

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

2.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 2005

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Burani Procaccini Maria (FI)	19, 20
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3	Castellani Carla (AN)	9, 10, 11
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		Conti Giulio (AN)	25, 36
Seguito dell'audizione del ministro della salute, onorevole Francesco Storace:		Cossutta Maura (Misto-Com.it) .	3, 4, 5, 7, 10, 11 19, 25, 35, 36, 38
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3, 5, 30, 40	Galeazzi Renato (DS-U)	15
Bindi Rosy (MARGH-U)	12, 14	Giacco Luigi (DS-U)	22, 23
Bolognesi Marida (DS-U) .	6, 7, 8, 9, 35, 37, 39, 40	Labate Grazia (DS-U)	16, 18, 19, 37
		Leone Anna Maria (UDC)	28
		Lucchese Francesco Paolo (UDC)	29
		Martini Francesca (LNFP)	9, 10
		Massidda Piergiorgio (FI)	26
		Petrella Giuseppe (DS-U)	11, 12
		Storace Francesco, <i>Ministro della salute</i> ..	4, 6, 7, 8 12, 14, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40

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.

	PAG.		PAG.
Valpiana Tiziana (RC)	19, 23, 24, 25 26, 33, 34, 36, 39	Castellani Carla (AN)	48, 54
Zanella Luana (Misto-VU)	19, 21	Cossutta Maura (Misto-Com.it) .	47, 48, 50, 62, 63
Audizione di rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto nazionale di statistica:		Crialesi Roberta, <i>Dirigente del servizio sanità e assistenza dell'Istituto nazionale di statistica</i>	44, 63
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i> .	40, 44, 47, 48, 55, 57, 63, 65	Grandolfo Michele, <i>Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità</i>	40, 55, 57, 62, 64
Burani Procaccini Maria (FI) .	50, 51, 52, 62, 63	Labate Grazia (DS-U)	51, 52
Burgio Alessandra, <i>Responsabile dell'unità operativa servizi sanitari e quadro epidemiologico dell'Istituto nazionale di statistica</i>	65	Lucchese Francesco Paolo (UDC)	53, 55
		Valpiana Tiziana (RC)	47, 48, 54, 55

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 9,30.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Seguito dell'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, il seguito dell'audizione del ministro della salute, onorevole Francesco Storace.

Ricordo che nella seduta di ieri il ministro Storace ha svolto la relazione sui temi oggetto dell'indagine ed è quindi intervenuto, per porre quesiti e formulare osservazioni, l'onorevole Giulio Conti.

Come abbiamo già stabilito ieri, in conclusione della seduta, essendo elevato il numero degli iscritti a parlare, gli interventi dovrebbero contenersi entro dieci minuti.

Do quindi la parola ai colleghi.

MAURA COSSUTTA. Signor ministro, noi lo aspettavamo e puntuale è arrivato l'attacco alla legge n. 194. Lo avevamo detto, del resto, durante la discussione molto accesa, direi lo scontro che si è verificato sulla legge sulla procreazione assistita, in particolare sul famoso articolo 1, che sancisce i cosiddetti diritti dell'embrione. Sapevamo che quella legge avrebbe trascinato l'attacco alla legge n. 194, nella sostanza. Ed ecco che l'attacco è arrivato, puntuale.

Le sue parole, signor ministro, purtroppo non ci rassicurano. Lei afferma che non verrà modificata la legge n. 194, ma in realtà dà il via ad una vera operazione mediatica, di grande propaganda, ma anche politica e ideologica, per rompere un tabù. Prima di entrare nel merito, credo che sia necessario fare alcune riflessioni, pur nel tempo limitato che abbiamo a disposizione, che io comunque rispetterò.

A mio parere, siamo in tempi di vera restaurazione, nel senso che un pezzo intero di storia del nostro paese sta per essere riscritto. Questo è il vero tabù. Avete cominciato ad attaccare, di fatto, uno dietro l'altro tutti i pilastri della legislazione degli anni settanta: prima l'attacco allo Statuto dei lavoratori (non riuscito, anche se voi ci avete provato), poi l'attacco alla previdenza pubblica — nonostante il ministro Storace lo neghi — ed al Servizio sanitario nazionale, pilastri che assieme avevano contribuito a costruire una grande stagione di emancipazione.

Tra queste leggi — non dimentichiamo la n. 180 sulla psichiatria — c'erano anche la legge n. 194 e quella sul divorzio, sebbene ci aspettiamo che, prima o poi, secondo i *diktat* delle gerarchie vaticane, anche quest'ultima verrà messa in discussione.

In quella cultura c'era un nesso strettissimo fra diritti del lavoro e diritti sociali, fra diritti sociali e diritti individuali. Credo che la cultura delle donne abbia contribuito in grande parte a costruire questa cultura politica. Parlo di una cultura riferita ad una democrazia e ad un'uguaglianza sostanziali, nonché ad una laicità dello Stato che rispetti la libertà di scelta delle persone.

Ritengo, quindi, che il primo tabù che voi volete rompere sia il ruolo di protagonismo delle donne in questo grande pezzo di storia. A mio parere, quello che abbiamo messo in campo in quegli anni resta scritto nella legge n. 194, dall'inizio alla fine. Signor ministro, noi rivendichiamo e vogliamo applicare tutta la legge; non abbiamo scheletri nell'armadio. In quella legge c'è questa cultura, nella quale è l'assunzione prioritaria, consapevole del punto di vista di genere: una vera grande rivoluzione che noi volevamo mettere in atto.

Lei ieri ha parlato di diritto a non abortire, di difesa della maternità, di desiderio di maternità. Negli anni settanta era sicuramente molto impegnato, ovviamente dall'altra parte...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Quando ero giovane... !

MAURA COSSUTTA. Era giovane, ma molto impegnato. I suoi errori si sono trascinati dalla giovinezza alla maturità. Comunque, all'epoca noi donne eravamo in piazza a dire «contraccezione per non abortire, aborto libero per non morire». Nessuna donna ha mai considerato l'aborto un diritto; si tratta invece di un profondo trauma, un'esperienza dolorosa e faticosa che lascia un segno e che tutte le donne affrontano con grandissima emotività.

Lei parlava, signor ministro, della difesa della maternità. Questa difesa della maternità, del desiderio di essere madre, della libertà di scegliere di diventare madre, la difesa del diritto alla salute riproduttiva, quindi alla sessualità delle donne — di questo, signor ministro, lei non ha

parlato — è per noi un patrimonio irrinunciabile. Anzi, il movimento delle donne ha posto esattamente al centro delle politiche pubbliche la maternità, il desiderio di maternità, che per noi deve rimanere al centro delle politiche pubbliche. Parlo del desiderio di maternità sempre, anche quando viene da una donna che vuole ricorrere alla procreazione assistita perché ha una grave malattia genetica o infettiva. Sempre il desiderio di maternità va riconosciuto e rispettato.

Credo che la consapevolezza di mettere al centro delle politiche pubbliche questa maternità sia per noi una consapevolezza politica, perché significa ribaltare le priorità delle politiche pubbliche, mettere in discussione questo modello di sviluppo, queste regole del mercato del lavoro, le finalità del sistema di *welfare*. È un approccio assolutamente coerente.

Voi oggi parlate in nome delle donne, ma avete approvato la legge n. 30 sul mercato del lavoro e la legge Bossi-Fini sull'emigrazione, per cui le donne immigrate — quelle che maggiormente ricorrono all'aborto, come lei sa — sono tutte irregolari, magari lavorano clandestinamente nelle nostre famiglie e oggi voi le ricacciate nella clandestinità, negli aborti clandestini.

Avete dimezzato il fondo sociale e adesso, nella legge finanziaria, inserite il *bonus* per il bebè. Francamente, la vostra è una politica che non è andata incontro alla tutela della maternità e delle donne. Avete voluto questa indagine conoscitiva che, in realtà, non è conoscitiva di nulla, perché come lei ben sa per conoscere bisognerebbe disporre dei tempi e dei modi atti a costruire un'indagine seria, andare nei luoghi dove si lavora per verificare le criticità, discutere, ascoltare direttamente gli operatori e non quelli che parlano in nome loro.

Al di là di questa indagine, che conoscitiva non sarà, le propongo di fare un'altra indagine, questa sì conoscitiva. Lei sa benissimo che oggi una ragazza precaria deve firmare una letterina, davanti al datore di lavoro, per garantirgli che non diventerà madre. Procediamo ad un'inda-

gine conoscitiva su queste discriminazioni, su questo peso che ancora oggi le ragazze sopportano! Altro che desiderio di maternità! Facciamo un'indagine conoscitiva per appurare quante ragazze ancora sono costrette a vivere in famiglia, a non potersi costruire una propria famiglia. Altro che politiche per la natalità o per la maternità!

Il punto, signor ministro, è che noi abbiamo sancito, in quella legge, il valore sociale della maternità, ma voi oggi volete tradurre questo valore nel controllo sociale sulle scelte delle donne. Questa è la rottura del paradigma. Lei non cambia la legge n. 194, ma la stravolge esattamente rompendo quel tabù. Il punto è il controllo sociale sulle scelte delle donne. Noi chiediamo coerenza.

Approfitto per chiedere la presenza del ministro per le pari opportunità che, credo per una svista, non è indicato tra le persone da audire. Credo che sia fondamentale il contributo di quel ministero: non può esserci discussione sui diritti delle donne, quindi sul diritto alla maternità e all'interruzione volontaria di gravidanza, senza un punto di vista di genere. Questo Governo non ha assunto quello che tutte le conferenze internazionali e mondiali dicono, ossia gli indici di sviluppo di genere: il lavoro, il reddito, l'istruzione, la salute delle donne. Questo vuol dire difendere la maternità.

Signor ministro, lei ieri ha parlato dei consultori. Ebbene, i consultori sono stati inventati dalle donne; sono nati sotto la spinta del movimento delle donne, con una grande consapevolezza. I consultori, oggi, hanno trent'anni, ma le loro finalità sono da ribadire, la loro funzione da ripromuovere.

PRESIDENTE. Onorevole Cossutta, la invito a concludere.

MAURA COSSUTTA. Ancora un attimo, poi recupererò...

PRESIDENTE. Non si può recuperare.

MAURA COSSUTTA. Mi dispiace di essere andata fuori dei termini stabiliti,

ma lei capisce che questa è un'audizione molto delicata, e vorrei poter terminare, se me lo consente.

Nella legge era scritto cosa dovevano rappresentare i consultori; la partecipazione straordinaria delle donne non deve essere vista come un di più, ma come una misura di efficacia e di qualità del servizio. I consultori come servizi di prevenzione. Anche qui, signor ministro, quanta confusione! La prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza non c'entra nulla con le politiche per la natalità e ciò è stato dimostrato attraverso dati scientifici.

Probabilmente, prima di avanzare questa proposta alle regioni avrebbe dovuto coinvolgere direttamente i tecnici e i dirigenti dell'Istituto superiore di sanità che hanno costruito, con grande sapienza e competenza, esattamente quel sistema di sorveglianza che lei nella relazione sostiene essere il migliore al mondo. «Eccellente sistema di sorveglianza» lo definisce. Oggi viene qui senza aver svolto una discussione «scientifica» di merito su questo sistema di sorveglianza.

La legge n. 194 — e non è un caso — aveva affidato ai consultori l'interruzione volontaria di gravidanza, esattamente perché i consultori avevano questa funzione. Credo che qui ci sia una grande ipocrisia e un grande opportunismo politico. Lo ripeto, la prevenzione non c'entra niente con le politiche per la natalità. Sulla prevenzione è tutto scritto e tutto detto e gli operatori che da anni lavorano nel settore ne hanno denunciato le carenze: mancano i consultori, mancano le strutture, mancano le *équipe* multidisciplinari, gli operatori non vengono pagati.

Tutte queste criticità gli operatori le hanno denunciate da tempo. La prevenzione attiva si attua attraverso programmi diretti alle fasce di popolazione a rischio — e lei, signor ministro, su questo non ha detto una parola —, attraverso la diffusione dei metodi anticoncezionali. La libertà e la responsabilità rispetto alla scelta di maternità sono strettamente connesse alla consapevolezza concernente la salute riproduttiva e i metodi contraccettivi.

Lei dice che non intende modificare la legge n. 194, ma in realtà la sta scardinando. Questa è un'operazione per dare diritto di tribuna al Movimento per la vita. Vorrei che lei dicesse una parola a proposito di quelle immagini indecenti di presidi di fedeli, con una croce da processione, davanti ad un ospedale pubblico di Modena, che pregavano per la vita e distribuivano opuscoli a colori raffiguranti feti a tutti gli stadi della gestazione. Vorrei che lei dicesse qualcosa su questo, perché il Movimento per la vita entrerà nei consultori e probabilmente distribuirà i questionari e organizzerà i dati. Probabilmente saranno i servizi di questi centri cristiani fondamentalisti a garantire la difesa della vita.

Questa indagine conoscitiva è il vostro cavallo di Troia. Sulla legge n. 194 è in atto una prova di egemonia: del resto, l'avete fatto prima con la procreazione, adesso con la legge n. 194, con la scuola privata e con le coppie omosessuali. Non si tratta di dare e garantire parola pubblica alla Chiesa — questa è riconosciuta dalla nostra Costituzione —, ma di non riconoscere l'ingerenza della Chiesa, che detta oggi l'agenda politica ai parlamentari della Repubblica.

La legge n. 194 è una diga e questa indagine conoscitiva, lo ripeto, è un cavallo di Troia, perché di fatto smantellerete quella cultura che è alla base della legge n. 194; non il valore sociale della maternità, ma il controllo sociale sulla scelta delle donne.

MARIDA BOLOGNESI. Signor presidente, l'argomento in discussione, come è stato più volte ribadito, è piuttosto serio e delicato. Devo dire che il modo in cui questa Commissione e il ministro hanno deciso di discuterne è un po' meno serio. Purtroppo, l'operazione politica preelettorale che è stata innestata su questa indagine conoscitiva e sulla legge n. 194 in realtà mi sembra abbia poco a che vedere con il diritto alla salute delle donne. Ritengo che questa sia, peraltro, una competenza specifica del ministro, il quale dovrebbe occuparsi di temi sensibili dal

punto di vista etico e risponderne al Parlamento e ai cittadini.

L'unica necessità che potevamo avvertire, in chiusura di legislatura, poteva essere quella di procedere ad una discussione vera con il ministro, piuttosto che dare vita a un circo Barnum per ascoltare pro-abortisti e contro-abortisti. Ho notato, anche nella stessa maggioranza, uno smarcamento da parte di Alleanza nazionale e del ministro stesso, che ieri ci ha ripetuto diverse volte che non è intenzione del Governo cambiare la legge n. 194.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non ieri, sono mesi che lo diciamo !

MARIDA BOLOGNESI. Sì, ma il giocattolo è un po' sfuggito di mano, nel senso che, alla sue prime *boutade*, qualcuno dalla fine mente politica ha deciso di impostare su questa battaglia la campagna elettorale. Se questo non piace alla maggioranza nel suo insieme, è un altro problema. Per quanto mi riguarda, ritengo che il Parlamento sia un'istituzione seria e che leggi importanti come questa si debbano discutere, senza tabù, in tempi, luoghi e modalità adeguate per dare risposte ai problemi. Non vedendo nulla di tutto questo all'orizzonte, provo comunque a porre delle questioni.

A mio avviso, l'ho detto e lo ripeto, avrebbe dovuto esserci, da parte del presidente, l'indicazione di un relatore sul rapporto annuale del ministro al Parlamento. Avremmo quindi dovuto analizzare quei dati, che sono i nostri dati, e capire se veramente sia utile — forse sì — discutere con le regioni modalità di rilevamento diverse.

Sinceramente il questionario, così come il ministro ce lo ha proposto ieri, mi sembra un po' debole rispetto agli obiettivi. Intendo dire che forse lei, prima di redigere la bozza, non si è confrontato abbastanza sia con le regioni sia in questa sede, su quale possa essere il ruolo dei consultori dopo tanti anni. A mio parere, si poteva e si può ancora partire dal ruolo e dalla funzione dei consultori, ossia dal tipo di rilancio che vogliamo attuare nei

confronti di queste strutture dopo tanti anni di attività.

Come è avvenuto quando si è condotta la campagna ideologica sulla procreazione assistita, senza parlare della salute delle donne, anche adesso cercate di aggirare l'ostacolo, non potendo attaccare direttamente la legge n. 194, perché è una legge che garantisce la salute delle donne, dentro un quadro ormai consolidato di cultura del paese. Questo non vuol dire che sia una legge a favore dell'aborto; si tratta di una legge che sancisce la responsabilità e il diritto alla salute delle donne.

Detto questo, il questionario poteva e può scaturire da un'analisi di quello che sono i consultori a distanza di anni, del loro possibile rilancio, del ruolo che possono avere sul territorio rispetto alle fragilità sociosanitarie femminili, ad esempio, o della famiglia.

Questo potrebbe essere, a mio avviso, un filo conduttore su cui discutere seriamente con le regioni della necessità di presidiare il territorio con attività di prevenzione. Sarebbe importante una rilevazione per capire chi sono gli utenti dei consultori. Oltre a ciò, il questionario può essere mirato sugli obiettivi dei consultori. Li vogliamo utilizzare per gli anziani, per le persone sole, oppure per la prevenzione di problemi di altro genere? Discutiamone, ma non approvo l'idea che il consultorio sia il luogo al quale ci si rivolge per abortire. Peraltro, gli stessi dati ci dicono che questo non è vero e che una percentuale minima delle donne che abortiscono passa per quella sede.

I dati indicano anche che, probabilmente, le donne che si rivolgono al consultorio appartengono a una particolare fascia sociale che, alla fine, viene considerata una fascia debole. Sono magari le donne straniere, le donne con minor supporto familiare o del *partner*, e via dicendo. Questo le colloca in una situazione di difficoltà psicologica a cui sicuramente non giova il terrorismo psicologico che si sta facendo sui consultori.

Non sapete che per una propaganda elettorale ben mirata, promossa dall'UDC e cavalcata in modo diverso da altre forze

politiche della maggioranza, alla fine uccideremo i consultori. Quelle poche donne (poche perché sono una minoranza) che si rivolgono ai consultori per abortire non ci andranno più, perché in giro per l'Italia si sta conducendo — il meccanismo della comunicazione è potente — un terrorismo psicologico, che paventa l'ipotesi della presenza di dissuasori nei consultori, di tribunali di controllo sulle donne. Insomma, è già difficile rivolgersi ai consultori e così lo sarebbe ancora di più, poiché questa operazione rischia di far perdere la loro funzione di struttura pubblica. Una funzione che, a mio avviso, dovrebbe essere incrementata rispetto alle modalità di utilizzo dei consultori in futuro.

La legge n. 194 deve essere applicata interamente. Semmai, il questionario potrebbe anche rilevare quanti obiettori ci sono, se il servizio è garantito su tutto il territorio nazionale...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. I dati sugli obiettori li abbiamo.

MAURA COSSUTTA. Anche gli altri dati, ministro, li conosciamo.

MARIDA BOLOGNESI. Il questionario è una bella trovata per far emergere la contrarietà alla legge n. 194, per dire che si vuole garantire di più e così via. Il questionario si fa rispetto ad obiettivi ed io credo che alcune finalità in alcune realtà si siano raggiunte. In alcune regioni si sta lavorando anche sulla maternità. A mio parere, questo polverone ideologico sollevato da taluni, secondo i quali le donne non fanno figli perché i consultori sono degli abortifici, è francamente un messaggio volgare, oltre che falso.

Mi permetto di dire che l'intervento di ieri del collega Giulio Conti, a mio parere, prende le mosse da una cultura che non ha interiorizzato abbastanza cosa sono i consultori, cosa è la rete di prevenzione, qual è l'evoluzione, rispetto a venti o trent'anni fa, dal punto di vista dell'interruzione di gravidanza.

Dunque, il questionario andrebbe ripensato rispetto agli obiettivi. I dati che

qui si chiedono li avete già. Per quanto riguarda la maternità, devo dire che in Italia è difficile da praticare perché mancano politiche per la famiglia, perché non si applica interamente la legge n. 194 sulla prevenzione e perché non si parla abbastanza ogni anno di investire sul diritto e sul desiderio di maternità.

Giustamente qualcuno ricordava che le donne non fanno figli perché non trovano lavoro e quando lo trovano lo perdono in caso di gravidanza, perché non hanno un sostegno vero di politiche per la famiglia, perché non trovano casa, e via dicendo. Sono tanti i problemi dei giovani e delle giovani coppie e mettere sotto giudizio la responsabilità delle donne in merito ad uno dei vissuti più importanti della donna — il suo rapporto con la maternità — credo che sia un modo di pensare sbagliato, volgare, antistorico e ingiusto.

Dai dati contenuti nelle relazioni al Parlamento si evince che la legge n. 194 ha funzionato, che le interruzioni di gravidanza, in questi anni, sono diminuite, che rimangono sacche di intervento sulla prevenzione e sull'applicazione della prima parte della legge suddetta. Credo che il discorso del coinvolgimento del Movimento per la vita e dei dissuasori all'interno dei consultori sia sbagliato; sarebbe opportuno prevedere soggetti del mondo della solidarietà e del volontariato che operino in questa direzione, fuori dalla struttura pubblica, affinché queste opportunità siano conosciute dalle donne. Sicuramente non è la situazione economica che può far decidere in un senso o in un altro; in realtà, i motivi per cui le donne decidono di non portare avanti una gravidanza sono molto più complessi.

Tra i soggetti che il ministro ci ha indicato vi sono le giovanissime. Oggi si accede in maniera sempre più precoce alla sessualità, ma è chiaro che tra sessualità e maternità c'è una larga differenza ed evidentemente non tutte le giovani generazioni hanno una formazione riguardo alla prevenzione, all'educazione e alla libertà di vivere la propria sessualità senza rischi di una gravidanza non desiderata.

Questo aspetto, insieme a quello dell'elevato numero di aborti praticati dalle donne immigrate, sono i grandi temi sui quali vorrei discutere con lei, signor ministro. Chiudendo un inizio di discussione sulla legge n. 194 che è avvertito nel paese come un attacco pesante alle donne, vorrei che ci concentrassimo — questo è anche il suo compito istituzionale — su come si possa fare prevenzione con le giovani e le giovanissime, come si possa fare educazione alla sessualità, ma soprattutto alla contraccezione e alla prevenzione, come si possano promuovere campagne e accordi con i produttori di contraccettivi, dal preservativo alla pillola.

Le pillole anticoncezionali dell'ultima generazione, signor ministro, si pagano. Questo significa che i prodotti farmaceutici che hanno minori controindicazioni — di solito sono, appunto, i farmaci dell'ultima generazione — possono essere utilizzati da chi ha maggiori disponibilità economiche, mentre quelli che continuano a presentare controindicazioni maggiori sono destinati alle fasce più deboli. Si potrebbe prevedere consultori vicino alle scuole superiori, organizzare con il ministro dell'istruzione una campagna sull'educazione e sull'informazione alla maternità responsabile; vorrei sapere se esistano iniziative in tal senso e se prima o poi potremo vederne la luce.

Urgono iniziative nei confronti delle donne immigrate, quelle che vivono ai margini del servizio socio-sanitario. Le donne che vivono ai margini del sistema e dell'assistenza socio-sanitaria ci interessano o non ci interessano? Sono forse cittadine di serie B o di serie C? Se i dati sono quelli che conosciamo, serve fare terrorismo dentro il consultorio o serve ragionare con le comunità di appartenenza, con i mediatori culturali, organizzare campagne mirate di prevenzione?

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Guardi che il terrorismo è una cosa grave!

MARIDA BOLOGNESI. Parlo di terrorismo psicologico, un'espressione usata

nella lingua italiana, che credo di aver utilizzato finora in maniera appropriata. Ed è un'espressione adeguata per indicare questa campagna contro la legge n. 194. Ci rifletta, signor ministro. Commissioni un sondaggio, magari lo faccia realizzare a Berlusconi, a cui i sondaggi piacciono tanto: magari servirà a qualcosa. Credo che il terrorismo psicologico nei confronti delle donne sia la scelta più rischiosa anche rispetto a queste fasce di fragilità rappresentate dalle donne immigrate e dalle giovanissime che, comunque, hanno minori possibilità di accoglienza nel percorso socio-assistenziale.

