Considero doveroso esordire sottolineando con un apprezzamento la volontà del Parlamento di verificare l'attuazione di una normativa vigente dal 1978. Mi piace sottolineare le parole riportate nella lettera di invito del presidente Palumbo, che ha ricordato che l'obiettivo dell'indagine è

quello di « verificare lo stato di attuazione della legge, con riferimento alle finalità attribuite dalla legge ai consultori » e « acquisire ulteriori elementi di conoscenza rispetto a quanto già contenuto nelle relazioni annuali che il Governo presenta alle Camere, in attuazione dell'articolo 16 della legge in questione ». Abbiamo, quindi, un quadro abbastanza chiaro dell'oggetto sul quale coloro che verranno invitati in questa sede dovranno fornire le informazioni in loro possesso.

È evidente che la relazione, che è già a disposizione della Commissione, è stata redatta sulla base delle informazioni ricevute all'inizio dell'anno, come previsto dalla legge. Naturalmente la mia firma è stata apposta in calce ad essa a seguito dei lavori che sono stati svolti dagli uffici ministeriali e dall'Istituto superiore di sanità, ma ciò non toglie che personalmente faccio mia quella relazione (e sarebbe sbagliato un atteggiamento diverso). Ritengo giusto che il Parlamento verifichi quanto della legge n. 194 sia effettivamente nella disponibilità dei cittadini, attraverso la sua attuazione.

Mi consenta, signor presidente, di svolgere un'ulteriore premessa, alla quale tengo particolarmente, dal momento che nelle scorse settimane si è acceso un vivacissimo dibattito intorno alla vostra iniziativa. Ricordo, peraltro, che questo dibattito — nel quale ognuno legittimamente manifesta le proprie posizioni — si è riaperto a seguito di un'iniziativa da parte dell'ospedale Sant'Anna di Torino, concernente la sperimentazione della cosiddetta pillola abortiva.

Devo dire che tra le posizioni che mi hanno colpito particolarmente, vi è stata quella sostenuta da una persona alla quale voglio dare atto di essere assolutamente in buona fede sul tema, l'onorevole Moroni, che oggi non vedo presente in quest'aula. Ribadisco, a lei e a tutti, che non è intenzione del Governo proporre una modifica della legge n. 194.

Spero che questa dichiarazione sia sufficiente a sgombrare il campo — l'ho già detto tante volte e lo ripeto nella sede istituzionale propria — da qualsivoglia at-

tribuzione di intenzioni in capo all'esecutivo. Credo che ce ne voglia prima di modificare una norma che, per una parte, ha dato prova dell'efficacia del suo funzionamento. Come scrivo anche nella relazione a vostra disposizione, sono orgoglioso del modo in cui il sistema sanitario nazionale è riuscito ad attuare quella parte della legge legata al diritto di aborto.

Ciò che è assente — è questa la preoccupazione, inespressa nella relazione per le motivazioni che vi esporrò, e per tale ragione è corretta la previsione di una indagine conoscitiva — è la parte relativa alla prevenzione. Credo che il Parlamento faccia bene a soffermarsi su questo aspetto. Se riuscirete a concludere i vostri lavori sarà un bene; altrimenti, saranno proseguiti dal nuovo Parlamento. In ogni caso, credo sia importante avere elementi di conoscenza più certi. Al termine di questa relazione, lascerò alla Commissione un documento, che intendo inviare oggi stesso alle regioni, in uno spirito di assoluto rispetto istituzionale sia del Parlamento sia delle regioni stesse, per far sì che tale questione possa essere sottratta al fuoco della polemica ed affrontata con la necessaria serietà istituzionale.

Credo che l'indagine conoscitiva alla quale avete dato corso, attraverso le audizioni programmate, possa risultare utile per il sistema paese a patto che tutti lavoriamo con lo spirito di arrivare ad una corretta applicazione della legge n. 194, proprio a partire dagli aspetti legati alla prevenzione nei consultori. Cito, in particolare, i consultori perché essi sono oggetto della vostra indagine. Siamo oggi nelle condizioni di poter dire che l'attività di prevenzione nei consultori si è svolta? Questa è la domanda principale, che probabilmente potrà trovare risposta soprattutto nelle audizioni dei numerosi soggetti che avete deciso di ascoltare, ovvero quelli che conducono sul campo l'esperienza di vita e di lavoro — sia esso volontario o professionale — all'interno dei consultori.

Non disponiamo di elementi certi che possano testimoniare che questa attività di prevenzione si svolga e in quali forme eventualmente questo avvenga. Vorrei

muovere da un articolo della legge n. 194, citato peraltro nella lettera del presidente Palumbo: mi riferisco all'articolo 16, che rappresenta il meccanismo regolatore del percorso in termini di domanda e di risposta che si deve attivare da parte del Ministero della salute. Penso che questo articolo abbia impegnato anche chi, prima di me, ha svolto tale attività, trovandosi di fronte alle stesse difficoltà.

Cerchiamo di comprendere cosa prevede l'articolo 16 (altrimenti non saremo in grado di giungere al nodo delle risposte di cui abbiamo bisogno). Ebbene, l'articolo 16 impegna il ministro della salute — in realtà, l'articolo parla di ministro « della sanità » nella definizione pre-riforma — a presentare « al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione ».

Non ho preso visione delle 20-21 relazioni presentate dai miei predecessori al Parlamento, ma ho avuto modo di colloquiare con i dirigenti che, negli anni, hanno preparato questo imponente *dossier* per il Parlamento. Ebbene, non vi è alcun riferimento alle attività di prevenzione. Questo è un dato che affido alla vostra riflessione.

MAURA COSSUTTA. Lei ha detto di aver parlato con i dirigenti...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. In questi giorni, sapendo della mia audizione, ho parlato con i dirigenti e ho lavorato con i miei uffici...

MAURA COSSUTTA. Non ha però convocato ufficialmente l'Istituto superiore di sanità, che ha redatto la relazione.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Questo no. La ringrazio, onorevole Cossutta, dell'interruzione, che mi permette di chiarire meglio la questione. L'Istituto superiore di sanità è responsabile dei dati che vengono elaborati. Quello che mi interessa, proprio per rispondere al quesito che voi ponete attraverso la vostra Commissione, è capire quali sono le do-

mande che richiedono una risposta. Questa, a mio avviso, è la questione principale. Dal punto di vista del diritto all'aborto, questa legge probabilmente risponde ai dati che noi chiediamo. Sappiamo quanti aborti vengono effettuati e dove; sappiamo quali donne vi ricorrono. Quello che è assente, però, è il dato che consente di capire se il diritto a non abortire sia garantito.

Questa è una legge che proprio all'articolo 1 — chiedo scusa al presidente se mi « allontanano » dagli appunti che avevo preparato, ma l'interruzione dell'onorevole Cossutta è utile da questo punto di vista — nega che l'aborto possa essere uno strumento di limitazione e di controllo delle nascite. È un principio importante, ma come si sostanzia? In seguito, sottoporro alla vostra attenzione alcune cifre che devono indurci ad una riflessione. È vero: il numero degli aborti è diminuito ed hanno ragione taluni a sottolinearlo, ma sarebbe ben curioso se questo fosse cresciuto. Il problema è capire quanto incida tutto ciò sul tasso di natalità di un paese che, se non è il più basso del mondo, si attesta su quel livello.

Possiamo intuire che un'attività di prevenzione possa esserci stata, ma nel sostenere con certezza che vi sia stata abbiamo qualche difficoltà. Come dicevo, l'articolo 16 stabilisce chiaramente che le regioni sono tenute — specifico che si tratta di un'affermazione di principio, perché, come vedremo, non si prevede alcunché nel caso in cui una regione si sottragga a tale compito — a fornire le informazioni necessarie per la relazione entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base dei questionari predisposti dal ministero.