Vorrei capire se per andare incontro alle esigenze di queste due categorie di donne caratterizzate da maggiore fragilità socio-assistenziale — ripeto la domanda che le ho anticipato ieri e che lei non aveva capito — si possono utilizzare i consultori per una maternità e per una contraccezione responsabile.

CARLA CASTELLANI. E per la famiglia!

MARIDA BOLOGNESI. Della famiglia ho parlato all'inizio del mio intervento, proprio perché noi difendiamo la vita, difendiamo la famiglia, difendiamo la maternità responsabile. Su questo non accettiamo lezioni da nessuno.

FRANCESCA MARTINI. Sento di dover ringraziare il ministro Storace per la condivisione di questa iniziativa della Commissione di svolgere un'indagine conoscitiva su una materia così delicata e importante. Lo ringrazio non solo per la precisione con cui ieri ha riferito sulla materia e sull'oggetto che ci vedrà impegnati nel prossimo periodo, ma anche per la pacatezza con cui l'ha fatto.

Personalmente sono da anni impegnata su questo tema e sono stata l'unico parlamentare ad aver presentato una proposta di riforma della legge n. 405, nel luglio 2004. Già allora esplicitavo il principio secondo cui una donna è veramente libera di scegliere (lo sottolineo alla collega Bolognesi, che dice di non accettare lezioni

da nessuno, mentre io sono convinta che tutti abbiamo bisogno di imparare qualcosa dall'altro) solo quando è informata in maniera completa. Penso non soltanto alla centralità della salute della donna, ma anche alla vita di cui la donna è portatrice. Pertanto, ritengo che la donna dovrebbe essere informata sullo stato di sviluppo della vita che porta dentro di sé, sulle tecniche abortive — cosa sono, cosa comportano, come avviene l'aborto — e soprattutto sulla possibile elaborazione, a suo favore e a favore della vita nascente, di un progetto individualizzato.

In questo senso, proprio in nome del pluralismo, nella mia proposta ho previsto la presenza, nelle strutture consultoriali, anche di un medico obiettore. Oggi questo non avviene, se non in maniera molto sporadica. Nella proposta specifico, inoltre, l'aspetto della collaborazione con le associazioni a tutela della vita, attraverso semplici convenzioni. Verona, ad esempio, attraverso l'ASL/20, ha stipulato una convenzione di questo tipo già un anno e mezzo fa.

Quello che voglio sottolineare è che entrambe le leggi — n. 194 e n. 405 —, per chi ha buona volontà di applicazione, offrono le opportunità di un'interpretazione positiva e costruttiva.

Rispetto alla cosiddetta pausa di riflessione, mi sembra opportuno specificare che al rilascio del certificato che permette di recarsi in una struttura autorizzata dopo sette giorni, dovrebbe seguire una reale presa in carico e una reale assistenza psicologica della donna.

Va però sottolineato che l'aborto non avviene soltanto per il tramite del consultorio. Tale criticità vorrei esplicitare al ministro, anche come una preoccupazione per un positivo svolgimento della nostra indagine. Infatti, è possibile accedere all'interruzione volontaria di gravidanza anche attraverso una certificazione del medico di famiglia — sarà molto interessante ascoltare la loro rappresentanza — o presentandosi direttamente presso una struttura ospedaliera autorizzata. È ovvio che presso il medico di famiglia e presso la struttura ospedaliera non esistono quelle

équipe complete che noi auspichiamo, composte dall'esperto in materia giuridica, dall'educatore e da tante altre figure. Ci sarà l'ostetrica, il ginecologo, ma non credo figure di tipo sociale.

Ritengo che siano queste le criticità che dobbiamo affrontare nella nostra indagine.

MAURA COSSUTTA. Bisogna assumere le persone !

FRANCESCA MARTINI. Da diversi anni mi occupo di questo tema e mi è capitato di incontrare molti medici di famiglia che riferiscono di sentirsi spiazzati di fronte alla richiesta del rilascio del certificato. Spesso il passaggio attraverso il consultorio diventa difficile da affrontare, anche sul piano psicologico, perché probabilmente c'è anche il timore di veder aprire quel dibattito che, invece, noi auspichiamo.

Non ho ancora presentato una proposta normativa che definisca come obbligatorio il passaggio attraverso il consultorio, ma credo che, anche attraverso direttive ministeriali, si potrebbero mettere in rete, in maniera più forte, i medici di famiglia, i consultori e le strutture ospedaliere. Se da domani i consultori dovessero lavorare in maniera ottimale, rispettando il percorso dettato dalla legge n. 194 — credo che ce ne siano già molti che lavorano bene —, in realtà avremmo un doppio o triplo canale, con una scorciatoia rappresentata dal rilascio del certificato, una settimana di cosiddetta riflessione, seguiti dall'ingresso nella struttura ospedaliera per la diagnostica e per le prime valutazioni dell'età gestazionale, per verificare se sia corretta. Del resto, il solo elemento di rispetto della legge n. 194 che si riscontra oggi nella struttura ospedaliera è la verifica che l'età gestazionale sia inferiore a tre mesi (12 settimane). Dopodiché, si fissa un appuntamento per l'intervento e si va avanti.

Lo sviluppo di un progetto individualizzato richiede, senza dubbio, una mentalità e una capacità progettuale e di coordinamento tra le istituzioni molto elevata. Questo è, a mio avviso, il grande

passaggio di tipo culturale che lei, signor ministro, può facilitare con il suo lavoro e che anche noi, come membri della Commissione, possiamo non soltanto auspicare, ma anche favorire attraverso queste audizioni.

La ringrazio nuovamente per averci supportato nel nostro lavoro e per quello che potrà ancora fare.

CARLA CASTELLANI. Voglio anch'io ringraziare il ministro Storace per la profondità della relazione che ieri abbiamo ascoltato e per l'approccio estremamente ragionato e ragionevole su una tematica così delicata e di così difficile approccio.

Nel corso della deliberazione di questa indagine conoscitiva, siamo stati accusati — perlomeno qualcuno della coalizione lo è stato — di aver voluto strumentalizzare l'indagine a fini elettoralistici. Credo che sia realmente sgradevole approcciare il problema in questi termini. Chi formula queste accuse sostiene che a fine legislatura non ci sarebbero né i tempi, né i modi per arrivare a un risultato apprezzabile. Penso, invece, che mai come in questo momento sia necessaria una valutazione dell'applicazione di questa legge. Ritengo, altresì, che non sfugga a nessuno che, con la risposta al referendum sulla procreazione assistita — mi rivolgo anche ai colleghi di centrosinistra affinché facciano una valutazione politica, tenuto conto che molti loro elettori hanno percepito il valore laico di questa legge —, dal paese è partita una riflessione su un certo percorso, anche in tema di aborto.

Questo non significa che la legge sull'aborto debba essere rivisitata o cancellata. Nessuno si è mai sognato — il ministro l'ha ribadito ieri con parole chiare — né si sognerà mai di rivisitare la legge sull'aborto.

È anche vero, però, che un paese che deve affrontare il problema della grande denatalità deve anche valutare in maniera corretta l'applicazione di questa legge. Sappiamo tutti — lo sanno anche le colleghe Bolognesi e Cossutta, le cui posizioni sono abbastanza diversificate nell'approccio a questo problema — che con il risul-

tato dell'indagine conoscitiva e la possibilità di creare le condizioni per applicare in maniera più compiuta questa legge si possono aiutare le donne a scegliere veramente.

Chi può dire quanti sarebbero stati gli aborti, anziché gli oltre 4 milioni che sappiamo, se ci fosse stata un'attenzione maggiore verso le donne e verso la coppia, visto che i figli spesso si fanno in due...

MAURA COSSUTTA. Ma nascono sempre da una donna!

CARLA CASTELLANI. Questo vuol dire che i maschi presenteranno una proposta di legge per avere anch'essi la possibilità di diventare mamme. Questa è la legge di natura, onorevole Cossutta. I figli nascono dalle donne, ma si fanno in due (a parte i casi di violenza, dove manca un consenso reciproco).

Chi ci dice che, se fosse stata applicata compiutamente la legge n. 194, alcuni degli aborti praticati in questi anni non sarebbero stati evitati? Per scelta della donna e della coppia, onorevole Bolognesi, e non per terrorismo psicologico.

Questo rientra, a mio avviso, nel campo delle politiche sociali e delle politiche per la famiglia: aiutare una coppia a scegliere liberamente il proprio percorso. È evidente che se la donna e la coppia sono estremamente convinte di procedere all'aborto, non ci sarà nessuno in grado di fermarle ed è una loro libera scelta. Quello che noi chiediamo, con questa indagine conoscitiva, è di verificare se sia possibile creare tutte le condizioni perché questa libera scelta possa determinarsi.

Quando nel mio ospedale sono iniziate le interruzioni volontarie di gravidanza — eravamo due donne anestesiste — i maschietti avevano deciso tutti di fare obiezione di coscienza. Da medico cattolico, mi sono trovata di fronte al dramma se scegliere in base al mio orientamento cattolico o in base alla mia professionalità. Anche per tutelare le donne, non ho scelto di fare obiezione di coscienza. Il mio compito era quello di valutare, dal punto di vista anestesilogico, la condizione delle

donne che dovevano affrontare il giorno stesso o il giorno dopo l'intervento; tantissime volte mi è capitato di avere di fronte a me donne particolarmente ansiose e agitate. Quando chiedevo se il loro stato d'animo fosse dovuto alla preoccupazione per l'intervento, alcune si mettevano a piangere. Queste donne non erano state valutate in maniera congrua da nessuno. Alcune di esse, dopo che le ho invitate a ragionare, hanno scelto un percorso diverso. Non rientrava nelle mie funzioni un lavoro di approfondimento psicologico, ma ho dovuto farlo, perché nessuno lo aveva fatto prima. Devo aggiungere che, dopo due anni, quando ho visto che nel mio ospedale tornavano periodicamente sempre le stesse donne, ho fatto obiezione di coscienza. Questa è la mia esperienza personale, che credo possa essere utile per capire come non sia affatto necessario ideologizzare le posizioni, ma semmai ragionare in maniera serena.

Chiedo alle colleghe — soprattutto alla collega Cossutta, che ritiene questa iniziativa un modo per mettere in discussione un percorso ideologico di una parte della sinistra — di restare con i piedi per terra. Il nostro obiettivo è quello di aiutare le donne e le famiglie a scegliere liberamente. Nessuno intende giudicare in maniera negativa le donne che decidono di abortire. Questa scelta rientra nella sfera privata, ma è un dovere sacrosanto del Parlamento far sì che, laddove è possibile, lo Stato intervenga perché le donne siano libere di scegliere anche di non abortire.

GIUSEPPE PETRELLA. Vorrei iniziare questo breve intervento partendo da un'affermazione dell'onorevole Castellani, che ha ribadito che nessuno si sogna di modificare la legge sull'aborto. Se questo è vero — considero attendibili le affermazioni della collega — non capisco a cosa serva questa indagine conoscitiva.

CARLA CASTELLANI. Come ho spiegato, a lasciare le donne libere anche di non abortire.

GIUSEPPE PETRELLA. Certo, ma questo deriva direttamente dalla legge. Non

può essere un'indagine a modificare il senso della legge n. 194.

Ho letto con estrema attenzione la relazione del ministro della salute e devo riconoscere che ne ho apprezzato la puntualità dal punto di vista scientifico (vedo, alla destra del ministro Storace, il professor Greco, uno dei migliori epidemiologi a livello non solo nazionale, ma anche europeo). Ebbene, dai dati presentati, chi di noi abbia una minima competenza può capire come viene applicata questa legge. È vero, i numeri hanno un valore preciso, ma sono anche aridi, signor ministro. Per quanto mi riguarda, il primo dato che mi colpisce è che dal 1983 al 2003 c'è stato un calo degli aborti del 43,5 per cento.

Tutti, insomma, dovremmo riconoscere che questa legge ha contribuito, attraverso i consultori e attraverso la conoscenza delle problematiche, all'abbattimento di circa il 50 per cento del numero delle donne che abortiscono. Dunque, se è vero che nessuno si sogna di modificare la legge, è una farsa quella che stiamo facendo, è il teatrino della politica, oppure è qualcosa di serio? Indagare significa vedere, verificare: qui, invece, stiamo semplicemente ascoltando delle posizioni di parte.

Ieri ho letto con molta attenzione le dichiarazioni dell'onorevole Fini, che su questo argomento, come già sulla fecondazione, ha mostrato un'apertura mentale ben superiore a tanti altri esponenti del centrodestra. Anche il vicepremier, infatti, si chiedeva perché l'indagine dovesse concludersi il 31 gennaio. Evidentemente, dobbiamo ritenere, non si vuole fare una vera indagine conoscitiva.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. L'indagine si può fare, il problema sono i tempi.

GIUSEPPE PETRELLA. Nessuno deve avere paura di verificare se l'applicazione di una legge avvenga in modo compiuto o meno, ma non è neanche giusto, al termine di una legislatura, strumentalizzare qualcosa di estremamente importante. Almeno che non vogliamo essere farisei e

ipocriti, dobbiamo ammettere che l'aborto colpisce profondamente ogni donna. Sfido chiunque a dire che una qualsiasi donna possa essere contenta di abortire.

Se vogliamo parlare in maniera seria e competente, convochiamo pure tutti i soggetti che vogliamo audire, ma prendiamo in considerazione realtà del nord, del centro e del sud; vediamo come viene applicata questa legge e cosa, eventualmente, nella sua applicazione deve essere modificato. Questo è il mio invito. Non voglio fare nessuna crociata, ma essere responsabile, in questo Parlamento, di uno strumento che è importantissimo per ogni donna e per la vita umana.

Un'ultima osservazione, prima di concludere. Mi rivolgo a lei, signor presidente, che è un ginecologo e un cattedratico e conosce questi argomenti meglio di me. Se non c'è la prevenzione, se non c'è l'educazione, se non ci sono le risorse, di che cosa parliamo? Se vogliamo abbattere in maniera ancora più evidente il tasso di aborti, dobbiamo investire su questo. Dovremmo verificare cosa succede, cosa manca, cosa bisogna aggiungere nei consultori.

Per quanto mi riguarda — parlo in maniera libera da qualsiasi vincolo parlamentare — sono disponibile a svolgere questa indagine, a patto che sia seria.

ROSY BINDI. Non aggiungerò molte altre parole a quelle che ho già detto sul limite oggettivo e, a mio avviso, insuperabile di questa indagine conoscitiva. Parlo di un limite oggettivo che è temporale, politico e, da alcuni punti di vista, almeno per quanto mi riguarda, anche etico, altrettanto insuperabile.

Questa è forse la legge più monitorata del nostro ordinamento giuridico. Tuttavia, sono convinta che qualunque legge, e questa in particolare, possa essere applicata meglio di quanto accade. Personalmente, dunque, non ho nessuna remora a introdurre elementi di conoscenza maggiori di quelli che abbiamo. Sono sicura, però, che non riusciremo ad ottenerli con questa indagine conoscitiva, entro il 31 gennaio.

A mio parere, quella che ha spinto la maggioranza a dare il via all'indagine conoscitiva non è certamente una motivazione nobile. L'indagine è solo un modo strumentale per inserirsi all'interno di un dibattito, che si è riaperto nel nostro paese nel modo meno opportuno e meno congruo, data la delicatezza del tema.

Dico questo senza paura di essere smentita. Se ci fosse stato, da parte di tutti, e soprattutto da parte della maggioranza, questo amore nei confronti della corretta applicazione della legge, non si sarebbe arrivati al quinto anno della legislatura senza aver dedicato neanche una seduta all'esame delle relazioni che puntualmente, ogni anno, i ministri ci hanno fornito. Non posso non sottolineare questo aspetto del quale, francamente, mi rammarico.

Sarà interessante andare a rileggere gli atti di questa indagine conoscitiva, anche perché sarà inevitabile che ciascuno di noi faccia la propria storia intorno a questa vicenda. Questo è un tema che tocca ognuno di noi nel profondo della propria vita, dei propri convincimenti, della propria storia personale.

Anch'io, al riguardo, voglio raccontare una piccolissima esperienza personale. Come è noto, sebbene non fossi in Parlamento, nel 1981 mi sono impegnata a fondo per promuovere il referendum per l'abrogazione di questa legge. Tuttavia, il giorno dopo la sconfitta del referendum, ebbi modo di dire alle persone con le quali avevo condiviso questo percorso che da quel momento bisognava smettere di fare la guerra alla legge n. 194 ed occorreva applicarla. Affermavo, infatti, che se nell'applicazione di questa legge fosse venuta meno la partecipazione da parte di chi, più di altri, per proprio convincimento, si dichiarava contrario all'aborto e a quella legge, sicuramente la stessa avrebbe finito per essere meno applicata proprio nella parte che veniva rubricata come tutela sociale della maternità.

Quando, in questi giorni, ho sentito affermare da eminenti esponenti della Chiesa italiana, laici e non laici, vescovi e cardinali, che si dovrebbe applicare la

legge n. 194 nel suo complesso, mi sono sentita sollevata. Sono passati tanti anni, ma finalmente si è arrivati a un punto cruciale: se queste parole fossero state pronunciate il giorno dopo la sconfitta del referendum, probabilmente ci sarebbe stata, da parte di tutti, una partecipazione all'applicazione più completa di questa legge.

Sicuramente, indagine conoscitiva o meno, nessuno può dire di aver fatto abbastanza per applicare totalmente questa legge e per interpretarne il vero spirito. La legge n. 194, per quanto sia stata oggetto di un referendum, è uscita dal Parlamento come il frutto di una grande mediazione e di un grande lavoro di incontro tra coloro che volevano e coloro che non volevano introdurre l'aborto. Basterebbe andare a rileggere gli atti parlamentari per verificare con quale finezza, da parte di tutti, si è lavorato. Sebbene non siano mancati toni scomposti, si è trattato di un lavoro parlamentare serio e approfondito. Questa legge rappresenta, in qualche modo, un punto di equilibrio.

Credo alle dichiarazioni di chi afferma che non vi è nessuna volontà di modificare la legge n. 194. Non ho motivo di ritenere che stiate affermando una cosa falsa. Meno male, dunque, che nessuno ha in mente di modificare la legge, perché apriremmo una lacerazione profonda.

Stiamo attenti, però, anche ad assumere toni di contrapposizione, caratterizzati da venature ideologiche, anche nel riflettere sulla sua corretta applicazione. Gli effetti sul paese e sulle donne, in questo caso, potrebbero essere uguali a quelli che si verificherebbero se si riaprisse una discussione sulla legge. Inviterei tutti, pertanto, a rifarsi allo spirito del legislatore, che è stato lo spirito di un legislatore responsabile, equilibrato. È sempre molto difficile interpretare le leggi che rappresentano un punto di equilibrio, perché tutto sommato esse richiedono un'azione complessiva molto più impegnativa.

Permettetemi di citare un'altra esperienza personale. Come è noto, mi sono trovata a dover inoltrare al Parlamento,

per tre volte, la relazione annuale (l'ultima era stata preparata, ma venne inoltrata con la firma del ministro Veronesi). Ieri ho ascoltato con molta attenzione il ministro e credo di essermi trovata in una posizione tale per cui non faccio fatica a condividere la sua intenzione di avere maggiori elementi conoscitivi. Esiste una relazione, che reca la mia firma, nella quale ho voluto inserire il riparto dei fondi e dei finanziamenti ai consultori. Non era difficile allora e non è difficile ora affermare che il consultorio, prima struttura dei servizi territoriali a integrazione socio-sanitaria, è stato il primo servizio alla famiglia, la prima struttura con qualche riferimento istituzionale che ha servito la famiglia, la maternità e i bambini nel nostro paese, ha subito diverse evoluzioni. In alcuni casi, si è trattato di un'evoluzione volta all'inserimento nella rete dei servizi ad integrazione socio-sanitaria, nei piani di zona, che purtroppo sono presenti in pochissime parti del nostro paese, anche per la guerra, palese o meno, condotta in questi anni per l'integrazione socio-sanitaria, con le leggi n. 328 e n. 229, che rilanciavano questa rete di servizi.

Non si fa fatica a capire, dunque, che i consultori hanno subito una trasformazione, ma forse non sono stati sufficientemente monitorati, perché ce ne siamo dimenticati — per questo invito tutti ad evitare di assumere toni ideologici su questa vicenda — e spesso e volentieri si sono fortemente indeboliti.

Quello che ci chiediamo è se la relazione annuale che il ministro presenta al Parlamento sia in grado di cogliere e riferire tutta la complessità di questo fenomeno, di questa realtà. È in grado di farlo, al di là dei numeri? È un interrogativo sul quale ho riflettuto diverse volte. Credo che il dottor Greco potrebbe testimoniare, insieme a qualche altro dirigente del ministero e dell'Istituto superiore di sanità, che non ho mai ricevuto le carte inoltrandole automaticamente al Parlamento, ma ho sempre voluto approfondire, integrandole con una relazione redatta di mio pugno.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Insomma, lei era più brava di me!

ROSY BINDI. No, ministro, non sto dicendo questo. Capisco che lei possa aver trovato un limite in questo tipo di azione, perché è un'esperienza che ho vissuto anch'io, provando a fare qualcosa di diverso.

Ora sottoporro alla vostra attenzione alcune questioni. Innanzitutto, sono d'accordo sul fatto che il protocollo non debba calare dall'alto, ma debba essere sottoposto all'attenzione delle regioni, attraverso un metodo di responsabilità concorrente che apprezzo. Comincio con il dire, però, che alcuni dei dati in più che il ministro vorrebbe ottenere dalle regioni sono già noti. Li hanno sicuramente le regioni, li ha sicuramente il Senato, dove peraltro è stata condotta un'indagine conoscitiva proprio sui consultori. Consiglio, intanto, di acquisire questi dati.

In secondo luogo, come si pensa di conoscere gli altri due terzi di accessi alle strutture ospedaliere? Intendo dire che ai consultori arriva un terzo delle donne che vogliono abortire. C'è stato un piccolo aumento, rispetto alle altre strutture, perché è aumentato il numero delle immigrate che vi si rivolgono, a dimostrazione del fatto che, laddove ci sono, i consultori rappresentano un servizio utilissimo.

Come si pensa di agire sui medici di famiglia? Come si pensa di agire sulle strutture ospedaliere? Faccio notare che lo stesso Movimento per la vita, a fronte della proposta avanzata da qualcuno di inserirne qualche esponente nei consultori (proposta da certi punti di vista offensiva, considerato che esponenti del Movimento spesso sono già nei consultori o nei piani di zona dei servizi), ha chiesto di sottrarre ai consultori la scelta dell'interruzione della gravidanza e di essere inserito, semmai, nell'ambito degli ospedali, che rappresentano le strutture alle quali maggiormente si rivolgono le donne per abortire. Bisogna fare i conti con questa complessa situazione.

L'interrogativo che pongo in maniera più urgente è il seguente: siamo davvero convinti che sia rilevabile questa fase della prevenzione? Siamo davvero convinti che sia trasferibile in dati statistici la complessità di un colloquio fra un operatore e una donna, ammesso che l'operatore ci sia, che sia in grado di farlo, e quant'altro?

Vorrei che si avvertisse il senso del limite, questa volta ancora più insuperabile. Non voglio essere io a rilevare la delicatezza del tema, per non aver fatto esperienza diretta, ma le colleghe che hanno messo al mondo dei figli credo siano in grado più di me di farlo. Chiederei, a questo punto, agli uomini di «arrestarsi», come atto di rispetto. Mi viene in mente il presepio: prendete esempio da san Giuseppe, figura per la quale ho sempre nutrito grande ammirazione, per la capacità che ha avuto di arrestarsi. Attenti a pensare che sia possibile fotografare, filmare, trasferire in meri dati statistici quello che avviene, in quel momento, nella vita di una donna. Per cortesia, la politica — a proposito del limite della politica — deve fare come san Giuseppe.

Un elemento fondamentale è quello dell'altra prevenzione, che ha un ruolo enorme. Non ho mai fatto e non farò mai il rapporto diretto fra diminuzione delle nascite e aumento degli aborti. Guarda caso, nel nostro paese si registra la diminuzione delle nascite e la diminuzione degli aborti, mentre in Svezia si è verificato l'aumento delle nascite e l'aumento degli aborti. Sappiamo perfettamente che il fenomeno è ben più complesso. La scelta che porta all'aborto appartiene a qualcosa di assolutamente originale rispetto alla decisione complessiva di mettere o di non mettere al mondo un figlio. C'è comunque una relazione, altrimenti la legge n. 194, se ne vogliamo interpretare lo spirito, non si sarebbe arrestata in maniera così chiara alle cause economico-sociali. Badate, la legge n. 194, nei punti nei quali specifica l'attività di prevenzione da svolgere, non impone certo di indagare sulle motiva-

zioni, ma prevede che si verifichi, se possibile, la rimozione delle cause economico-sociali.

Automaticamente, fra questo tipo di prevenzione, che agisce in quella settimana, e l'altra, che non chiamerei prevenzione, ma impegno per la maternità, per i figli, per la famiglia, non c'è indagine conoscitiva che tenga. Occorre un esame di coscienza della politica di questo paese, nel quale ciascuno si assume la propria responsabilità e si richiama con chiarezza al senso del limite e del pudore. La nostra è una politica che da trent'anni — non sto parlando degli ultimi cinque anni — ignora che questo paese ha gli andamenti demografici che sappiamo. Il nostro è l'unico paese europeo che non ha una politica organica sulla famiglia. Questa politica abbia il pudore di assumere, nei confronti delle donne, un atteggiamento rispettoso delle loro scelte. Non ha titoli diversi, a parte quelli che mi pare si stia arrogando negli ultimi tempi.

RENATO GALEAZZI. Non ero sicuro di intervenire, ma lo faccio dopo aver ascoltato la relazione del ministro — che ringraziamo per la disponibilità — e la discussione che ne è scaturita. Considero dove-rose alcune riflessioni su una legge così importante, che segna la vita e il costume di questo paese.

La prima è una riflessione di metodo. Non si comprende l'urgenza di questa indagine conoscitiva a quattro mesi dalla scadenza della legislatura. Il Presidente Casini ha chiarito che non ha potuto negare l'assenso, avendo accolto tutte le richieste di deliberare indagini conoscitive. Al di là del merito, ben altra importanza possono aver avuto le Commissioni Mitrokhin o Telecom Serbia, che peraltro sono state istituite all'inizio della legislatura e non a pochi mesi dalla chiusura della stessa.

Il ministro sostiene la necessità di conoscere come ha funzionato questa legge. Poteva funzionare meglio? Certamente tutto è migliorabile, ma mi sorprendono le sue dichiarazioni quando afferma, da un lato, che il ministero non ha a disposizione

alcun dato relativamente ai consultori — le domando, dunque, come spera di ottenere nuovi dati, se mancano quelli di partenza: mi sembra una contraddizione in termini — e dall'altro che sicuramente la legge non è stata applicata bene.

A me pare, leggendo la relazione, che abbiamo molti dati; se vogliamo ragionarci sopra, abbiamo molte informazioni importanti. Del resto, è stato già detto che la legge n. 194 ha funzionato: 42 per cento in meno di aborti dal 1982, se non sbaglio. È vero che i numeri diminuiscono per le donne italiane e aumentano di tre volte per le donne straniere, ma sappiamo che la nostra società sta diventando multietnica e che abbiamo sempre più donne straniere, tenendo conto peraltro che sono quelle che fanno più figli. Basta andare in una corsia di ospedale per verificare quanto siano numerosi i figli di colore: i due terzi del totale. Lo dico perché il relativo incremento demografico che conosciamo è dovuto ai cittadini stranieri, non italiani.

Come diceva la collega Bindi, il calo demografico ha cause complesse e non ci si può chiedere quanti bambini in più sarebbero nati se la legge avesse funzionato meglio. Non posso accettare questo ragionamento. Si tratta di due elementi scollegati: una cosa è una legge di civiltà, altra cosa è il problema del calo demografico, che prescinde da questa legge. Allo stesso modo, non si può introdurre il discorso della procreazione assistita, per dire che su di essa avremmo dovuto insistere per incrementare le nascite. Anche quello è un altro problema, che peraltro riguarda una fascia minima della popolazione.

Il problema del calo demografico, lo ribadisco, è più complesso e rientra nel discorso delle politiche per la famiglia, richiamate poco fa dall'onorevole Bindi. Credo che si debba assumere una politica adeguata in questa direzione.

Personalmente posso dire di avere la coscienza a posto, perché da sindaco fui tra i primi a istituire il pacchetto famiglia e a promuovere agevolazioni per le mense, per il trasporto, per la scuola, insomma

per una serie di ambiti che possono rendere tranquilla una donna che decide di avere un figlio, senza considerare la gravidanza come una disgrazia o un danno economico.

Il problema è molto complesso e va affrontato dal suo giusto verso. Non vorrei — e vengo alla seconda riflessione — che questa legge limiti il problema a un fatto burocratico e statistico. Non è questo che ci serve. Non vorrei che il fatto di rendere i consultori ultraefficienti possa avere l'effetto di spaventare molte donne, renderle diffidenti o addirittura farle scappare da una struttura pubblica, con il conseguente aumento degli aborti illegali.

Francamente mi pare che questa discussione avvenga fuori tempo massimo per questa legislatura. Signor ministro, il presidente del suo partito ha richiamato tutti a evitare tentativi di cambiare la legge n. 194, che potrebbero rivelarsi un *boomerang* politico in fase di campagna elettorale. Questo significa che l'argomento è davvero delicato ed è preferibile non infilare la testa in un vespaio che rischia di diventare incontrollabile.

La mia impressione è che si sia voluto stuzzicare qualche nicchia di elettorato; me lo lasci dire, signor ministro. In una fase in cui i destini elettorali del centro-destra non appaiono molto felici, almeno per quel che sappiamo, si è cercato di sollevare un problema, a mio parere, in maniera un po' strumentale. È mia opinione che si debba abbandonare questo intendimento, proprio perché questa legge riguarda la vita, riguarda i sentimenti primi, ancestrali, gli istinti della conservazione della specie. Lasciamo fuori dalla nostra campagna elettorale argomenti che sono molto al di sopra di essa.

GRAZIA LABATE. Credo che questa vicenda sia legata, in modo particolare, alla maniera in cui si è pervenuti alla richiesta di indagine conoscitiva. Pur apprezzando il suo tentativo di trovare una sorta di sistematizzazione nella valutazione di dati quantitativi, di ricercarne un'omogeneità per capire cosa succede sul territorio nazionale, mi permetto di dirle,

signor ministro, che le fonti non sono così rare, al di là delle schede e delle notizie che riceviamo dalle regioni.

Le questioni che lei ha posto, signor ministro, chiamano in causa funzioni, compiti e modalità operative; quindi una grezza analisi del numero delle strutture funzionanti, del numero delle professionalità presenti ci aiuterebbe poco, se le finalità di questa indagine conoscitiva fossero quelle ufficialmente dichiarate in questa sede. Ed io vorrei prendere per buone quelle, evitando di considerare, al di là di quel che è stato fatto in queste settimane, questo argomento come un tentativo strumentale da campagna elettorale, per sollevare polveroni ideologici di cui il paese non ha bisogno in questo momento.

Quando abbiamo dibattuto, signor ministro, nella trasmissione 8 e mezzo, è emersa una discordanza di opinioni fra me e lei sulle analisi che in questo paese sono state fatte, dal 1978 ad oggi, in materia. Ce ne sono state anche di intelligenti, che hanno affrontato il problema dal punto di vista complessivo; altre — mi riferisco, ad esempio, alle indagini multiscope dell'ISTAT — hanno fotografato dati ponderati, ma grezzi, sia delle strutture sia dell'andamento demografico della popolazione e dell'interruzione volontaria di gravidanza. Questa analisi, ad esempio, è uscita molto prima delle relazioni presentate a ottobre al Parlamento.

In generale, però, chi vuol fare una valutazione attenta del fenomeno nel nostro paese non può prescindere da un testo che io ho sempre considerato la mia bussola, per capire cosa accadeva in ordine all'applicazione della legge n. 194 in Italia. Mi riferisco al testo di Grandolfo, Spinelli, Donati «Epidemiologia dell'interruzione volontaria della gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione»: si tratta di un rapporto davvero molto interessante, sebbene risalente al 1991.

Tenga conto, ministro Storace, che chi le parla è una donna che ha assunto molte iniziative politiche, ancorché da consigliera comunale, per ottenere nel 1975 quelle strutture. Consideri, inoltre, che in Italia la struttura consultoriale, a diffe-

renza di quello che avviene in Europa, è fortemente incentrata sulle attività di ordine psicologico e sociale, cosiddette di *counseling*. La coppia, di fronte a tematiche molto complesse, sia quelle contraccettive sia quelle inerenti il desiderio di maternità, immaginiamo inerenti la decisione di interromperla, ancorché si tratti di una decisione autonomamente assunta, ha bisogno di colloquiare intorno a quella decisione e ricevere delle risposte.

Ieri si diceva che la legge del 1975 è datata. Io sono certa invece, signor ministro, che se lei la considera in funzione di quanto ci ha detto ieri, la troverà di estrema attualità (*Commenti del ministro Storace*).

Sul tema delle risorse mi soffermerò in seguito, in quanto esso richiama una coerenza etico-morale anche di questa Commissione in sede di indagine; altrimenti ci laviamo la coscienza approvando un documento conclusivo entro il 31 gennaio, ma il problema non muterà.

Tornando al testo che ho citato, si trattò di un'indagine epidemiologica molto seria, perché paragonò interruzione volontaria di gravidanza e possibilità di prevenzione. Quell'indagine disse al paese — è un'affermazione che ho ritrovato sempre, in tutte le relazioni — che per la piena applicazione della legge occorre innanzitutto rimuovere gli ostacoli per la pienezza delle professionalità presenti dentro le strutture consultoriali. Signor ministro, potrà verificare che dentro le strutture consultoriali più che un ginecologo, un'ostetrica e, quando va bene, uno psicologo — questo avviene solo in grandi aree metropolitane, che si sono attrezzate da tempo —, è difficile trovare.

In realtà, dal 1975 queste strutture hanno subito, in base ai decreti (stampati 1, stampati 2 e così via) che si sono susseguiti, diverse evoluzioni. Chi le parla ha messo in piedi, a Genova, nove consultori, in parte anche contravvenendo alla legge: non si poteva assumere e, con la Facoltà di ostetricia e ginecologia, si utilizzò, per la prima volta in Italia, lo strumento della convenzione degli specialisti in ginecologia all'ultimo anno,

altrimenti non avremmo potuto applicare la legge (cito il professor De Cecco, noto luminare sui cui testi di fisiopatologia della riproduzione e del parto studia l'Italia intera).

Certamente, signor ministro, lei ha offerto uno strumento; mi auguro che lo negozierà con la Conferenza Stato-regioni e con le regioni italiane, proprio perché lei ieri ha affermato — e io l'ho molto apprezzato — una volontà fortemente concertativa. Non c'è gesto autoritativo, in questo campo, che potrà ottenere un risultato, anche perché la dimensione dell'applicazione regionale è molto variegata nel nostro paese.

Le strutture consultoriali hanno una funzione già completa, per la materia che noi discutiamo. Dobbiamo cercare di capire in che modo hanno attuato pienamente o meno i dispositivi della legge e, quando lo avremo capito, dovremo essere conseguenti. Questa sera approveremo una legge finanziaria in cui non è mancato, né dalla maggioranza né dall'opposizione — per quanto mi riguarda, è il quinto anno che presento lo stesso emendamento —, un richiamo al Governo al rifinanziamento della legge. Dal 1978, noi abbiamo una legge dello Stato non rifinanziata.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Da allora, la differenza è che oggi c'è il fondo sanitario nazionale, che è indistinto.

GRAZIA LABATE. Lo so bene.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. È fatto male, ma queste cose già le conosciamo.

GRAZIA LABATE. Non c'è dubbio, ma, come lei sa, quando approviamo le leggi finanziarie guardiamo alla complessità della manovra sulla politica sanitaria e poi abbiamo anche le leggi di settore.

Siamo d'accordo che il fondo sanitario nazionale vale per tutto, ma questo Parlamento può finanziare — cosa che non ha fatto negli ultimi anni — anche una legge di settore: ebbene, sarebbe opportuno che

lei, come ministro della salute, vi inserisse adeguate linee-guida perché quegli stanziamenti sulla legge di settore possano coprire una gamma di funzioni più ampia e dare un po' più di ossigeno al sistema applicativo a livello regionale, per far sì che le strutture possano stipulare convenzioni, magari assumere il sociologo, se il consultorio si trova in una zona a densità di popolazione con rilevanti problemi sociali, oppure il mediatore culturale, e così via. Non agito la questione del rifinanziamento come un fatto ideologico, senza sapere come stanno le cose. Noi abbiamo il dovere di applicare la legge generale sul fondo sanitario nazionale, ma anche di rifinanziare questa legge di settore. Delle due l'una: o la legge di settore si cancella e confluisce tutto nelle linee del piano sanitario nazionale, oppure, se la legge di settore vige nel mio ordinamento, ho il dovere di chiedermi, con quei pochi finanziamenti e con un fondo globale destinato a tanti piani applicativi, cosa succede di quella legge.

Al di là della scheda che lei negozierà con le regioni, signor ministro, noi vogliamo ottemperare il mandato della legge secondo il quale deve essere istituito un consultorio ogni 20 mila abitanti? Al riguardo, i dati ci sono, non c'è da scoprire niente: noi abbiamo 0,8 consultori ogni 20 mila abitanti. Non solo, ma oggi mi porrei anche il problema di verificare se per una struttura che deve avere tutte quelle caratteristiche sia giusto il rapporto di 1 a 20 mila. Intanto, però, cerchiamo di raggiungere almeno quel rapporto, che in tanti anni non è stato raggiunto.

Infine, signor ministro, il retropensiero non mi appartiene per formazione culturale (*Commenti del ministro Storace*).

La sua relazione parla di 0,8 consultori ogni 20 mila abitanti. So bene che ci sono anche dati aggiornati al 2004, ma solo per alcune regioni. Sappiamo che alcune regioni comunicano dati completi, altre parziali. Comunque, aggiorneremo i dati e può darsi che la scheda ci dica ancora di più e meglio. Sta di fatto, però, che il rapporto previsto dalla legge in questo paese non è stato raggiunto.

Questa indagine conoscitiva, a mio modo di vedere, avrebbe prodotto i suoi effetti se, oltre al sistema delle audizioni, si fosse indicata una metodologia, con schede appropriate e argomenti di rilevanza, e un tempo giusto. Ho molto apprezzato le parole del Vicepresidente del Consiglio dei ministri, nonché ministro degli esteri, l'onorevole Fini, il quale ha affermato che non si può svolgere un'indagine conoscitiva entro la data bloccata del 31 gennaio. Se di indagine conoscitiva seria deve trattarsi, questa data può essere traslata nel tempo.

MAURA COSSUTTA. Fini ha detto che il termine non poteva essere rigido.

GRAZIA LABATE. In conferenza stampa l'onorevole Gianfranco Fini ha detto che questo termine così perentorio non poteva essere assunto in maniera rigida. Un'indagine conoscitiva seria, se vuole approfondire (*Commenti del ministro Storace*)...

Signor ministro, per dimostrarle che su questa partita le visioni ideologiche non hanno alcun senso, è giusto che le forze politiche ascoltino con attenzione, quando le affermazioni giuste provengano da qualsiasi parte. La mia opinione è la seguente: procediamo, ma con quella serenità culturale e mentale necessaria per affrontare una partita delicata.

Questa crociata relativa al rapporto tra 4,5 milioni di aborti e la possibilità che con una più compiuta applicazione della legge n. 194 avremmo avuto 4,5 milioni di bambini in più, chiamerebbe a una stringente coerenza. In tal caso, mi domanderei come mai il suo predecessore, a marzo di quest'anno, abbia presentato un progetto obiettivo per la prevenzione che non contiene una parola — parliamo di prevenzione cardiologica, di ictus, di tumori — sulla prevenzione per affermare la maternità consapevole.

Non faccio polemiche, ma dico che quando si affronta un problema bisogna essere intimamente coerenti, altrimenti il dubbio rimane. A chi giova fare un'indagine in 30 giorni? Per raggiungere quale

obiettivo? Se mi consente, signor ministro, questo dubbio mi rimane; in corso d'opera, vedrò se il sistema delle audizioni lo fugherà oppure lo confermerà.

MARIA BURANI PROCACCINI. Riconosco su questa materia la competenza del ministro della salute e tutt'al più, per quello che dirò dopo, del ministro del *welfare*. Sono molto contenta che il ministro degli esteri esprima le sue idee, come è giusto, ma non vedo cosa c'entri questo continuo richiamarsi alle sue parole. È un cittadino qualunque quando parla di questa materia...

MAURA COSSUTTA. È il vicepremier!

TIZIANA VALPIANA. È il vicepremier!

GRAZIA LABATE. Se tiene una conferenza stampa e rilascia una dichiarazione, non è un cittadino qualunque.

MARIA BURANI PROCACCINI. Farà le conferenze stampa che vuole; potrei farne anch'io.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. La interrompo per evitare ulteriori polemiche. Non aspiro a fare il vicepremier, accontentatevi...

MAURA COSSUTTA. Vedo che c'è polemica all'interno della maggioranza.

MARIA BURANI PROCACCINI. Avendo ascoltato in silenzio gli interventi dei colleghi che mi hanno preceduto, credo di avere il diritto di ricevere un analogo trattamento, anche se qualche mia affermazione dovesse darvi fastidio.

Il mio discorso parte da questa indagine conoscitiva e dalla sua necessità. Signor ministro, lei ha colto in pieno, e di questo la ringrazio, una necessità che è emersa — e fu accolta dal Governo precedente — quando fu presentata la legge n. 285 del 1997, relativa alle politiche sull'infanzia, che all'articolo 4 parlava di consultori e della necessità della loro azione. A quel punto, presentai un ordine

del giorno molto circostanziato, che il Governo precedente accolse. Se si volesse essere conseguenti, da un punto di vista istituzionale, all'accoglimento di un ordine del giorno dovrebbero seguire le azioni in esso previste, che invece non sono state poste in essere.

Lei, signor ministro, ha avuto la sensibilità — la ringrazio, perché neppure il precedente ministro di questo Governo l'ha avuta — di recepire alcuni miei suggerimenti contenuti nell'ordine del giorno del 1997, relativo alla legge n. 285, e nell'ordine del giorno del 1999, relativo alla prima stesura della legge sulla maternità assistita, entrambi accolti dal Governo di allora.

L'ordine del giorno del 1997 impegna il Governo «a riorganizzare i consultori familiari come servizio prevalentemente sociale e psicologico, orientato decisamente alla famiglia, alla coppia e ai problemi relazionali della persona; a far sì che la componente medico-sanitaria sia ristretta ad una componente tecnico-funzionale, introducendo la figura del consulente familiare; a far sì che i consultori promuovano il raccordo istituzionale con il volontariato singolo e associato, particolarmente in funzione del colloquio di sostegno alla maternità/paternità, e in funzione di concreti interventi di rete, nel mondo vitale della coppia o del singolo».

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. L'ordine del giorno fu accolto?

MARIA BURANI PROCACCINI. Fu accolto. Ho voluto citarlo, signor ministro, perché esso risponde a tutto quello che lei ha affermato. La ringrazio, dunque, per aver recepito indicazioni che il governo precedente aveva trascurato, pur avendole accolte. Non posso che dirle che lei è sulla strada giusta, che fu considerata tale già dal Governo di centrosinistra, come una strada di verifica.

Tutti conoscono — tutti quelli che vogliono vedere — le condizioni in cui operano i consultori. Una giornalista ha condotto un'indagine — pubblicata su *Il Mattino* di qualche giorno fa — sui consultori

di Napoli: fingendosi una ragazza alle prese con la decisione di interrompere o meno la gravidanza, non ha incontrato una sola persona, nei diversi consultori che ha visitato, che si informasse sui suoi problemi reali, per affrontarli insieme; ovunque le è stato chiesto il certificato del medico di famiglia, prima che le venisse indicata la struttura nella quale abortire.

Cominciamo col dire che questo scaricabarile sul medico di famiglia è orrendo; il medico di famiglia oggi non segue più la famiglia come accadeva prima (addirittura è stato denunciato un medico che si faceva sostituire dalla moglie) e spesso il paziente è solo un numero.

Torniamo al concreto ed io, signor ministro, le chiedo la concretezza di un'azione politica. Questa è un'azione politica alta, che può nobilitare la politica stessa. Basta con l'ideologizzazione dell'attività politica! Non possiamo dire che tutto va bene solo perché siamo da una parte o dall'altra.

I consultori non funzionano. Possono essere uno, cento o mille, ma la realtà non cambia. Dovrebbero essere consultori per la famiglia; ad esempio, dovrebbero seguire la donna anche nel *post partum*. Signor ministro, le riconosco di aver avuto un'idea brillante, ma lei è da poco in carica e purtroppo siamo alla fine della legislatura. Lei avrebbe dovuto concordare questa iniziativa anche con il Ministero del *welfare*. I consultori devono essere il centro di un'attività socio-antropologica di cui il nostro paese ha bisogno. Allora si potrà avere la sensazione che la famiglia venga presa in considerazione, anche la famiglia monoparentale, quella allargata, quella piena di problemi. Trattandosi di consultori familiari, e non di consultori da parto — anche la legge del 1975 parlò da subito di consultori familiari — anche i bambini saranno tenuti in considerazione.

Ci vogliamo riappropriare di tutto questo? Usciamo fuori dalle ideologie, chiamiamo a raccolta le persone di buona volontà, di sinistra o di destra che siano. Perché dobbiamo essere divisi su un tema così delicato? Perché riabbracciare la barriera ideologica? Perché di certe cose non

si può parlare senza scendere nella fossa dei serpenti dell'ideologia che ci sta massacrando?

Signor ministro, le chiedo di volare alto con questa indagine conoscitiva e di dire a chiare lettere alla nostra nazione che non stiamo parlando di aborto, ma di famiglia e delle sue necessità, di persona e delle sue necessità, di donna e delle sue necessità. Stiamo parlando della parte debole della società, che tale è tuttora.

LUANA ZANELLA. Intanto contesto l'idea che le donne siano la parte debole di questa società: se non ci fossero le donne, la società sarebbe sprofondata già da tempo in un buco nero senza ritorno.

Innanzitutto voglio ringraziare il ministro, perché è la prima volta che un ministro risponde alle richieste di un confronto. Come ne ho criticato altri comportamenti, pur nella distanza ideologica, politica e culturale, esprimo il mio apprezzamento per questo atteggiamento.

Sappiamo tutti che questa è un'indagine, per così dire conoscitiva, che consentirà di conoscere poco, forse male, e di sicuro non porterà alcunché. Non finirà la nostra polemica, che è iniziata con una stigmatizzazione dell'origine politica e della strumentalizzazione che purtroppo è stata fatta sulla testa delle donne. Saremo sempre molto attente e attenti all'evoluzione di questa indagine, per dire la nostra quando lo riterremo opportuno. Non passerà sotto silenzio, quindi, questo tentativo che riteniamo indegno.

Mi auguro, tuttavia, che uno degli esiti dell'indagine possa essere rappresentato dal rilancio dei consultori familiari. Ricordo che nella mia — il Veneto — e in altre regioni, non molto tempo fa, si organizzò una raccolta di firme da parte delle donne, con grande impegno, ad esempio, delle donne della CGIL, proprio perché i consultori, come tutta la prevenzione, erano la Cenerentola della sanità. Meglio dovremmo parlare, forse, di socio-sanità, essendo i consultori istituzioni socio-sanitarie, come ben si sa.

Di fatto, i vari piani sanitari regionali hanno sacrificato non soltanto la preven-

zione, ma anche la medicina territoriale. Pertanto, quando si parla del consultorio e delle figure professionali che vi dovrebbero operare mi viene da sorridere. Giustamente prima l'onorevole Burani Procaccini parlava dell'assistenza *post partum*, ma io chiedo se qualcuno sia al corrente di quanto costa un progetto di assistenza vera alle mamme « fragili », a livello di un comune di media consistenza. È una spesa enorme, se si vuole assicurare un'assistenza reale. È necessario, quindi, fare un ragionamento relativamente alle risorse e alle priorità; soprattutto bisogna potenziare, razionalizzare e rendere efficienti le strutture che esistono già. Partiamo, quindi, dai consultori che già esistono, per affrontarne il rilancio e il potenziamento, attraverso progetti speciali. Tali progetti, però, non sono nel programma del Governo, così come emerge dall'ultima legge finanziaria, dove tutti questi aspetti sono abbondantemente sacrificati.