Innanzitutto, come sono compilati i questionari? Ho reperito una circolare del 1990 sull'attività consultoriale, che però ha il limite di essere, appunto, una circolare! Ogni tanto essa veniva riproposta oralmente o per iscritto dagli uffici e, ovviamente, non dai ministri. Alcune regioni rispondevano: il Friuli-Venezia Giulia ed il Molise sono le uniche due regioni che hanno sempre risposto — e continuano a

farlo — a quelle domande. Per il resto, qualche regione « salta » un anno, qualcun'altra non risponde affatto, e via dicendo. Quello che voglio dire è che probabilmente non vi è stata la comprensione dell'importanza di quei dati. La nostra « fortuna », in questo caso, è che essendosi avvicendate, sia al governo delle regioni che al Governo nazionale, tutte le maggioranze possibili e immaginabili, non è possibile accusare alcuno. Semmai occorre ragionare sul domani.

Qual è il nodo che si deve attivare? Questo sarà l'oggetto della proposta che formulerò al sistema delle regioni e che sottoporro anche all'attenzione del Parlamento, ritenendo che tale questione debba interessare tutte le parti costitutive della Repubblica. Ha senso porre domande alle quali nessuno risponde? Probabilmente, occorre innescare un meccanismo nuovo, che concerti le domande alle quali si è certi che sarà data una risposta. Questo è il percorso che ho in mente: verificheremo successivamente se esso avrà il conforto del Parlamento. È una *deminutio* di potere rispetto alle attribuzioni che mi conferisce la legge, nella quale mi si chiede di predisporre i questionari. Preferisco tuttavia concertare le domande con chi dovrà rispondere, per far sì che la legge diventi efficace.

Ritengo che questa sia un'azione necessaria, in quanto i dati in possesso del Ministero della salute indicano che le uniche risposte fornite correttamente e con continuità dalle regioni sono proprio quelle relative all'interruzione volontaria di gravidanza. Per questa ragione, nel documento che accompagna la relazione annuale potete leggere che « con orgoglio possiamo dire che questo sistema funziona ». Tale affermazione, tuttavia, si riferisce a quello che ho detto, non ad altro, ovvero a quello che non c'è.

Sono assolutamente insufficienti, a mio giudizio, i dati relativi ai consultori e all'attività di prevenzione: è una personale valutazione, che ho il dovere di rappresentare alla vostra attenzione. Del resto, ho detto in precedenza che soltanto un paio di regioni — il Friuli-Venezia Giulia

ed il Molise — forniscono dati completi, in un caso relativi solo ad una parte dei consultori presenti nel territorio. Ho chiesto ai miei uffici quanti sono i consultori esistenti in Italia: sono 2.494, mi è stato risposto. Questa è una prima differenza rispetto alla relazione, che ne conta 2.300; si tratta dunque di un aggiornamento di dati rispetto ai consultori censiti. La relazione si ferma ai dati certi del 2003 e del 2004; quindi, è possibile che vi sia stato un aggiornamento sul numero, più per effetto delle notizie fornite sulla legge n. 405 del 1975 che non sulla legge n. 194.

Non vorrei fare confusione con i numeri delle leggi, come mi è successo qualche giorno fa, allorché durante un dibattito ho confuso la legge n. 194 con la n. 149 del 2005, che è invece la legge sui farmaci. Ogni tanto, quando parliamo di numeri, rischiamo anche di darne...!

MAURA COSSUTTA. Ma le donne ricordano bene questi numeri!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Sì, li ricordano. Personalmente, credo che i figli riguardino sia gli uomini che le donne. Certo, nessuno nega la sofferenza delle donne.

Onorevole Cossutta, valuterò le sue posizioni, se ne avremo il tempo, con grande attenzione; spero che lei abbia la stessa disponibilità nei miei confronti. Talvolta, qualcuno organizza contestazioni vere e proprie: ho letto sulla stampa: « Fischiate dalle donne a Trieste ». Erano in dieci e quindi non è che vi sia stata tutta questa grande mobilitazione! Occorre essere accorti nel presumere di interpretare un universo intero. Si tratta di questioni sulle quali abbiamo tutti il dovere di riflettere. Del resto, avendo premesso che il Governo non intende affatto modificare la legge, credo sia interesse di tutti attuarla, proprio sulla base delle cifre che riferirò.

Questo è un tema che ci appassiona, sul quale dobbiamo concentrare la nostra attenzione, anche per evitare che qualcuno abbia l'impressione di assistere, onorevole Cossutta, ad una disputa fra laici e credenti. Non credo infatti che la decisione di

far nascere un bambino sia un problema che riguarda solo chi è credente, perché penso che attenga all'universalità dei valori.

Stavo parlando dei dati che arrivano con regolarità. Ebbene, arrivano con regolarità le informazioni sulle attività abortive, in merito alle quali riferisco alcune cifre, una delle quali la ritengo spaventosa; questo, tuttavia, non vuol dire mettere in discussione la legge, bensì affermare che ne viene applicata solo una parte, e non la prima. Specifico che le cifre riguardano gli anni dal 1978 al 2004, quindi si tratta degli ultimi dati disponibili. Come sapete, infatti, per il 2004 l'attività di calcolo è in corso. Nella stessa relazione avrete letto — cito a memoria — il dato relativo al 36 per cento di informazioni fornite dalla Campania: quindi, non c'è una conoscenza totale dei dati del 2004.

Dal 1978 al 2004 sono nati nel nostro paese circa 14,5 milioni di bambini. Nello stesso identico periodo, sono stati praticati 4 milioni 350 mila aborti. In pratica, una gravidanza su quattro finisce con un aborto (il 23 per cento, per essere più precisi). Questo significa forse contestare il diritto di abortire? No, significa reclamare una politica di prevenzione, ma questo è un argomento sul quale mi soffermerò successivamente, citando altri dati.

Ha ragione chi afferma che oggi, in Italia, l'aborto è in netto calo rispetto al 1978, anno nel quale si registrarono 234.801 aborti. I circa 135 mila aborti dell'ultima rilevazione statistica testimoniano un decremento — così dice, giustamente dal suo punto di vista, chi agita questa cifra —, nel giro di 26 anni, di oltre il 40 per cento.

È un dato interessante...

PIERGIORGIO MASSIDDA. Anche le nascite sono calate...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non esiste la stessa proporzione. Apparentemente il dato è spiegabile in questo modo, ma in realtà bisognerebbe approfondire l'esame. Il dato è spiegabile soltanto in parte con il calo demografico:

non è pensabile che ad un certo numero di bambini non nati corrisponda un certo numero di aborti.

Dobbiamo valutare con attenzione questo dato. Nel 2004, sono nati 78 mila bambini in meno rispetto al 1978, con un calo del 12 per cento. Le percentuali, quindi, sono differenti. Questo, però, non deve essere un alibi — perdonate l'espressione — per ignorare le politiche di prevenzione, proprio per il tasso di natalità che si registra nel nostro paese.

Il tasso di abortività — lo leggerete nella relazione: anche in questo caso cito a memoria — dimostra che l'Italia si trova in una situazione intermedia. È vero che alcuni paesi presentano un tasso di abortività molto più alto del nostro, ma la Germania, ad esempio, ha un tasso dell'8 per cento, rispetto all'11 per cento dell'Italia. Non siamo nel migliore dei mondi e, secondo alcuni, non siamo neanche nel peggiore!