Cercherò di approfondire, tra le tante che lo meriterebbero, alcune questioni molto delicate e complesse che riguardano il rapporto con le donne straniere. Abbiamo sottolineato più volte il calo degli aborti delle donne italiane, ovviamente a causa di una maggiore capacità di controllare la propria fecondità, nonché di gestire il problema drammatico — tale è per ogni donna — dell'aborto. Le donne straniere, invece, sono quelle che aumentano il proprio tasso di abortività. Tutti questi anni di tagli finanziari alle realtà locali hanno significato un'aggressione di quel *welfare* municipale che ha affrontato queste questioni molto delicate e complesse.

Individuo tre tipologie di donne straniere che ricorrono all'aborto. In primo luogo, le straniere mogli di lavoratori irregolari. Di solito, si tratta di donne molto isolate, il cui unico rapporto con la società e con la realtà istituzionale è costituito dai figli che vanno a scuola. Queste donne frequentano le istituzioni sanitarie con grande difficoltà, nonché con grande diffidenza, se non c'è una mediazione culturale. Di qui la necessità, sul territorio —

non tanto nel consultorio, ma prima di tutto nelle scuole —, della figura istituzionale della mediazione culturale.

Poi ci sono — è la seconda tipologia — le donne sole, che fanno le badanti o le assistenti domiciliari di varia natura. Queste, anch'esse molto isolate, con forti reti di solidarietà fra di loro, difficilmente potranno garantire la maternità, perché sono le classiche soggettività che, in caso di gravidanza, perderebbero tutto. Moltissime di queste donne — è esperienza comune — sono clandestine, quindi dobbiamo chiederci come affrontano il problema i consultori e le strutture pubbliche. Le realtà locali lo affrontano, ma siamo in bilico fra legittimità ed illegittimità. Del resto, la parte rimossa del nostro confronto riguarda l'aborto clandestino, una realtà di cui sappiamo poco, ma che esiste. In certi settori della popolazione esiste, eccome!

Infine, ci sono le donne prostitute, le quali, oltre ad essere a rischio, spesso sono inserite all'interno di organizzazioni non certo legali. È chiaro, quindi, che per aiutare queste donne è necessario prevedere servizi molto specializzati, ben finanziati, professionalizzati, che siano in grado di stare sulla strada e di dare loro la possibilità innanzitutto di uscire dalla rete di sfruttamento della prostituzione, ma soprattutto di avere un'alternativa.

Quello delle donne straniere costituisce, a mio avviso, il problema più grave. È diverso, infatti, il discorso per quanto riguarda le donne italiane. Al di là del fatto che possano rivolgersi al consultorio, esse sono già inserite nell'ambito di reti familiari, amicali, che rappresentano il sostegno vero, il più importante. Una donna, giovane o meno, che pensa di dover abortire difficilmente troverà in una figura estranea la vera possibilità di confronto. È più probabile che una figura estranea rappresenti un sostegno per le persone nell'emarginazione più totale. Le donne in difficoltà che affrontano questo problema hanno bisogno di altro, ed è un altro che per fortuna esiste e non possiamo cancellarlo; al contrario, dobbiamo favorirlo. Insomma, lo Stato non può sostituirsi alle

reti di solidarietà e deve sostenere la capacità dei consultori di funzionare davvero.

LUIGI GIACCO. Anch'io sottolineo con piacere la presenza del ministro, che essendo stato parlamentare conosce le attività e il funzionamento del Parlamento. La sua presenza, dunque, è significativa ed importante.

Per quanto riguarda il metodo, a me sembra — ribadisco ciò che hanno già detto alcuni colleghi — assolutamente strano che si decida di effettuare un'indagine conoscitiva alla fine di una legislatura. Questa circostanza, evidentemente, non può che alimentare dubbi e perplessità.

Sottolineo inoltre il tempo limitato previsto per lo svolgimento di questa indagine, tenendo peraltro conto della prossima pausa natalizia. È chiaro che, se vogliamo lavorare seriamente e raggiungere obiettivi concreti, il termine del 31 gennaio appare alquanto inadeguato e, come tale, difficile da accettare. Ci chiediamo, quindi, per quale motivo sia stata indicata questa data.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non ne avete già discusso in Commissione?

LUIGI GIACCO. Sì. Per quanto riguarda i contenuti, tuttavia, anche se si riafferma a diversi livelli la volontà di non modificare la legge n. 194, mi sembra che questa indagine potrebbe essere letta come una nuova modalità di controllo sociale su alcune scelte e sulle donne, che ne sono le protagoniste.

Sappiamo, peraltro, che la scelta dell'aborto riguarda non solo la struttura consultoriale, ma anche le strutture ospedaliere e, quindi, i medici di base. Se volessimo avere un quadro completo, dunque, dovremmo considerare almeno tutti e tre i punti di riferimento che ho citato.

Tornando alla funzione consultoriale, certamente andrebbe valutata in termini quantitativi — è un dato, questo, che il ministro ci ha già riferito, sebbene possa

essere integrato e precisato —, ma soprattutto in termini qualitativi. Vorrei ricordare alla collega Burani Procaccini che, essendo stato relatore della legge n. 285 del 1997, sono stato uno dei promotori, all'articolo 4, della scelta di riaffermare il valore del consultorio, e l'ordine del giorno presentato dalla collega Burani Procaccini è stato ripreso nel progetto materno-infantile del 1998. Non è vero, dunque, che non sia stato preso in considerazione.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Può ripetere questo concetto?

LUIGI GIACCO. L'ordine del giorno presentato dall'onorevole Burani Procaccini alla legge n. 285 del 1997, che è stato accolto dal Governo, è stato ripreso dal progetto materno-infantile del 1998.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Dovrebbe leggere quello del 1999, che è più interessante.

LUIGI GIACCO. Certamente esiste la necessità di rilanciare i consultori, non solo nella loro funzione sanitaria, ma recuperandone anche l'aspetto sociale, culturale e soprattutto di prevenzione, in particolare integrando le professionalità mancanti. D'altra parte, il protocollo che lei ieri ci ha presentato e che deve essere confrontato e negoziato con le regioni ritengo che rappresenti un modo importante, anche dal punto di vista metodologico, di confrontarsi e di coinvolgere le diverse istituzioni.

Prima di concludere, permettetemi una breve considerazione sulla denatalità. Personalmente ritengo che le cause della denatalità siano molteplici. Vorrei brevemente ricordare che in Italia il 70 per cento dei giovani fino a trent'anni vivono ancora con la famiglia d'origine, che spesso i datori di lavoro, nell'atto di assumere una donna, le chiedono di impegnarsi a non avere figli nel periodo dell'assunzione, e via discorrendo. Insomma, diversi aspetti contribuiscono a determinare il dato della denatalità che sappiamo.

Sicuramente, legare il discorso sull'aborto a quello sulla denatalità è una semplificazione estremamente pericolosa.

Infine, per quanto riguarda la questione delle donne immigrate, tempo fa ho presentato un'interrogazione riguardante la possibilità per le donne di ricoverarsi negli ospedali e mantenere il loro anonimato pur di portare a termine la gravidanza. Da questo punto di vista, apprezzo l'azione del Ministero per le pari opportunità, che ha avviato una serie di iniziative per informare su questo tema. Ritengo che sia un modo concreto e operativo per far sì che le donne, soprattutto immigrate, siano informate della possibilità di portare a termine la propria gravidanza, senza avere altre responsabilità.

È necessario, altresì, utilizzare figure professionali come quella del mediatore culturale, che concretamente facciano conoscere alle donne straniere i diritti e le opportunità che la legislazione italiana prevede al fine di permettere di portare a termine la gravidanza.

TIZIANA VALPIANA. Sono molto contenta della presenza del ministro della salute in questa Commissione. Mi riferisco, in questo caso, al ministro Storace, ma parlo del Ministero della salute in generale, in quanto, fin dall'inizio di questa legislatura, ad ogni predisposizione trimestrale del calendario dei lavori della Commissione ho inserito la richiesta della discussione sulla relazione annuale, richiesta che tuttavia non è mai stata accolta da questa Commissione. Non abbiamo discusso le relazioni del 2001, del 2002, del 2003, ed ora, finalmente, arriviamo a discutere l'ultima del 2004, depositata il 19 ottobre. Peraltro, ancora una volta la Commissione aveva cassato la mia richiesta di discuterla. Comunque, meglio tardi che mai, e siamo molto contenti che, colpita sulla via di Damasco dalle future imminenti elezioni, anche la maggioranza abbia pensato di raggranellare — ma non so se questo giochetto riuscirà — qualche voto, richiamando l'attenzione sulle donne

cattive, malefiche, che rifiutano di svolgere il loro ruolo e, chissà perché, hanno la mania di abortire a casaccio.

A me fa veramente molta impressione il fatto che voi riusciate a parlare di questi temi senza nominare il corpo della donna e la relazione d'amore che sta dietro al desiderio di fare un figlio. Capisco che siete ministri e parlamentari, ma credo che davanti a certi temi — lo diceva prima l'onorevole Bindi — la politica debba compiere un passo indietro, essere rispettosa, creare le condizioni perché le persone compiano le proprie scelte, nelle quali, però, essa non deve assolutamente entrare.

Quello che, a mio parere, deve essere inserito come « cappello » ad ogni discussione sul tema della maternità, delle relazioni affettive, della relazione madre-figlio — la relazione fondante della società umana — è esattamente il fatto che la donna deve decidere della propria vita e solo essa può scegliere se, quando e come divenire madre. Pertanto, ogni tentativo di colpevolizzare le donne o di delegittimare la loro autodeterminazione è destinato a fallire. Non ci può essere nel mondo alcuna autorità — autorità di un compagno o di un marito, ma anche autorità politica di uno Stato e autorità etica di una chiesa o di una religione — che possa impedire ad una donna che non desidera diventare madre di attuare tutto quello che è nelle sue possibilità, legali o meno.

A me spiace tantissimo, quando vi sento parlare di prevenzione, vedere dietro le vostre parole la volontà di soffocare la scelta di una donna, che si è ritrovata incinta contro la sua volontà e non desidera portare avanti la gravidanza. Voi parlate di prevenzione, riferendovi a interventi a casaccio, fatti male e tardivi, nella famosa settimana di ripensamento. La prevenzione, signori colleghi, è tutta un'altra cosa. Come abbiamo ascoltato negli ultimi interventi, prevenzione significa creare le condizioni perché alle donne torni il desiderio di maternità. Affinché questo avvenga, credo che la condizione fondamentale sia avere una prospettiva di vita sicura: ciò significa pensare che se si mette al mondo un figlio si potrà ugual-

mente continuare a lavorare — perché magari un asilo nido aiuterà ad affrontare il lavoro e la vita familiare — e pensare di poter entrare in aspettativa senza percepire il 30 per cento dello stipendio (gli stipendi attuali non permettono assolutamente di prolungare l'aspettativa, quindi di svolgere decentemente il ruolo di madre). Tornare a desiderare di essere madri significa non avere lavori precari, non cominciare ad avere i primi lavori sicuri intorno ai 30-35 anni, vuol dire poter trovare casa e non dover convivere con i genitori fino a trent'anni. Insomma, pensare di avere un figlio vuol dire una serie di cose su cui dovremmo lavorare.

Credo che questo « cappello » sia stato indispensabile, altrimenti non sappiamo di cosa stiamo parlando. Vorrei ringraziare il ministro anche perché questa discussione mi dà modo di fare un bagno di gioventù: io, che allora lavoravo all'AIED, sono stata audita in questa Commissione nel 1975 — avevo 19 anni, ma ero molto furba — sulla legge relativa ai consultori familiari. Siamo stati noi dell'AIED a chiedere l'introduzione del famoso comma dell'articolo 2. Il Movimento per la vita, che mai si era sognato di costituirsi quando c'erano gli aborti clandestini, per aiutare le donne a non abortire in quelle condizioni...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. È un'ammissione di colpa, questa?

TIZIANA VALPIANA. Interpretazione autentica. Abbiamo inserito questo elemento perché ci sembrava fondamentale che, nel mettere in piedi un servizio innovativo come quello dei consultori familiari, chi aveva un *know-how*, una professionalità — io parlo dell'AIED perché da quel mondo provengo e perché l'AIED ha aperto i primi consultori in Italia nel 1957 — e soprattutto una capacità relazionale di stare accanto alle donne nei momenti importanti della loro vita, potesse collaborare con i consultori pubblici, proprio per aiutare gli operatori dei consultori a crearsi, a loro volta, un *know-how*. Lo scopo di quel comma era di avviare il nuovo servizio, perché il nuovo servizio pubblico andasse avanti.

A mio parere, quando si propone di introdurre il Movimento per la vita nei consultori non si tiene conto della professionalità degli operatori dei consultori e della preparazione professionale che un volontario non potrà mai avere; un volontario potrà essere, semmai, di supporto all'esterno, se la persona lo sceglie. Soprattutto, l'aspetto fondamentale di un operatore che svolge un lavoro di mediazione è il fatto di non essere giudicante.

Allora, ciò che non può fare un'associazione di parte è essere presente all'interno di un servizio pubblico, che deve essere terzo ed altro rispetto alle scelte individuali. Inserire un'associazione di parte nell'ambito dei consultori è una scelta completamente sbagliata, perché vieta la professionalità dell'operatore...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Il questionario l'ha letto?

TIZIANA VALPIANA. Sì.

MAURA COSSUTTA. Era già tutto detto e scritto, ministro Storace. Da anni gli operatori dicono le stesse cose.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Però state dicendo che sono pochi.

TIZIANA VALPIANA. Ieri lei ha espresso un'osservazione fondamentale, signor ministro: «Noi vogliamo sapere — lei ha detto — se nel nostro paese è garantito il diritto a non abortire». Io invece vorrei sapere se nel nostro paese è garantito il diritto a non avviare gravidanze indesiderate. Dove, nel nostro paese, si parla di contraccezione? Dove, a scuola, le ragazze hanno un'educazione sessuale? Perché nei consultori la spirale si paga, almeno nella mia regione? Perché le ragazze — io parlo con le amiche di mia figlia — sono molto più ignoranti in questa materia di noi ragazze degli anni Settanta, non avendo strutture, relazioni, rete d'informazioni? Questi sono gli interrogativi che dobbiamo porci.

Quando la donna rimane incinta non volendolo, è tardi per garantire il diritto a

non abortire; garantiamo il diritto solo alle gravidanze desiderate, facciamo quell'opera di informazione e di igiene sessuale che in Italia manca.

E non sto parlando della pillola del giorno dopo, ma della necessità nel 2005 — mi mortifica doverlo dire — che le donne siano padrone della propria sessualità e possano decidere di iniziare solo le gravidanze che scelgono, come mi sembrerebbe normale in tutto il mondo.

GIULIO CONTI. Chi glielo impedisce?

TIZIANA VALPIANA. Lo impedisce il fatto che non se ne parla, quando invece la salute sessuale fa parte del diritto alla salute, garantita costituzionalmente nel nostro paese. E la cosa mi sta a cuore soprattutto perché io sono una persona che desidererebbe prevenire gli aborti, non conculcando il diritto ad abortire di colei che non può portare avanti una gravidanza, ma facendo sì che la gravidanza indesiderata non ci sia.

Per il resto, io sono abituata a parlare solo di quello che so, per questo farò solo due esempi. In Veneto, l'AIED, fino ad una decina di anni fa, aveva convenzioni come consultorio familiare: faceva quindi parte della rete dei servizi sul territorio. Senonché, da quando il centrodestra governa la regione, queste convenzioni sono state estinte e vengono finanziati solo dei progetti. Ora, è evidente che il finanziamento a progetto comporta l'eliminazione della continuità dei servizi. Pertanto, se questa è una delle emergenze che ci poniamo, perché chi lavora per lenirla viene continuamente taglieggiato?

Inoltre, tutti conoscono la legge n. 509 del 1996, ma vi ruberò lo stesso due minuti. Quella legge integra un emendamento — da me presentato e approvato dall'Assemblea — che, nel 1996, introduceva una disposizione, secondo me, sacrosanta (altrimenti non l'avrei scritta). Con riferimento al finanziamento dell'edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 la legge dice: «Una quota di 200 miliardi è destinata alla costruzione, ristrutturazione o attivazione dei consultori familiari, in ragione di

una unità ogni ventimila abitanti — e qui la domanda è: dove sono? — e all'attivazione e al sostegno di strutture che applicano le tecnologie appropriate previste dall'Organizzazione mondiale della sanità alla preparazione e all'assistenza al parto, al fine di assicurare la realizzazione, in ogni distretto, delle attività e degli obiettivi di sostegno alla famiglia e alla coppia, di promozione e tutela della procreazione responsabile, di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, nonché le finalità previste dal progetto obiettivo materno-infantile del piano sanitario nazionale 1994-1996 e quelle previste dalle azioni finalizzate e dai progetti dei piani sanitari regionali».

Questo ho scritto ed è sancito in una legge del 1996. Perché non l'abbiamo mai più rifinanziata e mai abbiamo saputo dove sono finiti quei 200 miliardi? Io ho fatto numerose...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Stanno nel Fondo sanitario nazionale. Abbiamo approvato il Titolo V, ricordatevelo!

TIZIANA VALPIANA. Non può dirlo a me che ho votato contro il Titolo V. Però, se un fondo di 200 miliardi è destinato all'obiettivo che, se siamo qui tutti, evidentemente consideriamo importante, bisogna che ci rendiamo conto di quali realizzazioni e di quali progetti possiamo portare a termine.

Altro aspetto è quello relativo alla rete delle associazioni di donne che fa sostegno alla maternità e che lavora volontariamente, senza specifici sostegni finanziari. Noi gestiamo (dico «noi» perché io faccio parte del direttivo nazionale di queste associazioni) alcuni servizi di assistenza alla gravidanza difficile e quindi alle donne che non ce la fanno da sole a portarla avanti e, soprattutto, non ce la fanno a sostenere la relazione materna nei primi mesi di vita. Si tratta di un progetto che gestiamo solo con i fondi della legge n. 285 — che qualche anno fa abbiamo definito qui dentro in pochi intimi —, continuamente taglieggiati dalle regioni.

Dalla lista non è esclusa la regione Lazio, che ci ha sempre bocciato il progetto quando glielo abbiamo presentato negli anni precedenti, approvando ora un sostegno di assistenza domiciliare nel primo anno di vita a quelle donne che hanno manifestato durante la gravidanza difficoltà relazionali, e via dicendo.

Tutto ciò premesso, capiamo tutti benissimo che non c'è la volontà reale di sostenere le donne nei loro bisogni: desiderare una maternità; prevenire la maternità indesiderata; essere seguite durante la maternità. Manca la volontà di fare questo; si è voluto piuttosto agitare una bandierina all'ultimo mese, cercando di salvarsi in *corner*, per dire «noi ci siamo», ma alla base c'è la volontà non certo di sostenere le donne, bensì di colpevolizzarle.

In ogni caso io non sono preoccupata di questa indagine conoscitiva: so che non porterà a nulla, perché non avete né il tempo, né le competenze per produrre un risultato.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor presidente, invece di dissociarmi da quanto detto dai colleghi, devo osservare che, a giudicare dall'esordio, sono estremamente contento di ciò che sta avvenendo. Non so cosa sortirà questa indagine conoscitiva, ma sicuramente il dibattito sta arricchendo tutti noi e ci sta dando una gran voglia di bruciare i tempi. Magari ci stiamo rimproverando di essere arrivati in ritardo a parlare di questi argomenti. Credo, infatti, che anche i colleghi dell'opposizione, pur criticando l'indagine, stiano fornendo dei contributi così ricchi, così validi, che mi sembra anche ridicolo, a questo punto, continuare a insistere sulle ragioni dell'indagine: la risposta sta anche nella vostra capacità e nella vostra competenza.

Io ricordo la sua relazione e fui una delle persone educate che rimasero qui ad ascoltare, a sentire la replica, come spero farete anche voi nei confronti del ministro Storace, perché i colleghi qui presenti sono le persone più educate, molto meno di altri che vengono, «sparano» e poi non si

fanno più vedere, finendo per fare soltanto uno *show* (e mi riferisco a esponenti sia di centrodestra sia di centrosinistra). Quando viene audito un ministro e si rivolgono delle accuse, come minimo bisogna avere l'educazione di ascoltarne la replica.

Il fatto che siate presenti va perciò a vostro merito. Poiché tuttavia la stessa cosa feci io nella scorsa legislatura, consentitemi di ricordare che anche la relazione del ministro di allora non incontrò un'accoglienza favorevole: intanto non sortì niente e alla sua replica erano presenti solo tre persone. Quindi, è facile fare i maestri quando si sta dall'altra parte; è facile per tutti, ma la storia ci insegna che non è così in assoluto.

Questa è una premessa per dire che le osservazioni che sono state espresse sono eccellenti e sono sicuro che il ministro Storace, che sta mostrando grande sensibilità, ne farà tesoro. Ciò al di là dell'indagine conoscitiva, che ci serve a chiarire non tanto i numeri (evidenziati sia nelle relazioni tenute nella passata legislatura, sia in quella attuale del ministro Storace), vale a dire quanti aborti e quanti centri ci sono, e così via, quanto soprattutto ciò che viene fatto per affrontare la prevenzione su tutto il territorio nazionale, specie per le prostitute e le persone straniere. Se questa indagine conoscitiva servirà per capire dove dobbiamo intervenire e sarà da stimolo per sollecitare a muoversi chi c'è oggi e chi ci sarà in futuro, sarà già un successo.

Credo che non possa essere patrimonio di nessuno schieramento sindacare sulla drammaticità dell'interruzione della gravidanza; così come io, soltanto perché ho contribuito a chiedere questa indagine, non posso pensare che solo a noi stia a cuore la natalità. Io parto dal presupposto che incentivare la natalità interessi tutti. E noi lo stiamo facendo con le nostre leggi finanziarie, pur criticate. Ma ricordate che l'avete fatto anche voi. Per coerenza, quindi, noi dobbiamo attaccarci ad ogni possibilità d'intervento in favore di queste donne che vivono una vicenda comunque drammatica; ciò per agevolarle, ma soprattutto per incentivare la natalità, che,

anche egoisticamente, questa nazione ha necessità di incrementare per potersi creare un futuro e anche per garantire quello degli anziani. Per questa ragione stiamo cercando di intervenire. Sarebbe auspicabile, quindi, che ci estraniassimo per un attimo dalla polemica che ha preceduto l'avvio dell'indagine e parlassimo di cose concrete, come stiamo facendo.

Sul discorso della prevenzione, la collega poco fa ricordava i problemi dell'AIED, che ho seguito anch'io. Ma utilizzare un termine come « taglieggiare », almeno sulla base della mia esperienza, mi sembra decisamente fuori luogo. Nell'AIED stessa — parlo dell'esperienza sarda — una delle grosse lamentele è che, a fronte di una grande disponibilità al volontariato in questa azione, è nata una professionalità che serve non a fornire il servizio, ma all'automantenimento di una struttura. È una delle critiche che ho sentito più frequentemente: « Noi ci diamo da fare, però veniamo trattati alla pari di altre realtà che conosciamo, che di fatto hanno assolutamente abbandonato quello spirito di disponibilità ». Al centro, evidentemente, non c'è più il problema di chi si rivolge, ma quello del mantenimento di una struttura che ha varie motivazioni: economiche, di interesse, di ruolo.

Questo non lo dico io; sto riportando ciò che è stato detto nella mia regione e che ho sentito anche in occasione dell'indagine conoscitiva sulla prostituzione. Se vi ricordate, fu fatto presente che certi centri avevano una grande affluenza, mentre vi era scarsità in altri centri, perché gli utenti percepivano il fatto di incontrarsi non con chi era disponibile, ma con operatori che agivano quasi come dipendenti. Credo che lo ricorderanno tutti. L'intervenire su progetti è un modo per qualificare e, soprattutto, per dare a Cesare quel che è di Cesare, incentivando chi sta lavorando seriamente.

La legge n. 194 è del 1978 ed è innegabile — lo stiamo dicendo tutti — che ci sia bisogno di una rivisitazione. E sono convinto che questa indagine conoscitiva sortirà sicuramente un effetto, al di là di

tutto ciò che sta avvenendo: nella prossima legislatura, questo sarà uno dei primi argomenti ad essere affrontati. Non è possibile, infatti, assistere a questa gara — per quanto, giustamente, una certa autonomia per le regioni l'abbiamo rivendicata tutti — tra chi mette a disposizione la pillola del giorno dopo, chi arriva prima e chi arriva dopo, senza una strategia comune. Per di più lasciando che l'argomento venga influenzato da motivazioni politiche, come sta avvenendo in diverse parti, svilendone l'importanza e la delicatezza e affidando la comunicazione non alle vie istituzionali, ma ai *mass media*, che molto spesso devono sensazionalizzare il problema finendo con il dare un messaggio sbagliato.