I dati che ci forniscono le regioni, in definitiva, mostrano che il numero degli aborti è diminuito di oltre tre volte rispetto al numero dei nati (circostanza che potrebbe apparire anche consolatoria). Aumentano costantemente le donne straniere che fanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. La loro « disponibilità » all'aborto — scusate l'infelice espressione — indica una frequenza tre volte superiore a quella delle donne italiane. I dati del 2004 mostrano, come segnale di tendenza, che un aborto su quattro è di una donna straniera.

Intendo invece soffermarmi con particolare attenzione sui dati non presenti nella relazione. Ho inteso ampliare le informazioni a vostra disposizione, sia pur riprendendole dalla relazione, per tentare di concentrarmi sugli obiettivi dell'indagine deliberata dalla Commissione. Il ministero, nel corso degli anni, ha messo in atto alcuni tentativi — ho citato prima il caso di una circolare del 1990 — volti ad attivare un sistema informativo, che abbiamo definito routinario (potrebbe essere sufficiente inviare una circolare e, per automatismo, trovare una risposta per

ogni anno: non è così tuttavia che accade), sull'attività di prevenzione offerta dai consultori.

In previsione dell'audizione, ho chiesto se esista a partire dal 1990 una corrispondenza che attesti la richiesta rivolta dal ministero alle regioni di inviare i dati relativi ai consultori. Ebbene, non è facile effettuare una ricerca negli archivi. Dal momento che non si era ancora entrati nell'era dell'informatizzazione, esistono scaffali pieni di carte: qualcosa si trova, ma non in maniera sufficientemente esauritiva per far comprendere alla Commissione quale sia stato il lavoro dei ministri della sanità (e poi della salute) fino ad oggi.

Probabilmente, emerge una modesta collaborazione — se non vogliamo chiamarla « insensibilità » (può darsi che lo sia) — anche da parte delle regioni. Si tratta di un dato storicamente ampio e non dell'attività di un presidente o di un assessore; stiamo parlando del sistema delle regioni e delle modalità, efficaci o meno, attraverso le quali si è data risposta alla domanda di collaborazione sui consultori e sulle attività di prevenzione avanzata dallo Stato. In alcune regioni, vengono raccolti i dati relativi alle attività consultoriali, ma non sono disponibili dati nazionali. Ho già citato l'esperienza del Friuli-Venezia Giulia e del Molise; ci sono altre regioni che forniscono i dati, ma lo fanno ad anni alterni.

Purtroppo, non abbiamo le informazioni; per questo vi invito, nelle audizioni che seguiranno, a porre ai soggetti auditi le questioni in maniera approfondita. Non possiamo infatti dare l'idea di un'indagine che proceda in maniera superficiale: occorre consentire un'efficace politica di prevenzione sull'attività consultoriale.

In precedenza ricordavo un dato spaventoso, riferendomi ai 4 milioni 350 mila aborti di questi anni. La domanda che, a mio avviso, deve porsi qualunque persona — esponente politico o della società civile che sia — è la seguente: se si fosse attuata una politica di prevenzione, ovvero se avessimo avuto i dati in grado di stimolare

lo svolgimento di un'attività di prevenzione, quanti di questi aborti si sarebbero potuti evitare?

Questa domanda chiarisce per quale ragione su tale questione non è possibile agire con sufficienza. Se fosse stato praticato il 10 per cento dell'attività di prevenzione, su 4 milioni 350 mila aborti, avremmo avuto 400 mila bambini in più. Credo che questa sia una riflessione importante: attraverso una maggiore attività di prevenzione, magari si sarebbe abbassata la percentuale degli aborti e sarebbe aumentata quella delle nascite nel nostro paese.

Dico queste cose proprio per capire se esiste una condivisione generale (*bipartisan*, direbbe qualche intellettuale) sui due diritti che, a mio parere, sono garantiti dalla legge n. 194; una legge — ripeto — che il Governo non ha alcuna intenzione di modificare. Se individuiamo questi due diritti come, da un lato, quello della donna di abortire e, dall'altro, quello di non abortire, attraverso un'efficace opera di prevenzione, dobbiamo lealmente, istituzionalmente, politicamente e civilmente riconoscere che esiste un debito informativo. La questione del debito informativo è rilevante proprio rispetto al compito affidato al ministro e al ministero ai sensi dell'articolo 16 della legge n. 194.

In sintesi, abbiamo tante (non troppe) informazioni sull'aborto, ma non abbiamo informazioni, almeno nazionali, nella disponibilità del ministero — può anche darsi che le regioni ne dispongano, ma che non le abbiano poi trasmesse, proprio perché probabilmente non è stato affinato un modello in termini di domanda e di risposta —, sulle attività di prevenzione, sulle attività di consulenza e assistenza alle donne, sull'attività informativa della popolazione e sulle altre attività previste dagli articoli 2 e 5 della legge.

Cosa manca, ad esempio, a livello nazionale? È assente una nozione di indicatori di risultato. Sarà possibile un giorno sapere quante donne, dopo i colloqui nei consultori, hanno rinunciato ad abortire? Credo che questo rappresenti un elemento interessante ai fini dei risultati che la

Commissione si propone di raggiungere. Per questa ragione appare opportuno colmare quello che ho definito come un debito informativo, costruendo un sistematico flusso informativo in grado di far confluire dalle regioni i dati sulla completa attuazione della legge n. 194.

In queste settimane, abbiamo lavorato per approntare un apposito questionario ai fini della rilevazione dei dati aggregati per regione. Avverto di questo la Commissione, proprio per restare nel « solco istituzionale » nel quale ho voluto esordire: anticipo quindi in questa sede quello che farò tra un'ora, ossia inviare la proposta di protocollo alle regioni.

In pratica, chiedo alle regioni di decidere insieme in ordine al genere di dati ai quali è possibile fare riferimento. Credo che questa sia una risposta qualitativamente elevata ad una domanda che proviene dal Parlamento e che sicuramente esiste nella società. Ripeto: nessuno sta parlando di modificare la legge, bensì di applicarla, a meno che non si voglia negare il diritto alla sua attuazione, come se in realtà essa fosse stata modificata attraverso l'abrogazione implicita dei primi articoli. Credo tuttavia che ciò non sia presente nell'animo di alcuno dei membri di questa Commissione.

Il ministero, avvalendosi anche della collaborazione dell'Istituto superiore di sanità, procederà all'analisi dei dati, offrendo al ministro gli elementi per la compilazione della prevista relazione annuale al Parlamento. È evidente che il questionario è integrativo rispetto a quello esistente. Noi non intendiamo annullare la rilevazione statistica dei casi di interruzione volontaria di gravidanza prevista dal modello 12 ISTAT, che è già in corso ed è richiamata nella circolare (di gran lunga precedente rispetto al mio incarico) del 29 febbraio 2000 adottata dal Ministero della salute (mi sembra che il ministro dell'epoca fosse il professor Veronesi), bensì intendiamo integrare tale informativa. Se richiedessimo alle regioni un numero maggiore di dati, agiremmo probabilmente non nello spirito che ho ricordato; chiediamo, invece, alle regioni di decidere insieme

quali altri dati sia importante raccogliere. Questa è la lettura che vi propongo. Questa rilevazione rientrerà, ovviamente, fra quelle obbligatorie, previste ai sensi dell'articolo 16 della legge.

Se insisto sull'aspetto della codeterminazione dei questionari è perché diversamente i dati ricevuti sarebbero privi di efficacia. Si potrebbe procedere unilateralmente — il ministro ha un certo potere —, ma si ritiene di coinvolgere le regioni proprio per la natura che questo sistema ha sempre più assunto nelle politiche sanitarie, legate all'attuazione della legge n. 194.