Ha ragione l'onorevole Valpiana quando ricorda che le nuove generazioni vivono uno stato di ignoranza superiore al passato, nonostante i mezzi di comunicazione siano aumentati, migliorati. C'è un problema di cultura, c'è un momento di socializzazione differente. Quando la mia amica aveva diciannove anni (cioè l'altro ieri) sicuramente la socializzazione era totalmente differente. La comunicazione non si affidava ai *mass media*, ma ad una frequentazione in associazioni, ad un sistema di relazioni che oggi non si vivono più o si vivono in maniera differente.

In conclusione, chiedo alla Commissione di proseguire questo lavoro, estraniandosi momentaneamente dalle polemiche che hanno preceduto l'avvio dell'indagine conoscitiva e procedendo a passi veloci su una strada che sta arricchendo enormemente di contenuti seri la nostra azione politica e sicuramente creerà le basi per un futuro migliore. Ringrazio il ministro Storace che si è reso disponibile, cosa nemmeno così consueta: sono già tanti, infatti, i ministri che si sono succeduti senza aver avuto la stessa sensibilità.

ANNA MARIA LEONE. Cercherò di essere breve, però ho l'esigenza di puntualizzare alcuni punti. Ringrazio il ministro Storace, perché con la sua relazione ha dimostrato che questa indagine conoscitiva, nonostante la brevità dei tempi, è

mossa da un intento serio. Vogliamo farla bene e desideriamo che tutte le forze politiche diano il loro contributo. A me fa piacere essere qui — mi è dispiaciuto solo non aver potuto ascoltare l'onorevole Bindi —, prestare attenzione al contributo di tutti, però dobbiamo prescindere dalla nostra appartenenza politica, perché in questo momento deve prevalere la volontà di raggiungere obiettivi veri, concreti per far funzionare una legge.

In questo senso il ministro Storace ha già colpito un obiettivo. Svestiamoci di tutte le polemiche, la legge n. 194 è una legge dello Stato che come tale va rispettata, in tutte le sue parti. La legge sui consultori è una legge dello Stato, datata 1975, e sappiamo tutti che in questi trent'anni molto è cambiato e molto deve essere aggiornato.

Noi proponenti avevamo detto che la legge n. 194 va applicata *in toto*. I primi articoli della legge (voluta da tutti) stabiliscono con chiarezza che la donna può scegliere di abortire, ma affermano anche che lo Stato tutela la vita, tutela la maternità e per la realizzazione di questo obiettivo fornisce una serie di reti e di strumenti per renderlo effettivo e concreto. Abbiamo detto: se prevenzione non c'è, che si deve fare? Così stiamo verificando che — obiettivo raggiunto dalla relazione del ministro Storace — i consultori non funzionano. Anzi, avevamo già detto precedentemente — l'ha osservato anche il presidente nella sua relazione introduttiva, tant'è vero che abbiamo convocato in audizione anche le strutture sanitarie — che molte donne non passano dai consultori, ma si rivolgono direttamente alla struttura sanitaria.

Quando ero assessore ai servizi sociali della regione Veneto, negli anni Novanta, avevo cercato, com'è dovere per ogni assessore, di verificare su tutto il territorio il funzionamento dei vari servizi inerenti quell'assessorato. Fin da allora avevamo sentito l'esigenza, signor ministro, di rilanciare un servizio che non c'era. Allora, hanno ragione le colleghe quando dicono che il servizio dei consultori non è sfruttato a dovere. E forse hanno ragione anche

quando affermano che non vengono investiti dei fondi. Ma mi domando: se devo investire dei fondi pubblici su qualche cosa, devo essere certa che quel qualcosa sia funzionale a ciò che voglio raggiungere, agli obiettivi di quella struttura e di quella rete. Devo quindi essere in grado di dire: « Concedo i fondi perché funzionano ». Ma fin da allora sapevamo che non erano effettivamente capaci di raggiungere gli obiettivi.

Allora, ha ragione il ministro: ricominciamo daccapo o, meglio, tariamo ciò che esiste. Se non tutte le regioni rispondono, ci sarà un motivo. Non ci credono, non lo giudicano necessario, lo ritengono verticistico, non sono coinvolte. Il dato, comunque, è che noi dobbiamo rimettere in funzione il circolo virtuoso che porti le regioni, gli enti locali, lo Stato centrale a riattivarsi per rispondere a tutte quelle esigenze che sono tese a rendere effettivo il diritto alla vita e quello alla maternità; una scelta libera e consapevole, che non è necessariamente solo da una parte, ma certamente è ponderata e valutata.

Altro elemento che tanto scandalo ha suscitato e che, invece, io ritengo sia funzionale all'applicazione totale della legge è il seguente: perché l'AIED ha professionalità e può essere inserita nel consultorio e non il Movimento per la vita? Lo chiedo. Io credo che laddove l'articolo istitutivo — non lo dice l'UDC, o il ministro Storace, o Alleanza nazionale, ma lo dice la legge — introduce la possibilità di stipulare convenzioni, si tratta, signor ministro, semplicemente di stabilire come le facciamo, con quali professionalità, con quali obiettivi.

Tutto questo viene a far perdere quella carica di strumentalità, di ideologia che sta, invece, portandoci fuori dal seminato. Se è vero, come è vero, che tutti vogliamo che la legge n. 194 funzioni, io desidero che funzioni anche la legge istitutiva dei consultori, in tutte le sue parti. Io desidero che quando lo Stato o gli enti locali investono danaro pubblico, lo facciano con consapevolezza, con scienza e coscienza, e non con carrozzoni inutili che non raggiungono l'obiettivo.

Se questo è l'obiettivo di tutti, lasciamo le polemiche fuori dalla porta, come è già stato detto, e cerchiamo di cogliere tutto ciò che di positivo può venire per migliorare qualche cosa che è un bene di tutti, non solo dell'UDC, o di Alleanza nazionale, o di Rifondazione comunista: è bene dello Stato e dei suoi cittadini; è bene delle donne e, permettetemi, anche di coloro che devono essere messi nelle condizioni di nascere se le donne scelgono liberamente di farli nascere.

Nel ringraziare, chiedo alla Commissione di proseguire in questo modo, anche e soprattutto coinvolgendo le regioni, come il ministro Storace ha opportunamente osservato.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI.
Come diceva Dante Alighieri, « *Fatti non fummo per viver come bruti, ma per seguir virtute e conoscenza* ». L'indagine conoscitiva nasce dall'esigenza della conoscenza e della virtù. Mi appello anche a quello che sta dicendo in questi giorni Papa Benedetto XVI sulla ricerca della verità: la verità come ricerca della pace, come scoperta dell'uomo, come scoperta di Dio; quindi, come scoperta dei valori in cui ognuno di noi crede. Di conseguenza, mi pare che sia lontana da questa indagine conoscitiva la crociata contro chissà cosa che si è cercato di adombrare.

Noi, invece, vogliamo semplicemente scoprire la verità sulla legge n. 194 e su come è stata applicata. Sappiamo che è stata applicata bene e che ha avuto degli effetti positivi, essendo diminuiti gli aborti. Ma non ci possiamo accontentare di quello che c'è: per « *seguir virtute e conoscenza* » dobbiamo cercare di migliorare. In effetti, dobbiamo soprattutto contribuire a far superare le cause che possono indurre la donna all'interruzione della gravidanza. A giudizio di tutti l'obiettivo più importante è questo: superare le cause che portano all'interruzione della gravidanza ed evitare che l'aborto sia usato ai fini del controllo delle nascite.

Il referendum sulla legge sull'aborto risale al 17-18 maggio 1981. Io allora ero già medico e ricordo che votai per l'abo-

lizzazione della legge; nella mia professione ho fatto obiezione di coscienza, ma questo non significa che non ho accettato una legge dello Stato. Da cattolico questa scelta rientra nella mia sfera personale, però come laico devo accettare che chi vuole l'aborto lo possa praticare, anche se non condivido questa scelta. La stessa cosa è per il divorzio: chi è cattolico non lo fa, ma qualunque cittadino si può avvalere di questo istituto. Insomma, ogni legge dello Stato va rispettata.

A questo punto, visto che è stato già fatto il referendum, non vogliamo aprire una nuova disputa, non vogliamo lacerare le coscienze, non vogliamo fare altre discussioni su « legge sì, legge no ». Intendiamo acquisire elementi utili per capire com'è applicata la legge, fermo restando, per dirla con il Presidente della Camera, che si tratta di « una materia abbastanza delicata, che ha una particolare rilevanza anche dal punto di vista politico — non lo possiamo nascondere ». Deve essere quindi mantenuta entro i limiti di un'attività conoscitiva volta ad acquisire notizie, informazioni e documenti utili all'attività della Camera ». Ebbene, quello che vogliamo è acquisire questi elementi, con l'esigenza di avere il più ampio panorama di opinioni in materia.

Stiamo iniziando con l'opinione del ministro, che ringrazio per l'intelligenza, la prontezza e la vivacità con le quali partecipa a questo dibattito. Peraltro, abbiamo avuto notizia di una bozza di accordo — che il ministro ci ha esposto ieri — che dovrebbe maggiormente integrare la collaborazione tra le regioni e lo Stato, che poi sarà la base della relazione che il ministro rende ogni anno al Parlamento. Integrare e potenziare le strutture dei consultori, mi pare quindi sia già un fatto positivo.

Osserva che in questa Commissione vi sarà l'apporto di molte altre persone, per cui non possiamo mettere il carro davanti ai buoi. Ci è stato reso noto l'orientamento del ministro Storace, ascolteremo gli altri soggetti e solo alla fine tireremo le somme di come è stata applicata la legge e di cosa dovremo fare. Sarà una base di cono-

scenza che certamente tornerà utile. È perciò inutile gridare allo scandalo, perché scandalo non c'è.

Concludo riprendendo il concetto della maternità responsabile di cui ha parlato poco fa la collega Valpiana. Io mi permetterei di allargarlo anche alla paternità responsabile. È la scelta della famiglia, del padre e della madre, quindi di una maternità e di una paternità responsabile, che è il fulcro della nostra società, che noi vogliamo difendere.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al ministro Storace per la replica, vorrei ringraziarlo sinceramente, perché in questa legislatura, in quasi cinque anni non avevamo mai avuto la presenza in Commissione per così tanto tempo del ministro della salute. Gliene devo dare atto pubblicamente, perché forse molti problemi avrebbero potuto essere risolti con la presenza e con il colloquio con il ministro.

Il ministro Storace, invece, ha voluto instaurare un rapporto istituzionale con il Parlamento. E non lo dico per piaggeria, ma come constatazione dei fatti, del resto riconosciuti da tutti. Purtroppo, con altri ministri questo rapporto non c'è stato, circostanza della quale mi avete ritenuto responsabile, ma io più che convocare il ministro non potevo fare.

Condivido l'impostazione che finalmente si sta dando a questa indagine conoscitiva. Forse avevo ragione quando confidavo sulla collaborazione di tutti, pur nella ristrettezza dei tempi. Devo quindi ringraziare tutta la Commissione, che sta dando la propria disponibilità e che sta portando sicuramente dei contributi. Alla fine cercheremo di trarre delle conclusioni. In ogni caso si tenga conto che questa indagine produrrà sicuramente un risultato, anche se non so dire se in questa o nella prossima legislatura.

Ringrazio tutti voi per l'apporto che state dando all'andamento dei lavori e che darete, spero, nelle audizioni successive, che ritengo altrettanto importanti di quella del ministro.

Qualcuno ha contestato il fatto che il ministro Storace sia stato invitato a par-

lare all'inizio. Secondo me, è stata una scelta giusta, perché così abbiamo impostato l'indagine — ed egli ce ne ha dato, evidentemente, anche una traccia — e possiamo procedere con più facilità e con più concretezza.

Da ultimo vorrei chiedere al ministro Storace — richiesta peraltro già avanzata dall'onorevole Leone — di ricomprendere nella rilevazione dei dati inviati alle regioni, oltre all'attività dei consultori familiari, anche quella relativa alle strutture ospedaliere in cui si svolgono le interruzioni di gravidanza. Anche se intervengono solo alla fine del processo di cui alla legge n. 194, queste, infatti, hanno un ruolo non dico uguale a quello dei consultori, ma che certamente può risultare utile ai fini della prevenzione. Il consultorio avrebbe tante altre attività da dover e poter svolgere, mentre per quanto riguarda il problema della legge n. 194, essendo ancora più settoriale l'intervento di queste strutture, potremmo sicuramente avere dei dati più precisi e più importanti.

Do la parola al ministro Storace per la replica.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Innanzitutto ringrazio il presidente ed i colleghi. Non potrò essere breve, perché avete posto tantissime questioni; cercherò di rispondere a tutte, partendo anch'io dall'apprezzamento per l'andamento dei lavori. Dal tono utilizzato dai giornali sembrava che dovesse essere più un'edizione de *La Corrida*. Non è stato così. Questo mi ha fatto molto piacere: lo voglio dire al presidente Palumbo e a tutti i componenti della Commissione. Si è svolto un bel confronto civile, molto meno urlato rispetto a quello che ci si poteva aspettare dalla lettura dei giornali. Credo che questo giovi alla discussione attorno a questa legge e alle forme della sua attuazione.

Voglio dire all'onorevole Anna Maria Leone, che è stata un po' la principale promotrice, che non ci sono state le barricate che temevamo. Ciò lo traduco positivamente, riservandomi, ovviamente, il diritto di dire quello che penso e anche di

contestare alcune delle tesi esposte, con la stessa franchezza con cui si sono svolti gli interventi rispetto alla mia relazione di ieri.

Condivido alcune osservazioni, di cui voglio parlare subito, che testimoniano — onorevole Bolognesi — che c'è tutt'altro che uno sfilacciamento nella maggioranza. Avendo ascoltato gli interventi, uno per uno, devo dire che anzi è emersa la volontà, espressa con diversi accenti, di mettere in campo politiche che rispondano a quella che proprio l'onorevole Anna Maria Leone — cito uno dei suoi ultimi interventi — ha definito come necessità di far considerare finalmente priorità la prevenzione. Questo è il grande tema che emerge dai lavori che sono cominciati nella seduta di ieri e sono proseguiti oggi.

Sarà il documento conclusivo che la Commissione scriverà a cogliere talune indicazioni — non mie, ma che io condivido — emerse dal dibattito. Vi è il grande tema, sul quale non credo vi siano distinzioni, di cui ha parlato più esplicitamente l'onorevole Martini: garantire la massima informazione alla donna, con il riferimento chiaro alla legge n. 194 e a quella sui consultori e sui loro poteri.

Con questa proposta, cui faceva cenno or ora il presidente Palumbo, ed emersa proprio nell'intervento della stessa onorevole Martini, voi introducete la necessità di realizzare una vera e propria rete tra le strutture ospedaliere, i medici di famiglia e i consultori. Credo che questo sia un altro tratto unificante della Commissione, se avrà la volontà di arrivare ad un documento, che, se non altro per parti, possa vedere un vasto consenso.

È evidente che, però, una cosa va detta con grande chiarezza: occorre cercare il consenso delle regioni. Vorrei dire all'onorevole Bindi, se fosse presente, che è cambiata un'epoca con la riforma della Costituzione. Siamo ad una differenza come tra il giorno e la notte. Non possiamo pensare che il ministro della salute di oggi possa fare le stesse cose che lei aveva la possibilità di fare all'epoca in cui era ministro. E lo dico con grande rispetto per come l'onorevole Bindi ha rivestito

quel ruolo. Ma non sono solo i ministri a cambiare: cambiano anche i tempi e le costituzioni. E noi dobbiamo avere la possibilità di capire perché certe cose che oggi non si possono fare, fino a ieri si facevano. Diversamente, il tutto diventa un *derby* sulle capacità nel rivestire l'incarico istituzionale.

Voglio insistere su alcune delle osservazioni che mi sembra di poter condividere appieno. Ringrazio l'onorevole Castellani che, anche in analogia con quello che ieri aveva detto l'onorevole Giulio Conti, ha insistito sul tema della prevenzione come aspetto che serve ad affrontare il grande problema della denatalità. Emergono questioni rispetto alle quali è un vero peccato che si sia arrivati in ritardo con l'indagine conoscitiva. Abbiamo tuttavia la possibilità di parlare al paese di problemi importanti.

E ringrazio l'onorevole Castellani, perché è una delle poche ad aver fatto riferimento a quella cifra che ha suscitato l'attenzione di tutti i giornali, ma non della Commissione (può succedere): 4,5 milioni circa di bambini mai nati. Probabilmente, è un problema di sensibilità culturale. Mi soffermerò sugli interventi dell'opposizione, a cui chiedo di manifestare più disponibilità nei confronti del rispetto del diritto alla vita. Nessuno mette in discussione i diritti delle donne, però facciamo in modo che non confliggano con i diritti del bambino, perché sarebbe la cosa più devastante d'ora in avanti, nel momento in cui emergono i dati, o almeno vengono sommati i dati (*Commenti dell'onorevole Valpiana*).

Ho visto delle foto che mi hanno impressionato pubblicate su giornali importanti (penso a *Il Tempo*). Vada a dare uno sguardo a quella mano che esce e prende il dito del chirurgo. Sono rimasto impressionato da quelle immagini.

Ma arriverò anche a lei, perché penso che tutti meritate la risposta che istituzionalmente vi debbo, anche perché occorre partire pure dalla costruzione di un ragionamento che abbia un minimo di logica, nel tentare — è chiaro che anche la mia può essere letta come una visione di

parte, rappresentando il Governo — di ristabilire un ordine di verità. Persino il Governo — che non è, come è noto, promotore dell'indagine conoscitiva, ma ha espresso fiducia nella capacità del Parlamento di poter ragionare attorno a temi delicatissimi — è stato accusato di voler strumentalizzare questo dibattito; ci è stato detto che questo era il primo passo per cambiare la legge n. 194.

Spero si prenda lealmente atto che non c'è questa volontà e si riconosca che, se questa volontà c'è stata, da oggi sappiamo tutti, e spero che ciò emerga in tutta la sua chiarezza, che è stato un altro il Governo che ha accettato il percorso di revisione della legge n. 194, ma non questo. E qui voglio ringraziare l'onorevole Burani Procaccini, perché io custodirò quell'ordine del giorno del 1999, accolto, anche se non attuato dall'allora Governo D'Alema. È, infatti, una bella bandiera da non lasciare nell'armadio. Dico questo perché qualche volta mi è capitato di essere attaccato da questo autorevolissimo esponente della sinistra.

Poniamo il caso, onorevole Labate, che nella prossima legge finanziaria l'onorevole Anna Maria Leone presenti questo ordine del giorno: « Impegna il Governo ad un meditato, sereno e informato progetto di revisione della legge n. 194, ormai obsoleta, perché vecchia di vent'anni, e non più in linea con le mutate condizioni della società e con le acquisizioni della ricerca medico-scientifica ». Se io, Francesco Storace, accettassi questo ordine del giorno, crollerebbe il mondo !

Poiché siamo in presenza di documenti — non stiamo parlando del niente — che hanno lo stesso valore delle relazioni, di prese di posizione impegnative, vorrei che da oggi non si dicesse più che noi vogliamo attaccare la legge n. 194, perché se c'è qualcuno che si è caratterizzato per questo, era al Governo prima di noi. Credo che questo ordine del giorno serva a farci ragionare un po' tutti sulla necessità di non attribuire ad altri volontà che non ha dichiarato. Io sono abituato a valutare la politica sulle parole e sui fatti. E fin quando non vi saranno proposte del Go-

verno di modifica della legge n. 194, a ciò ci dovremo strettamente attenere. Per cortesia, la si smetta — perdonatemi l'espressione — di sostenere l'esistenza di questo attacco. Noi vogliamo applicare questa legge. Spero che dalla Commissione venga anche un contributo al prossimo Governo, al prossimo Parlamento, per far sì che non ci debba più essere motivo per ritornarci, perché si sono comprese le ragioni. Sono da poco ministro, ma punto a non esserlo per poco. Vorrei perciò poter completare quest'opera lanciando al paese dei segnali concreti, secondo i quali si possono attuare politiche finora non attuate.

In quell'ordine del giorno c'è un altro passaggio che vorrei sottolineare, rifacendomi a quanto dicevo poc'anzi sulla differenza tra il mio mandato e quello dell'onorevole Bindi. Facciamo attenzione, allora il Governo poteva farlo, mentre oggi sarebbe difficile: è stato detto di sì in un momento in cui si poteva fare, mentre oggi ci sarebbe l'insurrezione delle regioni, che ieri non poteva esserci.

Voglio esprimere integrale adesione alle tesi esposte dall'onorevole Massidda — aggiungendo un elemento di notizia sulla partecipazione dell'opposizione, argomento su cui tornerò, ai lavori della Commissione — relativamente alla manovra strumentale che è in corso da parte del sistema delle regioni in merito al tema della pillola abortiva. Se avrà un po' di pazienza tornerò sull'argomento, perché vorrei capire qual è il punto di partenza della campagna ideologica e chi la sta agitando. Ci sono degli elementi che il Parlamento deve conoscere; poi potrà anche valutare che il ministro abbia torto e che abbiano ragione tutti gli altri, però ci sono delle cose che bisogna sapere prima di alzare l'indice accusatore nei confronti di una parte politica o dell'altra.

Richiamandomi ancora all'ultimo intervento della maggioranza, l'onorevole Lucchese ha fatto riferimento al principio ispiratore della legge n. 194, riportato nell'articolo 1. È stata una preoccupazione di questi decenni: l'aborto non sia strumento per il controllo o la limitazione delle nascite. Tale questione campeggia sul di-

battito attorno all'attuazione della legge n. 194. Allora, colleghi dell'opposizione, siccome nutro rispetto nei confronti del Parlamento, vi confesso un pizzico di delusione per l'assenza di valutazioni — vi hanno fatto riferimento solo gli onorevoli Labate e Galeazzi per contestare quei numeri — circa la notizia nota dei 4 milioni 500 mila aborti.

TIZIANA VALPIANA. Non è una notizia !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Per lei è una notizia, per noi è una tragedia. Il fatto che questo paese si debba arrendere a che una gravidanza su quattro finisca in aborto, non credo che sia un panorama di cui bearsi. Non è il ministro Storace che nota questo dato. È la notizia che emerge dall'audizione di ieri. È quanto dicono *Il Giornale*, *La Repubblica*, *Il Messaggero* e *Il Corriere della Sera*. E mi riferisco ai titoli, quindi alle cose che hanno impressionato...

TIZIANA VALPIANA. Noi ci occupiamo delle donne, lei degli *scoop*. Questo è il problema.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Provi a chiedere a qualche persona di sua conoscenza se il dato di 4 milioni 500 mila bambini mai nati sia un dato di cui essere contenti o essere tristi. Non sto negando il diritto ad abortire, sto dicendo un'altra cosa. Onorevole Valpiana, lei deve avere la stessa pazienza che ho avuto io nell'ascoltarvi.

Vogliamo negare che in un paese con un tasso di denatalità come il nostro questa cifra colpisce? Vogliamo ammettere almeno che colpisce? Altrimenti, facciamo un esercizio di cinismo da fare spavento. Credo sia normale fermarsi a discutere di questa cifra. Mi dispiace che dall'opposizione non ci sia stato un solo riferimento a questo. In effetti...

TIZIANA VALPIANA. Quei 4 milioni di gravidanze indesiderate noi non li volevamo.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Questo mi fa piacere. Vorrei, però, che mi permetteste di esprimermi, altrimenti il dialogo è davvero difficile e posso capire, allora, perché i miei predecessori non venivano in Commissione. Questo è il Parlamento e si può ancora discutere. Tra l'altro, chi mi ha preceduto accettava gli ordini del giorno sulla revisione della legge n. 194, ma voi non dicevate nulla.

C'è anche chi ha tentato di fare il furbo — non in Parlamento, ma nell'ambito del libero diritto di criticare le dichiarazioni di un ministro — e partendo da questa cifra ha scritto un articolo. È vero, prima ho detto che se la politica di prevenzione fosse stata attuata, chissà, per il 10 per cento avremmo avuto magari 400 mila nati in più. Ma è solo un esempio.

Allora, quale sarebbe la critica nei miei confronti? Non si sa se avremmo avuto 400 mila bambini in più, ma «dispiace che all'ex governatore del Lazio non stia a cuore la sorte anche dei rimanenti 3 milioni 950 mila non nati». Sono argomenti davvero infantili. Questo è quello che riporta *Il Manifesto*.

Vorrei che si mettessero da parte gli argomenti che offendono la discussione su una legge che, sebbene abbia avuto un percorso travagliato prima di essere approvata, poi è diventata legge dello Stato e tutti siamo tenuti a rispettarla.

Veniamo ora alle questioni che la vostra Commissione ha voluto sottoporre alla mia attenzione. Cercherò di seguire un ordine logico: lo dico ai colleghi dell'opposizione, con i quali vorrei interloquire sugli argomenti principali che hanno posto, scusandomi fin d'ora se alcune questioni non troveranno spazio nella mia replica, sia per ragioni di tempi parlamentari sia per evitare di annoiarvi.

L'onorevole Maura Cossutta è ritornata — non voglio parlare di enfasi comiziale — sulla questione dell'attacco alla legge n. 194. Ma cos'altro si può dire, da parte nostra, per assicurare che non abbiamo alcuna intenzione di modificare la legge? Del resto, attaccare la legge nel mentre ci si rimprovera di volerla modificare è davvero un non senso, onorevole Cossutta.

Ogni tanto può capitare di esprimersi in maniera contraddittoria, ma questo è uno dei casi in cui non lo si dovrebbe fare. È spiacevole sentir parlare di «attacco alle donne». Il dibattito di oggi dimostra che le donne non le rappresentate solo voi. Le donne del centrodestra — consentitemi di manifestare un pizzico di orgoglio — hanno usato espressioni contrarie e hanno affermato idee diametralmente opposte alle vostre. Non si può mancare loro di rispetto, non sono donne di serie B.

Levatevi dalla testa questi *slogan* propagandistici, per cui ci sarebbe un universo femminile che sta solo a sinistra e da questa parte non ci sarebbe diritto di cittadinanza. Nessuno ha scritto il compitino alle parlamentari del centrodestra, ma ognuna di loro si è espressa con libertà, secondo la propria persona e la propria identità. Credo che si dovrebbe manifestare un po' di rispetto per le parti in causa. State tranquilli, arriverò anche a rispondere nel merito delle questioni sollevate, ma per il momento sto rispondendo al comizio che ho ascoltato sull'attacco alle donne. Se permettete, ho il dovere di non lasciar passare un'affermazione che considero incivile nei confronti delle donne di centrodestra. È importante ribadirlo, perché tengo molto al rispetto anche nei confronti di chi non milita dalla vostra parte.

Mi piacerebbe innanzitutto verificare la disponibilità di tutti — chiedo scusa per i toni di prima e per aver parlato di comizio — ad attuare la legge n. 194. Considero molto importante la vostra presenza in questa sede, per interloquire e per rappresentare le posizioni di ciascuno. Non è stato proprio un errore, dunque, da parte del Presidente Casini, la decisione di dare il via libera all'indagine conoscitiva.

TIZIANA VALPIANA. Siamo venuti perché non ci avete permesso di discutere la relazione.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Avete legittimato questa indagine ed io credo che sia importante aver scongiurato la minaccia dell'Aventino.

MARIDA BOLOGNESI. Ma che Aventino, ma che dice? Noi abbiamo chiesto di discutere la relazione del ministro! Non faccia il mestierante della politica, risponda nel merito.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non so se adesso ci state ripensando, ma vi assicuro che ho ascoltato con gioia tutti i vostri interventi. Non credo che abbiate motivo di arrabbiarvi. Del resto, se ci si dovesse infuriare per quello che si ascolta dagli altri, in Commissione non dovremmo venire mai. Ne avete dette così tante di cose per cui infuriarsi!

Noi abbiamo ascoltato con grande pazienza quello che avete detto, ora vorrei rispondere alle questioni che avete sollevato. Siete voi che avete parlato di strumentalità, non io. Siete voi che siete entrati addirittura nel dettaglio del questionario che ho proposto alle regioni. Non vi siete estraniati dal dibattito, quindi non è vero che questa indagine non doveva essere deliberata. Se così fosse, non avreste partecipato ai lavori. Questa è la mia interpretazione libera e democratica.

MAURA COSSUTTA. Questo è solo l'inizio! Vedremo nel corso dell'indagine.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Insomma, devo avere per forza le vostre stesse idee? Per fortuna mia e dell'Italia, non è così. Se si intende governare il paese puntando su questi temi, allora c'è davvero da preoccuparsi.

MAURA COSSUTTA. Noi le abbiamo rivolto delle domande.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. E io sto rispondendo. Ha detto o no che noi vogliamo attaccare le donne? Ha detto o no che vogliamo modificare la legge n. 194? Ha detto o no che il fine della deliberazione di questa indagine era strumentale? A questo sto rispondendo. Del resto, se questo tipo di accusa politica per voi è una priorità, il Governo ha il diritto di difendersi da un'accusa falsa, oppure no? Credo che questo sia un

dovere, non un diritto. Se permettete, in Parlamento prendo la parola esattamente come voi. È difficile che mi impediate di parlare, urlando e interrompendomi.

Peraltro, ho apprezzato alcune delle considerazioni svolte dai colleghi anche dell'opposizione. Non sono una persona affetta da ideologismo e voglio confrontarmi con le affermazioni intelligenti che ascolto. Se insisto su quello che non condivido è perché credo che sia necessario capire quali sono i punti di divisione.

È stato affrontato, sia dalla collega Cossutta che dalla collega Bolognesi, il tema della contraccezione per non abortire. Ieri, onorevole Bolognesi, non ho potuto risponderle subito perché non avevo compreso il tema che lei voleva sollevare. In effetti, è in corso un'iniziativa dei Ministeri della salute e dell'istruzione — spero che questo elemento sia colto positivamente rispetto alle questioni legate alla sessualità poste anche dall'onorevole Zanella — per l'avvio e la diffusione, in tutte le scuole secondarie del paese, di una campagna informativa per i giovani sull'educazione alla sessualità e al controllo delle malattie sessuali. Il Centro di coordinamento delle malattie, che per fortuna ha un direttore la cui competenza e professionalità avete esaltato, il dottor Greco — questo mi rassicura sul fatto che ne apprezzerete il lavoro, e comunque alle nostre carenze supplirà l'intelligente opera delle regioni —, si sta occupando di produrre al riguardo degli opuscoli, che sono in corso di stampa.

Per quanto riguarda la popolazione immigrata, è in corso di avanzata elaborazione un protocollo d'intesa con l'Organizzazione mondiale delle migrazioni delle Nazioni Unite, per sviluppare iniziative comuni a favore delle donne immigrate.

Questo vuol dire che con la contraccezione affrontiamo il problema dell'aborto o della prevenzione? Non vorrei che si confondessero le carte in tavola. Posso capire che si informino i giovani sull'esistenza dei metodi contraccettivi, ma mi rifiuto di pensare che questo possa essere un tema per la prevenzione dell'aborto. Semmai, è un tema che riguarda la pre-

venzione della malattia, non dell'aborto. Su questo vorrei che ci fosse chiarezza.

MAURA COSSUTTA. Scusi, ministro, ma l'Istituto superiore di sanità dice il contrario.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Come ministro di questo paese ho il diritto di esprimere le mie opinioni. Ebbene, è mia opinione che, mentre ha un senso parlare di contraccezione con riferimento alla prevenzione di una malattia terribile, credo che si debba stare attenti nell'affermare la necessità di controllare le nascite.

Al contrario di voi, mi muovo nel solco della legge n. 194, che all'articolo 1 nega che l'aborto possa essere considerato uno strumento per il controllo delle nascite. Voglio assicurare, in particolare all'onorevole Bolognesi, che c'è un convincimento da parte dell'intera maggioranza, anche dell'onorevole Fini, che è contrario all'aborto...

MAURA COSSUTTA. Anche noi siamo contro l'aborto !

TIZIANA VALPIANA. Anche noi siamo contro l'aborto !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non si percepisce così facilmente che siete contro l'aborto.

MAURA COSSUTTA. Questo è vergognoso !

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Vergognoso è il suo atteggiamento quando mi accusa di voler cambiare la legge. Se permette, anch'io ho il diritto di dirle che non si percepisce la sua ostilità all'aborto (*Commenti dell'onorevole Maura Cossutta*).

Ho ascoltato con religiosa attenzione i vostri interventi e vorrei che anche a me fosse consentito di esprimere le mie opinioni.

TIZIANA VALPIANA. Basta che non offenda.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non sto offendendo. È lei che mi offende quando sostiene che voglio attaccare le donne. Moderi le parole, dunque.

GIULIO CONTI. Dal 1995 al 2001 non è mai venuto nessuno, salvo una volta la Bindi ! Una sola volta la Bindi in sette anni (*Commenti degli onorevoli Valpiana, Bolognesi e Maura Cossutta*).

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Sto cercando di rispondere alle vostre argomentazioni, ma posso anche concludere qui, se c'è un problema che definirei di ordine pubblico. Gradirei che mi si ascoltasse civilmente, senza affermare che dovrei vergognarmi. Non devo vergognarmi proprio di nulla, voglio che questo sia chiaro.

Esistono aspetti sui quali possiamo lavorare insieme, a condizione che ci sia buona fede da parte di tutti. Onorevole Bolognesi, lei ha affermato — le dimostro che ho ascoltato tutto e su tutto voglio tentare di rispondere — che sulla bozza di protocollo non mi sono confrontato con le regioni. Trattandosi di una proposta che rivolgo alle regioni, come faccio a confrontarmi con il soggetto a cui devo inviarla ? Stia certa che proprio il meccanismo che ho voluto scegliere, quello dell'intesa in Conferenza Stato-regioni, ci costringe a trovare l'intesa con le regioni. Peraltro, non si tratta di un passaggio obbligatorio, dal momento che la legge prevede, all'articolo 16, che debba essere il ministro a formulare le domande. Io, invece, ho proposto di concertare le domande insieme alle regioni. Questa è la « prova provata » della volontà di arrivare a un percorso condiviso con il sistema delle regioni, proprio perché oggi è un'era diversa rispetto a quella che ha preceduto la riforma del Titolo V.

Del resto, ho notato l'apprezzamento sul metodo da parte dell'onorevole Bindi e dell'onorevole Labate. Posso assicurare al presidente Palumbo che tali questioni sa-

ranno oggetto — una volta presentata la bozza di protocollo e ricevute le proposte delle regioni — di integrazione.

Non voglio sollevare altre polemiche, ma vi assicuro che ce ne sarebbe la ragione, considerando i toni usati da chi ha parlato di terrorismo psicologico. Non vorrei che il terrorismo psicologico fosse imputabile a chi fa riferimento a una religione. Ad esempio, voi avete parlato del Movimento per la vita, ma non potete pensare che il volontariato cattolico, in questo paese, possa servire soltanto a sfamare i barboni a Natale e non anche a tentare di sostenere i diritti di una donna in gravidanza. Vorrei che questo tasso di ideologismo fosse eliminato dalla discussione politica.

MARIDA BOLOGNESI. Sul costo dei farmaci anticoncezionali non mi ha risposto.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Cercherò di rispondere a tutto, ma non avevo colto questa domanda.

Sicuramente ha ragione chi sostiene — lo hanno fatto con particolare chiarezza gli onorevoli Petrella e Labate — che dal 1978 ad oggi si registra un calo del 43,5 per cento di aborti, un dato che non ho avuto difficoltà ad ammettere. Tuttavia, davvero pensate che sia un dato sul quale festeggiare? Forse ritenevate che, con la legge sull'aborto, il numero delle interruzioni di gravidanza dovesse conoscere un aumento? Credo, insomma, che il calo sia una normale conseguenza della legge, ma quello che mi preoccupa è capire come mettere in atto una politica di prevenzione rispetto all'aborto. Personalmente ritengo che questo sia il punto centrale della discussione. Quando si cita la diminuzione del numero degli aborti, sembra quasi che questo debba significare non parlare più della legge n. 194 e disattenderne le norme.

Vi ricordo che la legge n. 194 non parla solo di aborto, ma anche di diritto alla vita, di tutela della maternità, e quant'altro.

MARIDA BOLOGNESI. È sul concetto di prevenzione che sbaglia.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Può darsi che io sbagli, ma consentirà che possiamo avere — e per fortuna — opinioni diverse. Le assicuro, comunque, che ho imparato molto dal dottor Greco. Chi ha avuto modo di ascoltarlo dall'altra parte, forse ne ha dimenticato la lezione. Sono stato parlamentare anch'io, ma non ho mai riservato un trattamento del genere a un ministro. Comunque, siete liberi di adottare l'atteggiamento che ritenete più opportuno.

Ho preso appunti quando voi avete formulato le vostre domande e vorrei rispondere. Mi dispiace che vi innervosiate su ogni cosa che dico, ma anch'io ho il diritto di esprimere la mia opinione.

Forse si vuole smentire quello che ho detto prima, che non ci sono state barricate...

GRAZIA LABATE. Signor ministro, non voglio essere scortese, mi rivolgo a lei con molto garbo. Lei sostiene che noi citiamo il dato del calo del 43,5 per cento degli aborti come se ne fossimo contenti e appagati. Non è così. Citiamo questo dato per dire che se la legge ha prodotto questa diminuzione è stata efficace e si sta muovendo nella direzione giusta. È evidente, però, che l'obiettivo è quello di arrivare al 100 per cento della prevenzione. Su questo siamo tutti d'accordo. Non vorrei che lei desse alle nostre parole un significato...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Quello che lei dice non è una grande novità, per quello che mi riguarda. Per questo mi meraviglia l'enfasi con la quale si riporta il dato della diminuzione degli aborti: l'ho scritto nella mia relazione, dove ho sottolineato che, dal punto di vista dell'interruzione volontaria della gravidanza, questa legge è uno dei sistemi migliori del mondo.

Per queste ragioni mi stupisce la rappresentazione enfatica di un aspetto della legge — la diminuzione degli aborti —, mentre si omette di fare, al contempo, una

considerazione su quello che sarebbe potuto accadere, in positivo, se ci fosse stata più prevenzione. Eppure mi sembra quasi una banalità, che nessuno dovrebbe negarmi il diritto di dire, e invece crea scandalo.

Non credo di dire qualcosa di dissennato. In questo paese possiamo avere due opinioni diverse sulle politiche di prevenzione, ma se ne fosse stata attuata almeno una delle due forse sarebbero nati più bambini. È un delitto aspirare ad una società in cui nascano più bambini? Non credo. È un delitto sperare che nella società diminuiscano le condizioni che possano costringere la donna ad abortire? Non credo che queste siano aspirazioni insensate. Se stiamo dicendo le stesse cose, non le contestate. Lasciatemele dire, ed io sarò l'uomo più felice del mondo. Non mi sembrava, comunque, che il clima fosse questo.

Il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva mi darà la possibilità di conoscere l'opinione del Parlamento sulle politiche di prevenzione. Lo leggerò, dunque, con grande attenzione.

MAURA COSSUTTA. Lo dica al dottor Greco, così si cambia il sistema di sorveglianza della legge!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Per quanto riguarda le questioni poste dall'onorevole Bindi, credo di aver già risposto, in parte, ad alcune di esse. Richiamando la sua esperienza nello scrivere le relazioni, l'onorevole Bindi ha affermato che le sue relazioni trattavano il riparto delle risorse dei consultori. Ho già spiegato che questo oggi non è più nella disponibilità del ministro, ma è un tema che attiene al Fondo sanitario nazionale. Sulla possibilità di finanziamenti in sede di finanziaria, è legittimo avere opinioni diverse. Ogni Governo, nella definizione delle leggi finanziarie, ha tradizionalmente opinioni diverse, rispetto all'opposizione, sull'attribuzione dei fondi ai vari settori, e segnatamente alla sanità. Per noi passare da 90 a 93 milioni di euro significa aumentare le risorse, per voi la stessa cifra

rappresenta un taglio delle risorse. Comunque, può esservi spazio per una discussione, anche senza frequentare il liceo scientifico, a patto che si riconosca che esiste una differenza profonda fra ieri e oggi.

Che si sia arrivati tardi a questa indagine credo lo riconosca anche l'onorevole Anna Maria Leone, che ha promosso questa iniziativa. Del resto, è innegabile, siamo a fine legislatura. La questione più seria posta dall'onorevole Bindi (alla quale non sarà facile dare risposta in due mesi, ma bisogna almeno provarci) è la seguente: siamo convinti che sia rilevabile il dato sulla prevenzione? Questa è la questione più importante e per affrontarla dobbiamo sforzarci — noi collaborando con le regioni e il Parlamento svolgendo questa indagine — di capire quali sono le domande da formulare per avere risposte utili al fine di affrontare la questione della prevenzione. Non basterà semplicemente un questionario, ma parlo di domande sociali e di questioni che vanno poste ai cittadini.

Da parte nostra, la risposta a questa domanda impegnativa è la proposizione di un metodo concertativo, in particolare con le regioni. È chiaro che bisogna seguire questa strada — rispondo così anche agli onorevoli Labate e Galeazzi —, altrimenti non risolviamo nulla.

Come mai, dunque, si è arrivati tardi a questa indagine? Perché è riesplora la questione? Tenterò di ricostruire cronologicamente i diversi momenti — ringrazio il dottor Greco per l'ausilio prezioso che ci ha offerto nella ricostituzione dei dati che metto a disposizione del Parlamento — che hanno determinato questa scelta.

Questo dibattito — l'ho detto ieri, ma forse non sono stato chiaro — non è cominciato quattro anni fa ed è rimasto nel cassetto della Commissione affari sociali, ma è cominciato a settembre, quando un signore, che probabilmente vedremo in Parlamento nella prossima legislatura, ha deciso di sperimentare, all'ospedale Sant'Anna di Torino, la cosiddetta pillola abortiva.

Storicamente, dunque, questo dibattito ricomincia a settembre. C'era stata la tensione referendaria, ma era tutto passato, e il popolo italiano si era espresso come sappiamo. Del resto, non possiamo impedirglielo, non possiamo chiudere i seggi.

MARIDA BOLOGNESI. Anche sulla legge n. 194 si era già espresso.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. E infatti, non c'è una proposta modificativa della legge n. 194.

TIZIANA VALPIANA. È la conferma che noi l'avevamo chiesto dal 2001.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Voi lo avevate chiesto, ma io ero in tutt'altre faccende affaccendato. Poi mi avete costretto — permettetemi di scherzare con questo termine — a venire qui e adesso mi occupo di questa materia.

A settembre, dunque, è stato avviato un percorso innovativo — con questo non esprimo un giudizio positivo o negativo — presso la struttura ospedaliera di Torino. Questo professore, che diventerà parlamentare, a settembre annunciava la sperimentazione della pillola RU 486. A quel punto, ho dato vita ad un contenzioso con questa struttura, chiedendo garanzie della tutela della salute della donna. In particolare, mi preoccupava che, tra la prima e la seconda somministrazione, a dosaggio differente rispetto a quello indicato nei paesi dove la pillola abortiva è registrata, non ci fosse un controllo medico. Ho chiesto che fosse rispettato il disposto della legge n. 194 — non ho chiesto e non chiedo di modificarla — secondo il quale, nel percorso ospedaliero, è previsto che un medico affianchi la donna che abortisce. Insomma, inizia questo percorso di sperimentazione, che immagino serva per verificare l'efficacia del farmaco.

Nel frattempo, altre regioni credono che lo stesso sia già efficace, ma nessuno ha mai chiesto la sperimentazione di questo farmaco, nemmeno all'EMA. Su questo tema, faccio miei i dubbi posti dal-

l'onorevole Fioroni, in un'intervista al *Corriere della Sera*, laddove, considerando la circostanza che la ditta produttrice non ha presentato domanda in Italia, si è chiesto se ci siano problemi scientifici. Per quanto mi riguarda, mi pongo la questione in termini scientifici, perché se volessi utilizzare argomenti politici potrei fare riferimento a quello che ha affermato l'onorevole Maria Pia Garavaglia, secondo la quale l'adozione generalizzata della pillola RU 486 apre nel paese un'enorme crepa sociale (lo ha scritto lei, su *Il Foglio*, non io).

Ci sono, dunque, argomenti scientifici e politici, ma io voglio restare sul binario scientifico, che è quello che ci deve interessare, tanto è vero che ho chiesto al Consiglio superiore di sanità di verificare che cosa concretamente si possa fare in questo ambito.

Con riferimento all'intervento dell'onorevole Massidda, qualcuno può spiegarmi perché dal 1997 si possono finalmente acquistare all'estero confezioni di farmaci che non sono registrati in Italia, per determinate esigenze dell'individuo certificate dal medico, ma improvvisamente quest'anno si dà luogo a questa richiesta di farmaci? Dal 1997 al 2004 non c'è stata una sola regione, un solo medico che abbia chiesto una sola pillola RU 486. In base alla norma che ho citato, sono arrivate in Italia 10 mila confezioni di farmaci all'anno, senza che mai fosse stata chiesta una sola pillola RU 486. Onorevole Massidda, perché solo quest'anno, e non dal 1997?

Il Parlamento, su queste materie, ha il diritto o il dovere — fate voi — di interrogarsi se non ci sia strumentalità nelle diverse posizioni. Se è vero che, come dite, siete contro l'aborto, non vorrei incentivarlo.

MARIDA BOLOGNESI. Non sa di cosa parla! C'è un limite all'ignoranza! (*Commenti dell'onorevole Valpiana e dell'onorevole Maura Cossutta*).

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Onorevole Valpiana, lei ha posto

una questione giusta. Se l'aborto farmacologico rispetto a quello chirurgico è un'alternativa sicura per una donna, avete ragione voi, ma voglio esserne sicuro.

Di fronte all'ardimento della sperimentazione a Torino, di fronte all'ardimento di quanti vanno a comprare la pillola all'estero, avendo dimenticato di farlo fino al 2004, volete forse che la maggioranza e il Governo tacciano? Tutti possono parlare e noi non possiamo chiedere cosa sta succedendo? Davvero pensate che si debba ridurre all'angolo la voce di chi la pensa diversamente dagli sperimentatori, da quelli che vogliono acquistare all'estero un farmaco, e via dicendo? È davvero una bella pretesa.

MARIDA BOLOGNESI. Ma questo è un intervento istituzionale o da capogruppo di Alleanza nazionale? Non mi pare un discorso da ministro!

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non lo so, faccia lei. Spero di non dover mai sentire da lei un discorso da ministro. Onorevole Bolognesi, siete stati voi a fare i comizi ed io ho risposto puntualmente alle vostre argomentazioni. Se pensate di poter intimidire le persone ed i politici, vi sbagliate di grosso. Credo di aver fatto il mio dovere nell'espore alla Commissione le mie intenzioni e le mie opinioni: ritengo di avere il diritto di farlo. Se pensate che l'Italia possa vedere voi in condizioni di supremazia e noi in condizioni di inferiorità, vi sbagliate di grosso.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Storace e dichiaro conclusa l'audizione.

Sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 13,05, è ripresa alle 13,15.

Audizione di rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto nazionale di statistica.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla

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 di rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto nazionale di statistica.

Sono presenti: per l'Istituto superiore di sanità, il dottor Michele Grandolfo, dirigente di ricerca presso il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute; per l'Istituto nazionale di statistica, la dottoressa Roberta Crialesi, dirigente del servizio sanità e assistenza, la dottoressa Alessandra Burgo, capo servizi sanitari e quadro epidemiologico, e la dottoressa Marzia Loghi, ricercatrice nell'area salute materna infantile.

Nel salutare i nostri ospiti, colgo l'occasione per ricordare l'intento dell'indagine conoscitiva in corso, la quale mira a verificare lo stato di attuazione della legge n. 194 senza certamente volerne rimettere in discussione la validità: si tratta, in particolare, di prendere in esame le funzioni attribuite ai consultori e i servizi da essi svolti. Sottolineo anche che non intendiamo controllare l'attività dei consultori, tenuto conto che il loro campo d'azione è amplissimo e non è affatto limitato all'applicazione della citata disciplina.

Ringrazio ancora i nostri ospiti per la loro disponibilità e do immediatamente la parola al dottor Michele Grandolfo, affinché ci illustri la sua relazione.