Le modalità attraverso le quali le regioni raccoglieranno i dati ai fini della trasmissione è un problema che non ci riguarda. Saranno esse, infatti, a stabilire le modalità. Intendo lasciare alla Commissione la proposta di protocollo, che formuleremo alle regioni nel pomeriggio; anticipo tuttavia fin d'ora che occorrerà del tempo, in quanto le regioni dovranno riunirsi per decidere. Non avremo la loro risposta domani mattina, poiché i meccanismi sono complessi e, trattandosi di una novità, è giusto che le regioni abbiano la possibilità di discuterla.

L'articolo 2 — cito questo esempio poiché l'argomento è stato oggetto di fortissime polemiche politiche — prevede la possibilità per i consultori di avvalersi, attraverso convenzioni e regolamenti, della collaborazione delle associazioni di volontariato. Al riguardo, viene citato sbrigativamente il Movimento per la vita, ma abbiamo sempre fatto riferimento, in ogni nostra dichiarazione, al pluralismo associativo. Personalmente sono d'accordo con chi sostiene che celebrare un processo dentro il consultorio sarebbe profondamente sbagliato. Noi dobbiamo sempre mantenere aperto un colloquio finalizzato a risolvere i problemi, non ad aggravarli; tuttavia è necessario che il colloquio ci sia.

Ad esempio, mi piacerebbe sapere dalle regioni — la domanda è contenuta nel protocollo che proponiamo loro (quindi nel questionario) — quanti dei 2.494 consultori esistenti abbiano in essere regolamenti o convenzioni con associazioni di

volontariato. Questa è una domanda che credo debba essere posta. Quante e quali sono queste associazioni?

Altre domande dovranno riguardare la prevenzione. Ad esempio, quali profili professionali sono impegnati per porre domande sulla prevenzione? Tali profili hanno notizie da rendere disponibili sul passato?

Spero che il Parlamento, attraverso le vostre autorevoli persone, possa cogliere un segnale di rispetto nei confronti della Commissione, se anticipo, in questa sede, la bozza di accordo fra lo Stato e le regioni in merito alla raccolta dei dati. Nella sostanza, intendiamo proporre alle regioni di promuovere una rilevazione periodica, a carattere nazionale, che sarà condotta dal ministero, e congiuntamente dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, sulle attività dei consultori familiari connesse ai compiti di assistenza alla donna in stato di gravidanza, per registrare la situazione delle varie realtà regionali.

L'obiettivo — lo scriverò nella lettera che accompagnerà questa proposta — è quello di integrare il quadro informativo contenuto nella relazione annuale al Parlamento, nonché di convenire interventi specifici per il potenziamento delle attività dei consultori. Questo è un altro dato sul quale probabilmente, a seguito dei vostri lavori, il Parlamento rifletterà nella sua nuova composizione, nel tentativo di verificare se per i consultori esiste o meno un monte risorse interessante.

La legge sui consultori, presidente Palumbo, prevedeva un fondo di circa 50 miliardi di vecchie lire a favore dei consultori stessi.

GRAZIA LABATE. Questa è la 194...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. La legge sui consultori, così ci intendiamo. Quel fondo oggi è parte del monte complessivo del fondo sanitario nazionale, vale a dire che è nelle disponibilità delle amministrazioni regionali. Non esiste più quindi una « linea di credito » dello Stato attraverso la legge finan-

ziaria. Occorre, dunque, intervenire nuovamente?

Il consiglio regionale delle Marche mi ha inviato una proposta di legge presentata da un consigliere che propone alla sua amministrazione di finanziare i consultori che hanno attivato regolamenti o convenzioni con le associazioni di volontariato. Quella di prevedere un incentivo a stipulare queste convenzioni può essere una buona strada, come ce ne sono tante; tuttavia lo decideranno il Parlamento e le regioni, per le rispettive competenze.

La bozza di accordo — definita bozza di accordo per un'indagine sulla legge n. 194 del 1978 — fa riferimento ai principi stabiliti dalla legge n. 281 del 1997 in materia di rapporti fra lo Stato e le regioni. È una normativa che vi segnalo, in quanto essa è la disposizione che dà vita all'intesa, ovvero al patto fra lo Stato e le regioni. È una norma che ha una efficacia in sé, poiché nessuno può tradire l'accordo siglato insieme. Pertanto, si compie un percorso in termini di condivisione delle diverse realtà istituzionali su questo tema.

Si fa riferimento, altresì, alle previsioni della legge n. 405 del 1975 sull'istituzione dei consultori familiari e su quello che la legge affida a queste strutture: ad esempio, si parla di compiti di assistenza della donna in gravidanza, attraverso l'informazione sui suoi diritti, in base alle legislazioni statali e regionali. Non dimentichiamo che la legge sui consultori risale al 1975, e, da quel momento, il sistema delle competenze regionali è cresciuto a dismisura. Probabilmente, occorrerà prevedere un giorno una formazione professionale per coloro che devono garantire alle donne la possibilità di conoscere cosa prevede la legislazione regionale sui servizi sociali, sanitari, assistenziali che sono concretamente offerti dalle strutture operanti sul territorio.

La legge in questione prevede anche modalità idonee al fine di garantire l'osservanza delle norme in materia di legislazione sul lavoro a tutela della gestante. Occorre forse intervenire, nella legislazione sul lavoro, a tutela delle donne in gravidanza...

MAURA COSSUTTA. Anche nella legge finanziaria avete previsto molte cose !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Mi permetto di ricordarle che questa Commissione si è data, quale scadenza temporale, quella del 31 gennaio. La legge finanziaria, come è noto, si approva prima.

MAURA COSSUTTA. Appunto.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non credo intendiate fare propaganda elettorale su questo tema. Lo spero, anzi (*Commenti*) !

GRAZIA LABATE. Ci pensate già voi !

MARIDA BOLOGNESI. È un'idea vostra !

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi rammento che i lavori sono trasmessi sul circuito audiovisivo.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Sono simpatiche contestazioni che potrebbero anche essere inserite nel resoconto integrale dei lavori. Rispetto a quello che si dichiara alle agenzie di stampa, mi sembra che in questa Commissione si respiri un'aria migliore.

CESARE ERCOLE. È bello vedere una Commissione così al completo, con la presenza anche di coloro che non partecipano mai ai lavori !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Un vecchio film diceva: sono fatti loro.

LUANA ZANELLA. Onorevole Ercole, si rivolge forse alla sua maggioranza ?

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, lasciamo concludere il ministro.

ROSY BINDI. Ha contato tutte le volte che vi è mancato il numero legale, onorevole Ercole ?

MARIDA BOLOGNESI. Ministro Storace, non faccia il provocatore, anche se la sua indole...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. In questo modo, sembra trattarsi di una contestazione. Nelle interruzioni non si percepisce il clima di ilarità !

Il presidente vi ha chiesto di lasciarmi terminare, ma in realtà ho appena cominciato, in quanto ritengo che molti argomenti debbano essere inseriti nei nostri lavori, al fine di consentire che il Parlamento abbia dal Governo seri elementi di valutazione.

Cosa è chiamato a fare un consultorio, in base alla legge che ho prima citato ? Il consultorio — e questo può farlo nel momento in cui mette in opera le previsioni dell'articolo 2 circa le convezioni con l'associazionismo — propone all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi; segnala se esiste una lacuna nella normativa locale quando la gravidanza o la maternità determinino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi. Credo che questo sia un altro elemento importante di valutazione: per svolgere politiche di prevenzione, si attribuisce ai consultori la possibilità di individuare, insieme all'ente locale di riferimento, uno strumento normativo adeguato per assistere le donne in gravidanza.