MICHELE GRANDOLFO, *Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità*. L'Istituto superiore di sanità ha realizzato, in collaborazione con il Ministero, le regioni e l'Istituto centrale di statistica, un sistema di sorveglianza attiva per seguire l'andamento del ricorso all'aborto nel nostro paese, praticamente dalla legalizzazione ad oggi. Il sistema di sorveglianza è stato

alla base per la predisposizione delle relazioni che i ministri della sanità e della salute hanno annualmente presentato al Parlamento, come prescritto dalla legge. Il sistema di sorveglianza è stato utile anche per stimolare la formulazione di ipotesi interpretative del fenomeno e, quindi, per poter condurre ricerche di approfondimento ed identificare possibili strategie di intervento per la prevenzione dell'aborto.

Noi, in effetti, abbiamo condotto molte ricerche, alcune anche con modelli matematici, che ci hanno permesso di verificare alcune ipotesi essenziali. La legalizzazione aveva l'obiettivo di eliminare, o ridurre consistentemente, l'interruzione volontaria di gravidanza clandestina. Con modelli matematici abbiamo effettivamente verificato una riduzione dell'80 per cento dell'abortività clandestina stimata nel nostro paese (stimata, appunto, in quanto clandestina e quindi non accertabile) nel periodo compreso tra il 1982 e il 2001. Le stime sono state effettuate attraverso l'uso di tecniche consolidate a livello internazionale che hanno reso possibile valutare il fenomeno: dai centomila aborti clandestini stimati nel 1982, si è passati ai ventimila stimati nel 2001, con una riduzione — ripeto — di circa l'80 per cento. La localizzazione degli aborti clandestini, secondo i nostri modelli matematici, è soprattutto al sud: nel 1982 era localizzato al sud il 70 per cento, nel 2001 il 90 per cento.

La ragione della persistenza degli aborti clandestini al sud — come peraltro la situazione anomala della regione Puglia rispetto alle altre aree meridionali dimostra e come dimostrano anche i nostri studi approfonditi sui movimenti migratori delle donne — risiede nella carenza dei servizi che effettuano l'interruzione volontaria di gravidanza. In un contesto territoriale in cui mancano i servizi di interruzione volontaria di gravidanza — lo abbiamo studiato e verificato — le donne più istruite, ossia quelle provviste in partenza di una competenza maggiore, riescono a cercare salute e servizi, mostrando un atteggiamento — definito in inglese « *health seeking behaviour* » — che è ap-

punto diretto a tale scopo. Le donne che hanno meno competenze, e caratterizzate da una maggiore privazione sociale, tendono invece a ricorrere ancora all'aborto clandestino. La carenza di servizi è, quindi, la causa della persistenza di questo fenomeno.

In Puglia, un'importante regione meridionale dove fin dall'inizio fu organizzata l'applicazione della legge in tutte le USL regionali — anche con l'attivazione, oltre a quanto già previsto, di convenzioni con cliniche private (mediante la quota è del 20 per cento, mentre nell'area pugliese il livello si attesta addirittura intorno al 40 per cento) —, il servizio è garantito ovunque e, in effetti, la Puglia ha presentato il più alto tasso di abortività, come avrebbe dovuto essere per le altre regioni meridionali. Tale risultato indica quale sia stato l'impatto della legge, giacché la regione Puglia ha presentato la più consistente riduzione del tasso di abortività clandestina, dall'anno di massima — il 1982 — ai giorni nostri.

È chiaro che la riduzione del tasso di abortività ha una spiegazione soltanto nell'ipotesi in cui l'aborto sia considerato come ultima *ratio*, e non come una scelta di elezione. Naturalmente, già la legge prescriveva che l'aborto non fosse utilizzato come mezzo di controllo delle nascite e, in effetti, questo era un elemento molto importante. È chiaro, infatti, che se l'aborto fosse stato una scelta di elezione, la sua legalizzazione avrebbe determinato una maggiore facilitazione del ricorso all'aborto e, quindi, avremmo dovuto osservare nel tempo un aumento del tasso di abortività.

Una riduzione così consistente del tasso di abortività è proprio spiegata dal fatto che l'aborto è stato considerato come ultima *ratio*, nel senso che la donna ha tentato — come le nostre indagini hanno verificato —, fino all'ultimo attimo del concepimento, di ricorrere a strumenti per la procreazione responsabile, rivelatisi poi fallimentari: dalle dettagliate analisi dei questionari emerge che il fallimento è dovuto fondamentalmente all'uso di metodi a bassa efficacia, o ad un loro uso

scorretto, da cui è derivata così una gravidanza indesiderata. Se la legalizzazione favorisce la circolazione dell'informazione, così com'è stato, e soprattutto se i servizi si attivano, perché così prescrive la legge, come appunto si attivano i consultori familiari per promuovere la consapevolezza e le competenze sulla prevenzione responsabile, è chiaro che l'effetto che avremmo dovuto osservare sarebbe stato proprio quello della riduzione del ricorso all'aborto. E così è stato.

Sono due le dimostrazioni puntuali e dettagliate di questa interpretazione. Da una parte, il fatto che le donne più istruite, giusto per fare un esempio, hanno presentato una riduzione del ricorso all'aborto più rapida rispetto alle donne meno istruite, e cioè le donne più competenti hanno avuto più possibilità di accedere all'informazione, più possibilità di accedere ai servizi. E, in effetti, la riduzione è stata più imponente e più rapida. Questa è la conferma che si tratta di una questione di competenza da aumentare.

Dall'altra parte, vi è stato un fenomeno un po' più complesso da analizzare — e comunque al riguardo ho presentato documenti —, quello degli aborti ripetuti che nel tempo hanno avuto un'evoluzione. Oggi, a quasi trent'anni dalla legalizzazione, sono la metà di quelli attesi. Noi infatti possiamo stimarli con un modello matematico; possiamo stimare quant'è la proporzione di aborti ripetuti da osservare dopo un certo numero di anni dalla legalizzazione. Per l'anno 2003, infatti, attendevamo qualcosa come un 45-46 per cento di aborti ripetuti; ne abbiamo osservati soltanto il 24 per cento. E se da questi scorporiamo soltanto i dati delle donne italiane, questa percentuale si attesta intorno al 20 per cento.

Questa è l'ulteriore, definitiva dimostrazione che è aumentata la competenza delle donne e delle coppie nel gestire la fecondità con i metodi della procreazione responsabile, ed è stata questa la causa determinante della riduzione dei ricorsi

all'aborto. E ciò è stato ottenuto grazie al ruolo determinante dei consultori familiari pubblici.

Diversa è stata l'evoluzione del fenomeno in altri paesi, dove non esistono servizi come i consultori familiari italiani. E vorrei sottolineare che i consultori familiari italiani hanno una originalità che li colloca come essenziali nel contesto internazionale. La cosa sorprendente è che l'Organizzazione mondiale della sanità, nell'analizzare le caratteristiche dei servizi, dopo tanti anni di riflessioni e alla luce dei fallimenti degli interventi sbagliati fatti nei paesi del terzo mondo, ha svolto una riflessione su quali fossero le caratteristiche essenziali e i servizi di primo livello per la salute della donna e dell'età evolutiva, delineando dei servizi esattamente corrispondenti ai nostri consultori familiari. Il nostro paese, cioè, ha anticipato di oltre venticinque anni le attuali consapevolezze a livello internazionale. In altri paesi questi requisiti sono assenti, non per mancanza di servizi per la contraccezione, o per la procreazione consapevole, ma per assenza di qualità relazionale e capacità di interlocuzione adeguate che aiutino a cogliere divari determinanti degli stati di salute, senza avere un modello riduttivo di tipo biomedico. Proprio tale capacità è espressa nel consultorio familiare grazie alle presenze multidisciplinari. Questa è stata la ricchezza fondamentale del nostro paese.

Vorrei anche sottolineare come non sono sempre state rose e fiori, ma la cosa interessante era proprio la presenza di figure professionali diverse a stretto contatto fisico fra loro (il presidente Palumbo lo sa, avendo condiviso con me l'esperienza dei corsi di formazione nella regione Sicilia, tra l'altro fra i migliori in Italia), che arricchiva le varie competenze, per cui il ginecologo assorbiva in qualche modo le competenze dello psicologo, o del sociologo, o dell'assistente sociale, e viceversa. Vi era, quindi, una condivisione di tale multifattorialità degli aspetti della salute. E questo è stato un elemento determinante.

Naturalmente, dire che i consultori familiari hanno avuto un ruolo determinante nella riduzione del ricorso all'aborto è un'affermazione che si basa, appunto, sulla capacità e sul lavoro che i consultori stessi hanno svolto, pur in difficoltà straordinarie. E su questo vorrei tornare in conclusione.

Tra l'altro — come dimostrano anche altri studi, alcuni dei quali già presentati al Parlamento in precedenti audizioni — quando confrontiamo, per un'area strategica di intervento quale è l'area della nascita, i servizi consultoriali con servizi di altro tipo, privati od ospedalieri — si prenda il caso dei corsi di accompagnamento al parto — riscontriamo da un lato, un più alto grado di soddisfazione, da parte delle donne, per il livello di informazione ricevuto, dall'altro — si tratta però di una percezione femminile, che è importante rilevare ma non ci dice più di tanto —, degli esiti di salute migliori, sia per la mamma sia per il bambino.

E noi, ancora una volta, giustifichiamo tale differenza per il fatto che i consultori familiari hanno una capacità di relazione efficace per determinare crescita di conoscenze, competenze e consapevolezza. Questo è un dato che noi, con le nostre ricerche, abbiamo evidenziato e che abbiamo proposto costantemente in tutte le commissioni nazionali, istituite dai vari ministri, dalla fine degli anni ottanta. Ricordo, *in primis*, che quando il ministro Donat Cattin, nel 1987, istituì un comitato operativo materno-infantile, un tema all'ordine del giorno era la natura e la qualità operativa dei consultori familiari. Venne fuori un documento che proponeva il potenziamento — uno ogni ventimila abitanti — e una riqualificazione dei consultori. Il ministro Donat Cattin prese atto delle risultanze di questa commissione presieduta dal futuro ministro Guzzanti — lo dico perché il ministro Guzzanti successivamente ha avuto al riguardo un ruolo decisivo — e decise lo stanziamento di 25 miliardi per la rete dei consultori familiari nel sud, riconoscendo proprio in tale area una particolare carenza dei servizi. Successivamente, nel 1995, il ministro

Guzzanti, memore di quell'esperienza, in occasione dell'istituzione di una commissione che doveva occuparsi di gravidanza, parto e puerperio, soprattutto per quanto atteneva al problema dell'esenzione dal *ticket* per le visite e le diagnosi in gravidanza, mi pregò di partecipare e dirigere il gruppo di lavoro per rianalizzare quel vecchio documento della commissione di cinque anni prima. Naturalmente, si propose un documento sostanzialmente analogo, dato che il primo manteneva tutta la sua attualità.

La cosa interessante è che, nella discussione della relazione presentata dal ministro al Parlamento, la Commissione affari sociali concordò con il ministro una decisione importante di potenziamento dei consultori familiari e, con il decreto-legge n. 34 del 1996, poi convertito, contenente provvedimenti urgenti per l'edilizia ospedaliera, si introdusse l'articolo 3 che, stanziando 200 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale su tutto il territorio nazionale, dava anche l'indicazione, a questo punto con forza di legge, di istituire un consultorio ogni ventimila abitanti. La legislatura cadde, e ci sarebbe da domandarsi come siano stati impiegati quei soldi. Sicuramente una parte bene, un'altra meno.

Devo, comunque, dire di avere una conoscenza diffusissima dei consultori familiari e delle realtà territoriali; credo non ci sia operatore consultoriale che non mi abbia incontrato almeno una volta nell'arco della sua vita lavorativa, così come credo di aver visitato moltissimi consultori familiari, di aver lavorato con loro e di aver realizzato indagini e ricerche molto importanti. Posso, quindi, affermare con molta convinzione che da queste indagini — le colleghe dell'ISTAT sanno quanto sia delicato, nell'indagine campionaria effettuata con metodo scientifico, avere la rispondenza delle persone da intervistare — è emerso che la rispondenza dipende dalla qualità relazionale. Abbiamo svolto indagini con livelli di rispondenza che sfiorano, sempre e costantemente, il 90 per cento, e questo è possibile soltanto con la qualità relazionale (necessaria anche nel-

l'investigazione, dove essa è fondamentale per ottenere dati accurati). E i consultori familiari impegnati in queste relazioni, che hanno lavorato sempre con grande entusiasmo, hanno dimostrato, appunto, di avere queste competenze, meritandosi un giudizio sempre straordinariamente positivo, dal 1987 in poi. Lo dimostra il fatto che, quando le istituzioni si sono domandate cosa fare dei consultori familiari, le conclusioni sono state sempre quelle di un loro potenziamento.

L'ultima commissione, quella per la delineazione e la scrittura del progetto obiettivo materno-infantile, fu istituita dall'onorevole Bindi e presieduta dal dottor Oleari: essa portò a termine il suo lavoro e l'obiettivo fu raggiunto nel 2000. Ebbene, proprio tale progetto materno-infantile pone al centro dei servizi, con un ruolo assolutamente strategico, i consultori familiari, riallacciandosi al decreto n. 34 del 1996, che aveva previsto un consultorio ogni ventimila abitanti, individuando con estremo dettaglio e chiarezza le azioni da fare, gli indicatori per la valutazione della qualità di queste azioni, nonché gli obiettivi da raggiungere.

Esiste, quindi, un quadro completo da cui la progettazione operativa può prendere le mosse per realizzare interventi di promozione della salute, nel campo della salute adolescenziale, in quello della salute della donna, e quindi della famiglia, e nel campo della prevenzione dei tumori femminili. Basta leggere il progetto obiettivo materno-infantile per notare come, in realtà, esso spazi su tutti gli ambiti della salute femminile, dell'età evolutiva, e soprattutto su tutte le problematiche della famiglia. I consultori familiari, quindi, hanno svolto un ruolo importante e hanno ricevuto questo riconoscimento.

Occorre aggiungere che, caduta la legislatura, il progetto obiettivo materno-infantile è rimasto in qualche modo appeso. Per me, che ho avuto un ruolo decisivo nella scrittura del testo, è stato comunque motivo di enorme soddisfazione vedere come la nuova legislatura abbia incorporato integralmente il progetto obiettivo materno-infantile nei livelli es-

senziali di assistenza. Le cose raccomandate in quel caso sono proprio i diritti di salute, così come i livelli essenziali di assistenza rappresentano. Questo è quanto è emerso dal sistema di sorveglianza e dalle ricerche condotte, nonché dall'esperienza del nostro rapporto con le istituzioni. Noi abbiamo assolto ad un dovere essenziale, cioè quello di fornire alle istituzioni gli elementi scientifici per la valutazione, un compito svolto nel rispetto della legge.

Permettetemi, in conclusione, un riferimento personale. Quando sono entrato in istituto come ricercatore, vincendo un concorso pubblico, ho giurato sulla Costituzione e sulle leggi dello Stato. Quando, poi, ho vinto il concorso a dirigente di ricerca ho giurato di nuovo, perché questa era la caratteristica degli statali. Io sono, pertanto, affezionato a questi giuramenti, e ritengo di dover lavorare sempre nel rispetto delle leggi e, soprattutto, dando alle istituzioni elementi di giudizio che abbiano un fondamento scientifico. Se così non facessi, e se così non facessero il mio gruppo di lavoro e lo stesso istituto, violeremmo un mandato istituzionale fondamentale a noi affidato.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Grandolfo per il suo intervento. Do ora la parola alla dottoressa Crialesi, affinché possa offrire il suo contributo all'indagine conoscitiva in corso.

ROBERTA CRIALESI, *Dirigente del servizio sanità e assistenza dell'Istituto nazionale di statistica.* Il contributo dell'ISTAT a questa discussione può solo aggiungere alcuni dati statistici al quadro già delineato dal dottor Grandolfo, spostando l'attenzione, però, più sull'evoluzione del fenomeno dell'abortività volontaria, in quanto l'ISTAT non possiede dati sui consultori.

Sappiamo che questa è un'informazione raccolta ed elaborata dal Ministero della salute. Tuttavia, l'ISTAT, sin dall'entrata in vigore della legge n. 194, ha istituito una rilevazione esaustiva sull'intero territorio nazionale. Ogni anno ven-

gono rilevate informazioni sulle interruzioni volontarie di gravidanza, sulle caratteristiche delle donne che fanno ricorso alla IVG e sulle caratteristiche dell'intervento stesso. Da queste informazioni è possibile dedurre anche alcune notizie riguardo all'uso dei servizi, soprattutto per quanto riguarda il rilascio della certificazione.

Dalle indagini ISTAT, un elemento interessante che emerge a proposito dei consultori familiari è che nel 2003 il consultorio familiare, per la prima volta, è stato il servizio più utilizzato per la richiesta di certificazione da parte di donne che ricorrono ad IVG. Alcuni dati testimoniano che il ricorso al consultorio familiare si attesta intorno al 34 per cento rispetto, ad esempio, al medico di famiglia, o ad altri servizi. Questa è veramente la prima volta che, nel corso della storia delle rilevazioni, raggiungiamo tale percentuale, ovviamente differenziata sul territorio nazionale. Ad esempio, nel centro e nel nord le percentuali sono nettamente superiori alla media nazionale, nel senso che, in particolare, sono del 45 per cento nel centro e del 41 per cento nel nord. Il sud, al contrario, si colloca su valori nettamente più bassi. Occorre segnalare che al nord e al centro è anche maggiore la presenza della popolazione immigrata. E a questo proposito, un elemento che potremmo analizzare meglio è proprio la componente della presenza di donne straniere nell'evoluzione del fenomeno della abortività volontaria. Anche in tale geografia, quindi, la presenza di donne straniere è determinante. Queste ripartizioni, dove è più massiccio il ricorso al consultorio familiare per le richieste di certificazioni, infatti, portano ad individuare le regioni a più forte immigrazione; ma è anche vero che, contemporaneamente, esse sottendono una diversa distribuzione dei servizi sul territorio nazionale, come ha già illustrato il dottor Grandolfo.

Un dato per tutti è tratto, ad esempio, dalla rilevazione effettuata dal Ministero della salute (tutti i dati, le tabelle ed i grafici richiamati sono allegati ad una breve nota che ho portato con me e che

potrete consultare all'occorrenza). Dalle informazioni raccolte, si evince che il sud ha un tasso di presenza di consultori familiari pubblici pari al 3,2 per centomila abitanti, nettamente al di sotto della media nazionale del 4,3 per centomila abitanti. Al nord, invece, si registra una presenza di 5 consultori ogni centomila abitanti e al centro, di poco inferiore, con 4,7 per centomila abitanti. Questo per quanto riguarda il tema più pertinente alla richiesta.

Dalle indagini che l'ISTAT conduce a partire dal 1980 è possibile tracciare anche un quadro molto coerente dell'evoluzione del fenomeno dell'abortività nel tempo. Non diciamo nulla di nuovo, si tratta di dati che dovrebbero essere ben conosciuti, oggetto di relazioni annuali, ma vale la pena sottolinearli, dato il carattere di esaustività della rilevazione dell'Istituto, e dato il carattere di garanzia di validità scientifica e di omogeneità sul territorio nazionale dei dati raccolti, che quindi ci consentono di effettuare con tranquillità confronti significativi. Al riguardo, le rilevazioni sono molto eloquenti, perché, dall'entrata in vigore della legge n. 194 ad oggi, il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza è diminuito sensibilmente. In questo lungo arco temporale, se consideriamo le donne residenti in Italia, si è passati da 209.000 IVG nel 1980 a 124.118 nel 2003 (come dati assoluti).

Si possono, poi, analizzare i livelli di abortività nel tempo. E per fare questo possiamo ricorrere ad un indicatore molto semplice, che è il tasso di abortività volontario, il rapporto tra il numero di IVG da donne in età feconda e l'ammontare di popolazione femminile, appunto, in età feconda. Dal grafico a pagina 2 dell'allegato che abbiamo consegnato, risulta che, se nel 1980 si avevano 15 IVG ogni 1.000 donne, nel 2003 siamo arrivati a 9 interruzioni volontarie di gravidanza ogni 1.000 donne. Ovviamente, il calo ha avuto andamenti e ritmi diversi in questo lungo arco di tempo. C'è stata una fase iniziale, nei primi anni ottanta, di assestamento della rilevazione e anche di emersione del fenomeno della clandestinità, per cui i

tassi e i livelli erano in aumento, raggiungendo il massimo intorno al 1985. Ma già dalla metà degli anni ottanta e fino alla metà degli anni novanta si assiste ad un calo costante, ad una riduzione costante dei livelli di abortività. Il dato si è stabilizzato a partire dalla metà degli anni novanta, attestandosi, comunque, sempre su livelli intorno a poco più di 9 IVG per ogni 1.000 donne. Il dato più recente, quello riferito al 2004, testimonia un piccolo incremento di circa il 2 per cento rispetto all'anno precedente. Parliamo, comunque, sempre di circa 127-128 mila interruzioni volontarie di gravidanza. Si tratta di una lieve ripresa, quindi, che va analizzata meglio per capire cosa contribuisca a tale stabilizzazione e a tale crescita.

In questo ci può essere utile (pagina 3 del nostro documento) l'analisi dell'evoluzione del fenomeno per classi di età. Molto sinteticamente, il dato saliente è che, sicuramente, le donne di età più avanzata, dai 35 ai 49 anni, continuano nel *trend* decrescente, mentre sono le più giovani a far registrare questo incremento. In particolare, l'incremento più consistente si registra proprio tra le donne più giovani, tra i 15 e i 19 anni, anche se i loro livelli di abortività sono nettamente inferiori rispetto alle donne di classi di età successive.

La spiegazione di questo fenomeno è che un importante contributo a tale incremento, soprattutto fra le più giovani, è determinato dal ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza da parte di donne straniere. È la presenza delle donne straniere, infatti, che ha contribuito alla stabilizzazione e alla lieve ripresa, proprio tra le più giovani, del ricorso a questa misura. Le donne straniere, infatti, sono mediamente più giovani delle italiane e presentano, esse stesse, una propensione al ricorso all'IVG di molto superiore rispetto alle coetanee italiane (stiamo parlando di una tendenza oltre 4 o addirittura 5 volte superiore tra le più giovani e tra le più giovani nubili addirittura 6 volte maggiore). I dati a questo riguardo sono veramente eloquenti.

Ovviamente, la presenza di donne straniere condiziona anche l'analisi per caratteristiche della donna. Possiamo osservare, ad esempio, che le donne nubili, recentemente, sperimentano una crescita nei livelli di abortività rispetto alle donne coniugate, cosa che in passato non avveniva. C'è, a proposito, un grafico veramente significativo, in cui si delinea chiaramente una forbice che vede nel 1996 il punto di contatto: i livelli di abortività delle coniugate e delle nubili avevano infatti raggiunto lo stesso livello, poi le curve si divaricano ed emerge questo dislivello, che tende, addirittura, ad ampliarsi, a svantaggio delle donne nubili. Anche in questo caso gioca la componente straniera: sono le donne nubili straniere a causare tale fenomeno.

Visto che la componente straniera è così importante nel determinare l'evoluzione del fenomeno dell'abortività, abbiamo cercato di analizzare i dati scorporando la componente straniera dalla componente italiana. Ebbene, è assolutamente evidente che la presenza di donne straniere maschera, in realtà, un calo sistematico del ricorso all'IVG da parte delle donne italiane. Si tratta di due tendenze contrastanti che sommate, di fatto, si annullano e contribuiscono a quella stabilizzazione che avevamo osservato, o a quella leggera ripresa proprio sulle più giovani e nubili. Tuttavia, non si può non tener conto di questo fattore, se vogliamo capire l'andamento del fenomeno dell'abortività.

In una tabella molto significativa, sono stati messi a confronto i tassi di abortività delle donne straniere e delle donne italiane. Sinteticamente abbiamo considerato tre anni di riferimento (1996, 2000 e 2002): in questo periodo, il numero dei casi di aborti delle italiane passa da circa 9 ogni mille donne (1996) a 8,5 (2000) per poi scendere a 8,1 (nel 2002).

Al contrario, invece, per le donne straniere avevamo 28 casi ogni mille donne nel 1996, passati a 35,5 ogni mille donne nel 2002. Si tratta, quindi, di una componente veramente decisiva nella determinazione del fenomeno in esame.