Nella sostanza, nella legge sui consultori (la n. 405 del 1975) si anticipa quello che poi sarà scritto nella legge n. 194, espressione della volontà del legislatore dell'epoca di contribuire a superare le cause che possono indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

Ho colto positivamente l'interruzione precedente sulla legge finanziaria, perché dal 1978 sono stati approvati quasi trenta di questi atti e pertanto sarebbe inutile una polemica su questo profilo. Il problema è quello di comprendere cosa accadrà domani, se riusciamo a trovare una soluzione comune rispetto ai temi complessi che vengono posti alla donna in gravidanza. Dobbiamo rassegnarci e registrare, fra vent'anni, 8,5 milioni di aborti,

perché avremo rinunciato ad esercitare quell'azione di prevenzione?

Ricordo alla Commissione che lo Stato, proprio in virtù della legge n. 194 — ed è uno dei motivi in ragione del quale sarebbe insensato pensare ad una sua modifica —, garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità, tutela la vita umana dal suo inizio e prevede che Stato, regioni ed enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovano e sviluppino i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie al fine di evitare che il ricorso all'aborto sia uno strumento per limitare le nascite.

Credo si possa dire che l'iniziativa di coinvolgere le regioni attraverso un apposito protocollo sia assolutamente necessaria. Abbiamo la disponibilità di numerosi strumenti normativi, ai quali fare riferimento per far sì che si addivenga ad un accordo stringente, convinto e condiviso fra lo Stato e le regioni. Penso a quanto è stato previsto nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza. In quel caso, la base di partenza fu l'accordo fra lo Stato e tutte le regioni, nell'individuare i livelli essenziali di assistenza, successivamente recepiti in un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

L'allegato 1/A individua il livello di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare: a questo riferimento è necessario adeguarsi rispetto all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, alle coppie e alle famiglie, all'educazione alla maternità responsabile e alla somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile, alla tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, all'assistenza alle donne in stato di gravidanza e per l'interruzione volontaria di gravidanza.

L'allegato 1/C individua, tra i microlivelli legati al macrolivello di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, « l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie

a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza ».

È evidente che siamo di fronte a norme che, attraverso il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri citato, si prefiggono di garantire universalisticamente e solidaristicamente i livelli essenziali di assistenza, individuando fra questi ultimi anche le questioni di cui ci stiamo occupando.

Dobbiamo comprendere cosa il servizio di assistenza consultoriale deve fornire alla donna. Questo profilo è quello a cui ho fatto riferimento poc'anzi, a proposito delle numerose disposizioni che già la legge sui consultori ci dà la possibilità di attivare, se vi fosse una volontà del legislatore, e successivamente da parte di chi amministra, di metterne in campo le potenzialità.

Tali numerose previsioni troverete citate nel protocollo, che chiederò alla presidenza di trasferire a ciascuno dei membri della Commissione. È difficile pretendere una valutazione su una proposta che sottoporremo alle regioni. Tuttavia, ritengo importante capire, anche attraverso quanto emergerà dal prosieguo dei lavori, se sarà necessario un ulteriore e successivo intervento del ministro. Dipenderà dall'articolazione delle domande. Personalmente, mi riprometto di seguire i vostri lavori *in progress*, anche al fine di apportare ulteriori contributi.

Come dicevo, proporremo alle regioni la rilevazione periodica dei dati, alla quale ho fatto riferimento in precedenza e, come troverete nell'allegato 2 della mia proposta, per quanto riguarda i consultori familiari pubblici e privati convenzionati, presenti sul territorio, faremo riferimento ai giorni medi settimanali di apertura, alle ore settimanali di apertura e ai profili professionali. Abbiamo individuato una serie di figure, sulle quali chiediamo notizie: si tratta delle figure del ginecologo, dello psicologo, del sociologo, dell'assistente sociale, dell'ostetrica, dell'assistente sanitario, dell'infermiera, del mediatore fami-

liare, del mediatore linguistico-culturale, del consulente legale ed altre figure da specificare a cura delle regioni.

Chiederemo informazioni sull'età delle donne, nei colloqui che precedono l'interruzione volontaria di gravidanza.

MAURA COSSUTTA. Questi dati ci sono già, signor ministro.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Il problema è che questi dati non sono nella disponibilità del ministero. Abbiamo solo alcuni dati, mentre il protocollo riguarda l'attività complessiva dei consultori. Questa tabella — forse non è emerso chiaramente — non è redatta dal ministro, bensì da chi ogni anno predispone la relazione e successivamente, alla luce della richiesta della Commissione, verifica se vi sono dati utili che non sono mai stati richiesti. Credo che almeno sulle modalità attraverso le quali si redige una tabella non si possa polemizzare! Se mi consente, vorrei che i dati li riferissero le regioni, considerato che esse hanno una competenza specifica al riguardo. Diversamente, non comprendo quale possa essere il ruolo delle istituzioni regionali, se a queste non è attribuita la possibilità di interloquire.

In ogni caso, se dalla Commissione verranno suggerimenti in corso d'opera, ne terremo debitamente conto. Quella che proponiamo è un'intesa; pertanto, avremo anche il tempo di verificarla.

È necessario individuare il numero dei consultori che effettuano uno o più colloqui utili per ottenere la certificazione. Chiederemo di indicare se il colloquio viene svolto da una specifica figura professionale o da un'*équipe* multidisciplinare. Si farà riferimento al numero delle certificazioni di interruzione volontaria di gravidanza rilasciate e all'assistenza offerta dai consultori familiari alla donna in stato di gravidanza. Nella documentazione leggerete, in sintesi, ciò che ho riferito prima su quanto possono fare i consultori (e vogliamo essere certi che lo facciano).

In buona sostanza, si propone al sistema delle regioni un percorso istituzio-

nale, affinché si possa attuare anche la normativa in tema di prevenzione contenuta nella legge n. 194.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per la sua relazione. Credo che lei, nella sua ampia e documentata esposizione, abbia chiarito molti profili della relazione che ogni anno ci viene inviata e che molti componenti della Commissione chiedevano di discutere apertamente. Lei ha colto, altresì, in maniera precisa alcuni spunti che già erano emersi nel corso dell'ampia discussione che si è svolta sulla richiesta di questa indagine conoscitiva. Credo che molti dubbi che lei ha espresso nella sua relazione abbiano colto anche numerosi componenti della Commissione, quando si è discusso in merito a tale indagine conoscitiva.

La Commissione farà tesoro della documentazione fornita dal ministro, che sarà messa a disposizione di tutti coloro che vorranno consultarla. Avverto che il documento sarà pubblicato in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna. Nell'ambito delle audizioni successive, i componenti della Commissione potranno offrire il proprio contributo ed avanzare qualche suggerimento.

ROSY BINDI. Intervengo sull'ordine dei lavori per chiedere quanto ancora il ministro, che ha svolto un'esposizione non molto contenuta nel tempo, potrà trattenersi. Poiché è prevedibile che vi saranno diversi interventi, vorrei capire se abbiamo la possibilità di farlo oggi e se il ministro è disponibile a ritornare, a breve, per continuare ad interloquire con la Commissione.

Credo che questo sia un modo corretto di lavorare. Diversamente, sarebbe stato sufficiente leggere una relazione scritta del ministro.

PRESIDENTE. Hanno chiesto di intervenire molti colleghi. Non conosco i tempi del ministro, ma ho appreso favorevolmente la sua disponibilità a tornare in questa sede, eventualmente — così ha detto, se non ho compreso male — dopo le

audizioni previste, che comunque egli si preoccuperà di seguire. Potremmo incontrarci anche più tardi; noi dobbiamo riprendere i lavori in Assemblea alle 16,30. Assicuriamo comunque la nostra disponibilità.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Dispiace che l'onorevole Bindi pensi che avrei potuto limitarmi ad inviare una relazione scritta. Personalmente, non mi sarei mai permesso di rivolgermi con queste parole ad un mio interlocutore. Tuttavia, ognuno ha lo stile che gli è proprio!

ROSY BINDI. È per interloquire...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Ho capito, ma esiste un lavoro dietro la stesura della relazione e non credo che sia la stessa cosa inviarla per iscritto. Ritengo che si debba mettere un po' d'anima nelle notizie che si riferiscono al Parlamento!

ROSY BINDI. I poeti mettono la propria anima nelle poesie che scrivono. Non è sufficiente la mimica facciale.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Abbia la compiacenza di ascoltarmi.

ROSY BINDI. Lei abbia la compiacenza di non fare battute fuori posto.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. E lei può farle con me?

ROSY BINDI. Di certo non l'ho rimproverata.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Lei non vuole che si proceda con i lavori, probabilmente.

ROSY BINDI. No, io voglio che si vada avanti nei lavori con la sua presenza, signor ministro!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Stavo cercando di spiegare che ieri,

dopo aver ricevuto questa lettera, ho contattato il presidente della Commissione ed ho immaginato un tempo di discussione di circa un'ora e mezza. Non potevo immaginare che questa mattina la Camera avrebbe aggiornato i propri lavori alle 16,30. Gli impegni ministeriali, e me ne scuso — soprattutto lei, onorevole Bindi, dovrebbe saperlo —, non mi consentono altro tempo. Sono comunque disponibile a tornare in Commissione. Come è ovvio, vorrei avere la possibilità di approfondire i temi che vengono posti dal Parlamento, altrimenti mi vedrei costretto a fornire una risposta priva di contenuti, ed io non intendo farlo.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi per la formulazione di quesiti ed osservazioni.

GIULIO CONTI. Vorrei ringraziare il ministro per la sua puntuale esposizione e per le notizie interessanti che ci ha riferito. Certamente questo è un esempio di grande democrazia, ma anche senza ricorrere ad una parola così importante, parlerei di un fatto molto positivo, che poche volte è accaduto, soprattutto negli ultimi anni. Tenevo particolarmente a questa precisazione.

Ho preso alcuni appunti, ascoltando la sua relazione. Innanzitutto, abbiamo appreso che vi è stata scarsa collaborazione da parte delle regioni nel lavoro svolto dal ministero. Questo è accaduto non soltanto durante il suo incarico, signor ministro, ma anche in precedenza. Le regioni più assenti sono state proprio quelle sulle quali, invece, si pensava di poter contare, considerata la loro impostazione « ideologica ». Al termine del suo intervento, lei ha affermato che proporrà — dopo averla distribuita anche a noi, per conoscenza — una bozza di accordo...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Scusi se la interrompo. Stiamo affrontando un argomento molto serio e dunque non mi attribuisca un atto di accusa verso le regioni. Io sostengo che il

meccanismo non ha funzionato, ma è lungi da me l'idea di individuare il colpevole.

GIULIO CONTI. Lei non lo pensa, ma io sì. Credo di potermi concedere questa libertà, anche perché in questi giorni abbiamo sentito (*Commenti dell'onorevole Bolognesi*) ... Sono contento che il ministro abbia rilevato alcune cose, basandosi sui dati che, da anni, alcune regioni non forniscono mai. Il ministro ha avuto la bontà di dire che le regioni rispondono in maniera discontinua, ma io direi che alcune non rispondono affatto. Non specificherò i nomi di queste regioni, per non sollevare ulteriori polemiche.

Tuttavia, l'obiettivo del ministro, attraverso il protocollo che verrà distribuito, è quello di ottenere la collaborazione delle regioni. Obiettivo più che giusto, anche per verificare l'applicazione delle due leggi che presentano profili di intersezione.

Innanzitutto, vorrei far notare anche ad alcuni colleghi che la legge n. 405 del 1975 precede la n. 194, dalla quale viene poi ricompresa. Questo significa che la legge n. 405 diventa parte integrante della legge n. 194 dopo essere stata in vigore, addirittura per tre anni, in sua vece.

Da questo punto di vista, l'indagine ha una base logica ed un certo valore di natura statistica e ideologica. Nei dati citati dal ministro della salute, ma anche da quello della giustizia, è assente un aspetto molto importante, quello riferito all'eventuale ripensamento di una donna che esce dal consultorio rifiutando l'aborto. Questo dato mancante, che il ministro definisce un problema di prevenzione, è essenziale. Non possiamo pensare soltanto ai dati relativi al « sì » all'aborto e non sapere nulla del « no » all'aborto.

Dal punto di vista politico e sostanziale, ritengo che si debba tenere conto, nella discussione che stiamo affrontando, del problema del calo delle nascite, ovvero della denatalità. Una migliore applicazione delle leggi n. 194 e n. 405 potrebbe aiutarci, se non a superare questo problema, quanto meno a renderlo meno grave, anche tenendo conto di quanto ha riferito il

ministro circa il numero enorme di aborti che si sono verificati, ancorché si tratti di un dato in diminuzione.

Un altro dato assente — credo che nel questionario dovrebbe essere inserita, al riguardo, una relativa domanda, per quanto mi sembra che difficilmente questo potrà avvenire — è quello che riguarda il numero di aborti praticati in base non alla prescrizione del consultorio, ma a quella del medico di base, il quale, a meno che non sia un obietto, è il primo ad avere un contatto con la donna che decide di abortire. Anche di questo profilo credo che si debba tenere conto.

Abbiamo sentito — ed è un dato allarmante — che il numero delle donne straniere che abortiscono è tre volte superiore a quello delle donne italiane. Credo che questa realtà, che io definirei tragica, dipenda dalle condizioni di vita di queste donne. Non si tratta soltanto di un appiccio di natura culturale: occorre considerare che molte delle donne che abortiscono sono prostitute o ragazze sole, quindi in difficoltà, che ricorrono all'aborto per non aggravare la loro condizione.

A questo riguardo è la regione che deve intervenire; non è tanto il consultorio a dover dissuadere dalla decisione di abortire queste donne che, trovandosi nelle condizioni che abbiamo ricordato, forse considerano l'aborto come l'unico modo per risolvere immediatamente un problema.

Possiamo dichiararci soddisfatti del numero relativo alla percentuale di aborti praticati in Italia. Il numero degli aborti in Russia è sei volte superiore a quello dell'Italia, negli Stati Uniti è il doppio, in Inghilterra, Francia e Norvegia la percentuale si aggira intorno al 16 per cento. Soltanto la Germania registra una percentuale dell'8 per cento, insieme alla Finlandia (10 per cento), percentuali inferiori al dato italiano dell'11 per cento.

Per offrire una lettura diversa della problematica che stiamo affrontando, voglio rilevare che dal 1978 al 2004 il numero degli aborti è diminuito anche perché si è verificata una grande diffu-

sione della pillola antifecondativa, che ha ridotto automaticamente il numero delle richieste di aborto. Sul piano generale, quindi, dobbiamo tener conto anche di questo elemento.

Mi auguro che l'attività di prevenzione venga presa in grande considerazione anche da noi stessi e che vi sia un diverso approccio, all'interno del consultorio, nei confronti della donna che vi si rivolge.

Ritengo doveroso sollecitare la collaborazione delle regioni, necessaria per migliorare la situazione attuale. Vorrei far presente al ministro che il documento approvato ieri all'unanimità dalla nostra Commissione, in sede di ufficio di presidenza, ha evidenziato un dato che in precedenza non era molto chiaro. Si tratta di una proposta emendativa...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Approvato all'unanimità?

GIULIO CONTI. All'unanimità. Le onorevoli colleghe non lo sanno perché sono andate via.

TIZIANA VALPIANA. Le minoranze hanno abbandonato l'aula.

MARIDA BOLOGNESI. È stato approvato all'unanimità della maggioranza!

GIULIO CONTI. L'unanimità è riferita ai presenti e non tiene conto di chi si dà alla fuga!

La proposta emendativa è stata avanzata a firma degli onorevoli Conti, Mancuso e Castellani ed ha determinato un'aggiunta nel documento di programma alla base di questa indagine conoscitiva: « Sulla base di queste premesse, l'indagine conoscitiva, dai cui obiettivi esula l'intento di mettere in discussione i contenuti della legge n. 194 del 1978 [...] ». Ribadisco questo concetto perché l'abbandono dell'aula da parte delle nostre colleghe di sinistra è dipeso proprio dal fatto che esse avevano interpretato questa indagine, l'intervento del ministro e le successive polemiche come il tentativo di mettere in discussione la legge n. 194 e di modifi-

carla, per evitare che su questo argomento si ricorresse addirittura, da parte dei cattolici, ad un nuovo referendum.

Ritengo che questi timori — non so su quale base essi si fondassero — siano stati fugati proprio dall'inserimento di questa nota nel documento ufficiale posto alla base dell'indagine conoscitiva, proposto dalla Commissione e approvato all'unanimità.

PRESIDENTE. Il ministro ha fatto presente che può trattenersi fino alle 15 ed ha dato la propria disponibilità per domattina dalle ore 9,30 — io ho chiesto dalle 10 — fino alle ore 13. In questo modo, avendo a disposizione tutta la mattinata, domani potremo concludere la prima audizione.

A questo punto, ritengo sia inutile concedere la parola a qualche collega per soli cinque minuti. Considerato il clima che si respira, non credo che qualcuno si limiterebbe ad un intervento di così breve durata. Propongo tuttavia di chiudere questa sera l'elenco degli iscritti a parlare, per evitare che domani diventi un elenco infinito.

Propongo quindi di aggiornare i lavori alla giornata di domani, alle ore 10.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Mi scusi, presidente, ho chiesto di cominciare i lavori alle 9,30 per evitare che, dovendomi allontanare alle 13, sia poi costretto a commettere una scortesia nei confronti della Commissione.

PRESIDENTE. Aggiorniamo allora i lavori a domattina alle ore 9,30.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Come è ovvio, tenterò di rispondere alle questioni che mi verranno poste; tuttavia, laddove non fossi in possesso di elementi sufficienti per soddisfare le vostre richieste dovrei rimandare le risposte.

ROSY BINDI. Ringrazio il ministro per la disponibilità accordata alla Commissione per la giornata di domani. Inoltre vorrei tranquillizzarlo: la natura dell'in-

dagine conoscitiva è tale per cui non siamo qui a chiedergli risposte, ma sarà lui a dover ascoltare noi!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Come sempre.

ROSY BINDI. In questo modo, gli atti conseguenti che egli dovrà assumere dovranno tenere conto di quei pochi risultati che riuscirà a produrre questa indagine.

PRESIDENTE. Questo è da vedere, onorevole Bindi. Lei parla già di « pochi » risultati: speriamo, intanto, di conseguire dei buoni risultati, anche se di modesta entità. Parlare molto non significa necessariamente ottenere buoni risultati!

TIZIANA VALPIANA. Intervengo sull'ordine dei lavori, in quanto vorrei evitare che il ministro si allontani con un'opinione errata. Mi riferisco a quanto ha affermato l'ex sottosegretario Conti, attribuendo alla minoranza una posizione che questa in effetti non ha assunto. Siamo usciti dall'aula non perché temiamo che l'indagine conoscitiva nasconda la finalità di « manomettere » la legge n. 194, ma in quanto consideriamo inutile e pretestuosa — mera propaganda elettorale — un'indagine conoscitiva svolta in un mese e al termine della legislatura (quando noi ve la chiediamo da cinque anni). Pregherei i colleghi di non interpretare il pensiero altrui senza conoscerlo!

MARIDA BOLOGNESI. Come la collega Valpiana, anch'io tengo a sottolineare che decidere di non votare nel merito di qualcosa che riteniamo dannoso per i consultori — le donne continueranno a rivolgersi ai consultori dopo un'inutile, e forse rischiosa, indagine conoscitiva natalizia — deve essere considerato un atto politico.

Vorrei anticipare una domanda al ministro, affinché, nel caso in cui non abbia i dati necessari, possa procurarseli e rispondere nella giornata di domani. Parto dal presupposto che il suo rapporto al Parlamento sia per noi l'atto di partenza

e che al suo interno si individuano chiaramente quali sono i soggetti esposti ad una qualche fragilità socio-sanitaria, ad esempio le donne immigrate e quelle giovanissime. Ebbene, vorremmo capire se, oltre al protocollo che ci ha consegnato oggi, sia in corso qualche altra iniziativa del Governo, sia del ministro dell'istruzione, sia di altri suoi colleghi che si occupano, per competenza, del tema delle scuole e dei giovanissimi. Dai dati che abbiamo, infatti, risulta che sono soprattutto le giovanissime, insieme alle donne immigrate, a ricorrere all'interruzione di gravidanza.

Vorrei chiedere al ministro di verificare presso il Ministero dell'istruzione se esista una campagna di informazione nelle scuole, e presso il Ministero dell'interno o quello degli esteri se esistano eventuali iniziative sui temi del *welfare*, della mediazione familiare, del rapporto con le immigrate e, in particolare, con le associazioni di immigrati in Italia. In sostanza, intendiamo sapere se sia prevista qualche iniziativa rivolta a queste donne, che evidentemente non conoscono bene i percorsi assistenziali e di prevenzione. Credo che queste notizie possano essere di un qualche interesse per il nostro lavoro.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Francamente è difficile comprendere una richiesta così vaga; comunque mi attiverò.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor presidente, chiedo che vengano contingentati i tempi degli interventi. Vorrei chiarire che anche Forza Italia non ha alcuna intenzione di intervenire sulla legge n. 194 per modificarla. Tuttavia, considerata la diffusa sensibilità su questa materia, come apprendiamo anche dai giornali, domando che sia consentito a tutti i parlamentari che vogliano intervenire di poter utilizzare come credono questa indagine. Se è vero che da una parte esiste una strumentalizzazione, è ancora più grave il continuo boicottaggio di un'indagine, che rientra nelle prerogative del Parlamento.

Per questa ragione, a nome del mio gruppo chiedo — non l'ho mai fatto prima

— che vengano contingentati i tempi degli interventi. Se domani ciascun iscritto intervenisse per 15 minuti, oltrepasseremmo ampiamente le ore 13 ! Deve essere invece consentito a tutti i parlamentari di partecipare e di esercitare il proprio mandato, formulando le rispettive domande. Diversamente, reagiremo anche noi come riterremo opportuno.

PRESIDENTE. Comunico fin d'ora che concederò 10 minuti di tempo per ciascun intervento. Ribadisco che gli iscritti a parlare sono coloro che ne hanno già fatto richiesta e che non accetterò altre richieste. Agli interventi dei colleghi — quindici,

per un totale di 150 minuti — seguirà eventualmente la replica del ministro.

Rinvio pertanto il seguito dell'audizione alla seduta che sarà convocata per domani.

La seduta termina alle 15,05.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 3 febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

A L L E G A T O

PAGINA BIANCA

ALLEGATO 1**BOZZA ACCORDO INDAGINE LEGGE 194**

Oggetto: Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per la promozione e la realizzazione di una rilevazione periodica sulle attività dei consultori familiari relative ai compiti affidati a tali strutture dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 29 luglio 1975, n.405 che istituisce i consultori familiari e affida agli stessi i compiti di assistenza della donna in gravidanza informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio; sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante; attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi; contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

VISTA la legge 22 maggio 1978 n.194 che, nell'affermare che lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio e prevede che lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive integrazioni recante :*"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"* che :

- all'Allegato 1 A- **Livello Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare** tra le prestazioni richiamate individua , tra gli altri *"l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; assistenza alle donne in stato di gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza"*;
- che all'Allegato 1 C -**Area Integrazioni socio-sanitaria** , tra le prestazioni del macro-livello di **Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare** individua tra i micro-livelli *"l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza"* e le relative prestazioni previste medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, alla coppia e alle famiglie secondo quanto disposto dalle norme vigenti;

PRESO ATTO che , ai sensi delle norme vigenti, il servizio di assistenza consultoriale alla donna in stato di gravidanza deve assicurare :

- a) l'informazione sui diritti spettanti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti sul territorio;
- b) l'informazione sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;
- c) l'attuazione diretta o la proposta ;all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti sul territorio di speciali interenti, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);
- d) il contributo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna interruzione della gravidanza,potendosi, sulla base di appositi regolamenti o convenzioni, avvalere, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono aiutare la maternità difficile dopo la nascita;
- e) l'assolvimento dell'obbligo, in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna la consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, i metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

CONSIDERATO che l'area di intervento dei consultori familiari attiene a segmenti specifici di bisogno sanitario e socio-sanitario in cui l'elemento dell'essenzialità delle prestazioni da erogare richiede precisazioni concertate e condivise tra Stato e Regioni a livello di programmazione per garantire l'omogeneità e l'equità di accesso a livello nazionale;

RILEVATO che , anche in riferimento ai contenuti delle relazioni annualmente presentate al Parlamento sull'attuazione della legge 22 maggio 1978, n.194 e sui suoi effetti, ai sensi dell'articolo 16 della medesima legge, non sono oggi disponibili, sulla base dei flussi informativi correnti, informazioni sufficienti a valutare l'effettivo assolvimento dei complessivi compiti affidati ai consultori dall'articolo 2 e 5 della stessa legge 194/1978;

RTENUTO, pertanto, necessario assumere un'iniziativa concertata tra il Ministero della salute e le Regioni, finalizzata a superare tale mancanza di informazioni

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome espresso ai sensi dell'art.4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;

sancisce tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il seguente accordo:

-è promossa una rilevazione periodica a carattere nazionale sulle attività dei consultori familiari connesse ai compiti di assistenza alla donna in stato di gravidanza di cui all'articolo 2 e 5 della legge 22 maggio 1978 n.194, per registrare la situazione delle varie realtà regionali, al fine di integrare il quadro informativo contenuto nella relazione annuale al Parlamento ai sensi dell'articolo 16 della stessa legge 194/1978, nonché al fine di convenire interventi specifici per il potenziamento delle attività dei consultori, anche mediante realizzazione di interventi socio- sanitari attuati in

collaborazione con gli enti locali, nell'ambito di quanto già previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive integrazioni recante : "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", ovvero promuovendone l'eventuale aggiornamento.

-la rilevazione sarà condotta dal Ministero della salute congiuntamente alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, secondo il protocollo allegato al presente Accordo.

ALLEGATO 2**RILEVAZIONE DEI DATI SULL'ATTIVITA' DEI CONSULTORI FAMILIARI IN ORDINE ALLA PREVENZIONE DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA**

REGIONE/ PROVINCIA AUTONOMA		
ANNO DI RIFERIMENTO		

IL REFERENTE	TEL.	E-MAIL
	FAX	

CONSULTORI FAMILIARI (PUBBLICI E PRIVATI CONVENZIONATI) PRESENTI SUL TERRITORIO	PUBBLICI	N.	n. medio giorni settimanali di apertura	
	PRIVATI CONVENZIONATI	N.		
		TOTALE	N.	n. medio ore settimanali di apertura

PROFILO PROFESSIONALE	DI RUOLO		ALTRO RAPPORTO		totale Ore/ sett
	N°	Ore/sett.	N°	Ore/sett.	
ginecologo					
psicologo					
sociologo					
assistente sociale					
ostetrica					
assistente sanitaria					
infermiere					
mediatore familiare					
mediatore linguistico/culturale					
consulente legale					
Altro (specificare)					

	Eta' della donna			
	≤ 20	21 - 29	30 - 39	40 - 49
COLLOQUI PRE - IVG				
Donne italiane				
Donne cittadinanza/residenza estera				
N° donne che hanno richiesto certificato entro 90 gg.				
N° donne che hanno richiesto certificato oltre 90 gg.				

Numero di consultori che effettuano 1 o più colloqui utili ad ottenere la certificazione	
N° Consultori	
1	
>1	

Indicare se il colloquio viene svolto da una specifica figura professionale o da una equipe multidisciplinare:

PROFILO PROFESSIONALE	Numero CF
ginecologo	
psicologo	
sociologo	
assistente sociale	
assistente sanitaria	
Altro (specificare)	
Equipe	

	Eta' della donna			
	≤ 20	21 - 29	30 - 39	40 - 49
CERTIFICAZIONI IVG RILASCIATE				
Donne italiane				
Donne cittadinanza/residenza estera				
totale				
CONTROLLO POST-IVG				
Donne italiane				
Donne cittadinanza/residenza estera				
totale				

ASSISTENZA OFFERTA DAI CONSULTORI FAMILIARI ALLA DONNA IN STATO DI GRAVIDANZA

INFORMAZIONI OFFERTE	N° DONNE
a) Sul diritti derivanti alla donna in stato di gravidanza da leggi statali o regionali	
b) Sul servizi sociali e sanitari concretamente offerti sul territorio	
c) Sulla modalità idonee ad ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante	
Esistenza di materiale informativo (es. opuscoli) nel consultorio inerenti i punti a), b), c) (N° CF)	☐ ☐ ☐

INTERVENTI OFFERTI DAI CONSULTORI FAMILIARI ALLA DONNA IN STATO DI GRAVIDANZA

d) Speciali Interventi attuati quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a)	
Attuati direttamente	Proposti all'Ente Locale competente
N° interventi □□□	N° interventi □□□
Tipi di intervento (N°) • Legali □□□ • Sanitari □□□ • Assistenziali □□□ • Psicologici □□□ • altri (specificare) □□□ • □□□ • □□□	Tipi di intervento (N°) • Legali □□□ • Assistenziali □□□ • Psicologici □□□ • altri (specificare) □□□ • □□□ • □□□
IVG evitate per intervento del Consultorio Familiare □□□□	
N° di Consultori Familiari che hanno attivato Regolamenti/Convenzioni per aiutare la maternità difficile:	
Formazioni sociali di base	□□□
Associazioni di volontariato	□□□

PAGINA BIANCA

€ 0,60



14STC0019810