Un ulteriore elemento da sottolineare è che sicuramente queste donne straniere fanno anche un utilizzo diverso dei servizi: ritorniamo così al dato iniziale, quello cioè dei consultori. Sono infatti le donne straniere che, con maggior frequenza, ricorrono ai consultori familiari pubblici. Il dato è abbastanza netto perché nel 50 per cento dei casi le donne straniere si rivolgono ad un consultorio familiare per ottenere la certificazione, contro il 29 per cento delle italiane, le quali, invece, privilegiano il medico di famiglia.

Sicuramente queste informazioni si possono guardare in maniera più dettagliata, ma, in conclusione, direi che l'arresto del calo del *trend* di abortività volontaria, osservato a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, è dovuto essenzialmente all'aumento della presenza straniera in Italia.

PRESIDENTE. Rinnovo i ringraziamenti per le relazioni svolte e per le memorie scritte depositate presso i nostri uffici. Saranno sicuramente utilizzate dai membri della Commissione per la stesura del documento conclusivo.

MAURA COSSUTTA. Speriamo anche dal ministro...

PRESIDENTE. Gli atti sono a disposizione di tutti. Il ministro li possiede già perché a lui arrivano prima che a noi.

Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre eventuali domande.

TIZIANA VALPIANA. Ringrazio veramente di cuore i nostri ospiti per la loro competenza e la grande gentilezza usata. Non è avvenuto così nella precedente audizione, e questo va sottolineato, perché la gentilezza dovrebbe essere dovuta, in una audizione in Parlamento; pare, invece, che così non sia. Ringrazio, soprattutto, gli ospiti presenti per essere venuti a fornirci dati e fatti invece di raccontarci, con furia crociata, la propria idea del mondo, che poi non corrisponde, come mostrano i dati che ci avete portato, alla realtà. Sono poi

particolarmente lieta perché è la terza volta nella legislatura in corso che il dottor Grandolfo viene in questa Commissione e nella Commissione infanzia. Le altre volte abbiamo avuto un *tête-à-tête*, ora finalmente anche qualcun altro, grazie alla « furia crociata », si interessa di questi argomenti che, invece, io trovo siano basilari e fondamentali in un paese che vuole procedere per la via della civiltà e che soprattutto intende rispettare l'autodeterminazione delle donne, aiutandole — come diceva inizialmente il dottor Grandolfo — a scegliere i servizi sanitari che sono a disposizione, o i servizi sanitari che andrebbero, analizzando la realtà, incentivati.

Vorrei ora porre una domanda — qualora non disponiate di dati per rispondermi, posticiperete la risposta ad un secondo momento — rispetto all'obiezione di coscienza all'interruzione di gravidanza negli ospedali italiani. Provengo da una regione, il Veneto, e da una città, Verona, dove praticamente la totalità dei medici è obietto di coscienza. Questo, evidentemente, da una parte, incrementa il turismo verso le province limitrofe, dall'altra, incrementa sicuramente — io non ho dati, ma li conosco empiricamente — il ricorso all'aborto clandestino. Non c'è dubbio che se un merito la legge n. 194 ha avuto — e dal mio punto di vista ne ha avuti tanti — è stato quello di far emergere un fenomeno clandestino, perché l'emersione, evidentemente, è l'unico mezzo che ci permette di controllare e indirizzare l'andamento della dinamica in esame.

Nella XII Commissione, nelle scorse legislature — in questa non ci è stato possibile, nonostante lo avessimo chiesto dal 2001 —, abbiamo analizzato la relazione del ministro sulla legge n. 194. Il dato emerso — ricordo una relazione svolta dalla collega Cossutta nel 1998 — era l'evidente relazione inversamente proporzionale tra il numero dei consultori familiari presenti in una regione e l'abbassamento del tasso di abortività. Senza indagini conoscitive, di cui in questo momento credo non ci sia bisogno per l'evidenza degli atti che avete portato, credo

che l'indirizzo da assumere sarebbe stato quello dell'incremento del numero dei consultori familiari.

Voglio ricordare — nella lunga esperienza parlamentare è la cosa di cui più mi glorio — che il famoso emendamento alla legge n. 104 del 1996 recava la mia firma. L'obiettivo di istituire un consultorio ogni ventimila abitanti, ma soprattutto un'attenzione alla salute riproduttiva della donna, in tutti i suoi aspetti, fatta di consapevolezza, prima di tutto, quindi di contraccezione, di sostegno alla scelta della maternità come pure della non maternità, senza giudizi ma mettendosi al servizio della donna, credo sia un tema sul quale si dovrebbe ancora lavorare.

Due ore fa ho chiesto al ministro come siano stati utilizzati quei fondi. Mi è stato risposto che il fondo non c'è più, che è cambiata la Costituzione, che queste cose non si possono fare e che, comunque, i consultori e la contraccezione non servono per questo, per cui non c'è stata possibilità di dialogo, per non conoscenza e non competenza in questa materia e rispetto a questi dati da parte del ministro. Io non posso che suggerirvi di fornirglieli, anche se non so con quale risultato.

A fronte di questa problematica fondamentale da voi evidenziata e cioè la necessità di un intervento specifico sulle giovani donne straniere, volto ad implementare, all'interno dei consultori pubblici, le figure dei mediatori culturali (molte giovani straniere, infatti, non hanno la cultura necessaria per accedere al servizio, forse perché non lo conoscono o forse perché non sono neanche avvezze ad averne, mentre in Italia ve ne sono e per giunta di gran qualità), a fronte di tutto questo, noi diamo mille euro a Totti!

Ora, la mia domanda è: con il fondo di 1.140 milioni...

CARLA CASTELLANI. Ma perché deve fare demagogia? Dove sta scritto che dobbiamo dare mille euro a Totti! È stato previsto un tetto!

TIZIANA VALPIANA. No, non c'è. Io ho la finanziaria in mano, ma il tetto non

lo vedo. Ho passato la notte a leggerla. Arrivata a casa «ubriaca» dalla vostra cena, ho passato la notte a leggere il testo della legge finanziaria, ma questo tetto non c'è (*Si ride*).

Con quei 1.140 milioni di euro che buttiamo via per lasciare le donne da sole — perché dare mille euro a qualcuno, forse può rappresentare un sostegno, ma comunque una donazione in danaro lascia una donna sola, non le costruisce nessuna rete di supporto, nessuna rete di servizi —, cosa avremmo potuto fare, secondo la vostra esperienza, dal punto di vista dell'incentivazione delle figure necessarie all'interno dei consultori?

PRESIDENTE. Questo è un problema di natura più squisitamente politica che tecnica. Gli ospiti possono rispondere, beninteso che loro non sono il ministro.

MAURA COSSUTTA. Comincio anch'io con dei ringraziamenti non formali: credo, infatti, che la competenza, il grande lavoro e il contributo che voi portate oggi debba essere utilizzato dalle istituzioni.

Quando prima, interrompendo l'intervento di un collega, ho auspicato che questi dati arrivino anche al ministro, l'ho fatto perché, come accennava l'onorevole Valpiana, abbiamo avuto occasione di ascoltare prima di voi proprio il ministro, il quale ha esposto una certa concezione, che mi ha preoccupato più dei toni usati, mostrando un approccio alla legge n. 194, e quindi ai consultori, privo di corrispondenza sia con quanto avete detto voi, sia con l'introduzione alla relazione annuale che egli stesso ha sottoscritto.

Noi, purtroppo, non abbiamo discusso, come ben sapete, la relazione annuale, e sono anni che ciò non viene fatto. Il ministro è venuto però qui a dire che, di fatto, l'indagine conoscitiva è necessaria perché servono ulteriori elementi di valutazione. E allora, la mia prima domanda, non politica ma tecnica, di competenza, è la seguente: secondo voi, sono necessari ulteriori elementi di valutazione? Sono necessarie modifiche all'interno del sistema di sorveglianza, seguito ovviamente

attraverso le regioni, ma proposto dall'Istituto superiore di sanità, visionato, rielaborato, nella relazione annuale?

L'indagine conoscitiva da anni è richiesta dagli operatori che denunciano le criticità, note, stranote, anche perché sulle attività, sulle criticità, sugli obiettivi e sulle potenzialità dei consultori si è detto e scritto già tutto, ma nulla si è mai fatto. E questo è il punto grave della politica istituzionale. Alla luce di ciò, la prima cosa che chiedo è se secondo voi sia necessaria una modifica di questo sistema di sorveglianza.

Il ministro propone, sta proponendo, o proporrà — ce lo ha anticipato — alle regioni un'altra bozza di raccolta periodica di dati. Noi l'abbiamo valutata e mi auguro arrivi pure a voi, anche perché la prima obiezione che mi sono permessa di fare al ministro è che — per decidere nel modo migliore e più efficace — sarebbe stato necessario (non soltanto doveroso per i rapporti istituzionali) coinvolgere formalmente gli operatori e i responsabili del dipartimento, coloro, cioè, che hanno costruito, elaborato, messo a punto e verificato il sistema di sorveglianza, cosa che sinora non è stata fatta. Peraltro la bozza che verrà presentata alle regioni contiene, a mio parere, domande e quesiti già posti dal sistema di sorveglianza, o comunque dalle relazioni degli operatori che da anni denunciano le carenze del sistema attuale (il numero dei consultori, gli orari, le figure professionali all'interno dei consultori).

Vengo quindi alla domanda *clou*: a seguito del colloquio pre-interruzione volontaria di gravidanza quante donne sono state — e chiedo scusa per l'uso di questo termine — «salvate»? Quante donne hanno rinunciato all'interruzione volontaria di gravidanza?

Al riguardo ho sentito — e rimando a voi una valutazione di merito, non politica e senza polemiche — discutere il ministro sulla necessità, a seguito di questa indagine conoscitiva, e quindi attraverso lo strumento di una modifica del sistema di sorveglianza, di mettere al primo posto,

cioè come vera emergenza della legge n. 194 e dei consultori, la prevenzione.

Ad una mia specifica domanda su cosa sia la prevenzione — visto e considerato che questo è da tempo noto e stranoto ai tecnici, agli operatori, agli assessori, a chi elabora i dati — se cioè la prevenzione sia legata fondamentalmente alle modalità operative del servizio e all'uso consapevole degli anticoncezionali, il ministro ha risposto in senso negativo. A suo dire essa deve piuttosto essere intesa in termini di politiche per la natalità. Personalmente sono convinta che la prevenzione delle IVG non c'entri nulla con le politiche per la natalità, che pur bisogna promuovere e garantire, anche perché uno dei valori che il movimento delle donne, tra l'altro, ha fatto inserire nella legge n. 194 è esattamente il rispetto del valore sociale della maternità. Io rivendico la legge *in toto*, e *in toto* la voglio applicare, certamente; però, non si può affidare ai consultori un compito che sono le politiche pubbliche a dover risolvere. Il lavoro, il servizio di prevenzione dei consultori deve operare in un altro campo d'azione.

Chiedo, pertanto, alle dottoresse, ma anche, in particolare, al dottor Grandolfo, di ripetere cortesemente quali siano gli elementi che a loro parere hanno determinato la riduzione degli aborti e, quindi, quale sia la prevenzione, cosa si intenda per prevenzione degli aborti e, in ultimo, quale sia la loro esperienza sul campo dei consultori.

Ricordo, e concludo, presidente, che questa indagine conoscitiva sarà immancabilmente monca, perché non potremo ascoltare gli operatori che lavorano da anni nel settore — io stessa ho proposto di sentire una serie di soggetti che non verranno auditi —, né potremo andare *in loco* a discutere e confrontarci, esattamente come ricordava il dottor Grandolfo, facendo riferimento alla sua esperienza positiva con il presidente Palumbo in Sicilia.

Chiedo agli ospiti di scusarmi; volevo solo coinvolgerli in una valutazione che è dirimente non soltanto per le finalità di questa indagine conoscitiva, ma anche per la credibilità dei risultati della stessa.

Intendevo, quindi, mettere a risorsa la loro competenza nel dare delle risposte di merito efficaci che ci possano aiutare non polemicamente né ideologicamente.

MARIA BURANI PROCACCINI. Ringrazio, naturalmente, ambedue le parti intervenute, sia il dottor Grandolfo dell'Istituto superiore di sanità, sia la dottoressa Crialesi dell'ISTAT. Proprio incrociando ciò che loro hanno detto, riscontro delle gravissime incongruenze.

Il dottor Grandolfo, ad esempio — peraltro, vorrei capire in base a cosa possa stabilirlo, perché non sono certamente le proiezioni matematiche a consentirlo —, ha parlato di un ruolo determinante dei consultori nella riduzione del ricorso all'aborto. La dottoressa Crialesi, invece, ha parlato di ruolo determinante dei consultori per le cittadine straniere per arrivare ad ottenere il ricorso all'aborto.

Allora, due sono le cose: o i consultori hanno un ruolo determinante per non ricorrere all'aborto, come ha dichiarato il dottor Grandolfo, oppure i consultori hanno un ruolo determinante per ricorrere all'aborto, come ha invece evidenziato la dottoressa Crialesi.

MAURA COSSUTTA. L'aborto legale, non clandestino!

MARIA BURANI PROCACCINI. Sto parlando in italiano e non in cinese, sono molto chiara. Perciò, come io ho ascoltato tranquillamente quello che diceva l'onorevole Cossutta, prego l'onorevole Cossutta, una volta tanto, di ascoltare gli altri. Io ho detto chiaramente che le due posizioni, quella dell'ISTAT e quella dell'Istituto superiore di sanità, non coincidono, perché mentre l'Istituto superiore di sanità afferma che i consultori hanno un ruolo determinante per non ricorrere all'aborto, l'ISTAT afferma che hanno un ruolo determinante e fortemente incentivato soprattutto sulle minori straniere.

I consultori, dottoressa Crialesi, secondo lei, dai dati in suo possesso, si pongono mai il problema se quella minore straniera, che arriva e chiede l'aborto,

possa essere accompagnata da qualcuno, o se abbia la possibilità di non ricorrere all'aborto?

Al dottor Grandolfo, invece, vorrei chiedere quanto segue: come fa lei, in base a proiezioni statistiche, ad asserire ciò che asserisce, visto che, da quando sono in Parlamento, e cioè da undici anni, in occasione dell'esame di ogni legge dello Stato che sfiori l'attività dei consultori, non si fa altro che evidenziare il malfunzionamento di queste strutture, e la riduzione della loro funzione ad una « mera » certificazione dei luoghi in cui poter abortire, senza parlare assolutamente di questo ruolo determinante nella riduzione degli aborti (*Commenti del deputato Valpiana*)?

Onorevole, la prego....Insomma questa è veramente una dittatura ideologica e mentale...! Noi non abbiamo imposto niente. Le indagini sono il sale della democrazia! Certo, non si fanno in Cina, o a Cuba, questo è sicuro. Non se ne può davvero più di questo atteggiamento culturale arrogante...!

Ad ogni modo, vorrei sapere in base a cosa, un istituto che si occupa di statistiche possa parlare del ruolo determinante dei consultori nella riduzione del ricorso all'aborto. Ecco, io questo non riesco a capirlo. Poco prima citavo, con il ministro, proprio un'indagine fatta dal quotidiano *Il Mattino*, che ha inviato una sua giornalista per i consultori di Napoli dove non l'hanno neppure fatta parlare, ma ogni volta le dicevano « venga con il certificato del suo medico e le diciamo dove poter andare ad abortire ». È la dimostrazione che questo colloquio di preparazione non esiste... Scusi, dottor Grandolfo, lei da cosa ricava che esiste questo colloquio che vede e constata le condizioni per le quali questa signora, o signorina, in modo particolare se minorenni, sia lì ad abortire, oppure possa pensare in qualche modo di rinunciare all'aborto? Le risulta che in questi consultori ci siano tutte quelle figure che erano previste dalla legge istitutiva n. 405 e che non sono mai entrate a far parte del consultorio? Questa « meravigliosa » funzionalità dei consultori le risulta in base a cosa? Forse, in base al numero degli

aborti che si riescono ad ottenere? In base al numero di persone che si riesce a soddisfare per poterle mandare il più rapidamente possibile ad abortire? Questo è senz'altro un fatto positivo, ove la persona sia del tutto decisa a ricorrere all'aborto. Ma non è certamente positivo, in modo particolare, per quelle minorenni straniere che arrivano lì, non trovano il mediatore culturale e non trovano una persona che sappia parlare la loro lingua. A questo punto, vorrei sapere in base a quale dato statistico, su proiezione matematica, lei possa dire che i consultori funzionano...!

Mi sembra una presa di posizione — mi scusi — ideologica, anche la sua, perché certamente non corrisponde ad un dato che lei mi può fornire. Qualora così non fosse, e mi fornisse tali informazioni, arricchirebbe la mia cultura e darebbe un valore aggiunto a questa indagine conoscitiva.

GRAZIA LABATE. Anch'io vorrei ringraziare, non formalmente, sia l'Istituto superiore di sanità, sia l'ISTAT, per l'analisi che ci hanno fatto dei *trend* di applicazione della legge n. 194 nel nostro paese. Già stamani dicevo al ministro che, ad una lettura attenta delle relazioni presentate in Parlamento, questo *trend* si poteva già conoscere, senza ricorrere all'indagine conoscitiva. Vorrei ora rivolgere una domanda al dottor Grandolfo ed una alla dottoressa Cialesi. Sebbene per il metodo scientifico di rilevazione campionaria attuata dall'ISTAT già sappia di non poter pretendere una risposta, porrò ugualmente la questione; e dato che siete abituati da tempo ad usare un metodo scientifico di rilevazione, ve la porrò proprio per capire se ciò che andiamo a chiedere alle regioni, attraverso la negoziazione tra il Ministero della salute e le regioni stesse, possa avere un esito scientificamente rilevabile, un'oggettività dei dati, oppure se rimarrà anche quella un'opzione insoluta.

Al dottor Grandolfo rivolgo una domanda — stamani ne parlavo anche con il ministro Storace —, conoscendo la ric-

chezza con cui l'Istituto superiore di sanità, da sempre, dalla legge sui consultori fino ad arrivare alla legge n. 194, ha svolto analisi e studi sulla rilevazione del fenomeno, ma anche sulla epidemiologia dello stesso, cosa che in questa Commissione spesso sfugge. Vorrei dunque porre una questione al nostro ospite, che credo sia il più grande conoscitore, per la funzione ricoperta, della dinamica di sviluppo dei consultori familiari in Italia. Un passo della relazione che ci consegna mi lascia un dubbio, e lo vorrei risolvere con lei, dottor Grandolfo.

Conosciamo il numero dei consultori presenti in Italia, almeno quello aggiornato al 2004, e conosciamo la loro dinamica di sviluppo. L'onorevole Burani Procaccini, ad esempio, rilevava una sorta di contraddizione, e invece la contraddizione non c'è, perché è ovvio che quando il dottor Grandolfo afferma che i consultori sono stati la sede della riduzione dell'IVG, vuol dire che i consultori attuano molto una politica di prevenzione per la maternità e la paternità responsabile, nel senso che nei consultori italiani si parla di contraccezione, si parla di come prevenire l'aborto...

MARIA BURANI PROCACCINI. Questo chi lo stabilisce?

GRAZIA LABATE. Non è questione di chi lo stabilisce, lo si fa, onorevole Burani Procaccini. E comunque lo stabilisce la legge n. 405, tra le altre funzioni. Poi, se uno va a vedere tutte le leggi regionali, la loro applicazione, e gira per le città, scopre che al consultorio si va per fare il percorso nascita, per chiedere quale sia il metodo contraccettivo migliore, insomma per tutta quella educazione alla paternità responsabile in grado di evitare la fatalità di una maternità improvvisa...

MARIA BURANI PROCACCINI. Non si fa.

GRAZIA LABATE. Si fa, onorevole Burani Procaccini, si leggano gli studi.

MARIA BURANI PROCACCINI. Io li leggo.

GRAZIA LABATE. Se il dottor Grandolfo ce ne inviasse copia come grazioso omaggio, forse tutti avremmo la stessa base di conoscenza specifica e, quindi, ci renderemmo conto dell'assenza di posizioni ideologiche. Perlomeno in chi parla, c'è solo la volontà di capire davvero come stiano le cose.

La contraddizione, quindi, è apparente, perché, ovviamente, il servizio consultoriale svolge una molteplicità di funzioni, tant'è che il dato statistico — e spero che anche su questo non si debba opinare — indica che — almeno rispetto all'IVG — i consultori lavorano per il 34,7 per cento. Il resto del totale dell'IVG viene effettuato per il 30,07 per cento dal medico di famiglia e per la restante percentuale dalle strutture sanitarie ospedaliere, dove c'è un medico specialista ginecologo che ascolta la donna e, in base alle decisioni della stessa, interviene o meno. Questa è la realtà, possiamo svolgere anche tremila indagini, ma la realtà è questa!

Vengo dunque alla successiva domanda. Io ritengo il dottor Grandolfo, insieme all'Istituto superiore di sanità, soggetto deputato ad una grande conoscenza, anche perché nei consultori vi è materiale, libri, scritti, esami, corsi di formazione. Egli afferma, nella sua relazione, al penultimo capoverso: «C'è da rilevare con preoccupazione un processo di svilimento e di impoverimento dei consultori familiari, particolarmente accentuato negli ultimi tempi nonostante la vigenza delle normative nazionali». A cosa attribuisce questo processo di svilimento? A carenze strutturali che non ci portano ancora al rapporto uno ogni ventimila abitanti? A carenze di tipo professionale delle figure deputate ad essere dentro il consultorio? Al fatto che — lo diciamo in gergo tecnico — il consultorio si è un po' troppo sanitarizzato, perché si fa di tutto, dalla contraccezione ai percorsi nascita, alla preparazione al parto, e quindi a tutta una serie di funzioni? Vorrei sapere, proprio dai conoscitori obiettivi, che cosa, oggi, ci

fa denunciare uno svilimento di questa struttura, che è molto importante, mentre, invece, l'OMS addirittura apprezza il fatto che in Italia ci sia una struttura tale inserita sul territorio, perché è quella più deputata a svolgere queste azioni.

Vorrei inoltre sapere cosa intenda l'Istituto superiore di sanità quando dice: «se si fosse attuato il famoso POMI (Progetto obiettivo materno-infantile), tutte le funzioni che derivano dalle normative nazionali sarebbero state pienamente applicative», perché quel progetto materno-infantile si occupava di gestire un importante complesso di funzioni integrate, che avrebbero potuto garantire la completa ed esauritiva applicazione delle leggi.

Chiedo, invece, alla dottoressa Crialesi, pur consapevole dei compiti che il nostro Istituto nazionale di statistica ha, se sia reale, come sembra — sono i dati a dimostrarlo — questa tendenza evidenziatasi negli ultimi anni, di un incremento del ricorso a queste strutture da parte delle donne straniere. Non avevo ancora sentito, fino ad oggi, nonostante le indagini svolte, che tali soggetti ricorrono di più al consultorio. Non ho però l'esatta cognizione di quanto ricorrano di più rispetto agli altri due attori preposti a dare la certificazione di interruzione volontaria di gravidanza. Mi sarebbe piaciuto connettere a questa affermazione il fenomeno vero che sta alla base del fatto che una donna immigrata si rivolga di più al consultorio. Nel nostro paese, da un lato, esiste un'immigrazione femminile regolarizzata con contratti di lavoro, da cui derivano diritti in campo sanitario all'uso delle strutture; dall'altro, però, c'è un'immigrazione non regolarizzata, che non consente di conseguire diritti sanitari da attuare nelle strutture. Alla luce del dato secondo il quale l'incremento si verificherebbe fra le giovani straniere, mi chiedo e vi chiedo se sussista una qualche indagine campionaria, uno studio sul quale state riflettendo, oppure delle comparazioni tra indagini diverse che vi abbiano portato a connettere il fenomeno in esame all'ingresso, nel nostro paese

negli ultimi cinque anni, di donne immigrate in età giovane e giovanissima legato al traffico della prostituzione.

Da questo punto di vista, vorrei capire se esista una qualche relazione tra i fenomeni, per interpretare l'aumento del *trend*, considerato che una giovane immigrata quattordicenne, legata a zone dove questo traffico è più visibile statisticamente, può essere indotta, per mancanza di conoscenza o per modalità relazionali, a sopportare gravidanze indesiderate.

Mi fermo qui, perché comprendo che all'Istituto nazionale di statistica più di tanto non si può chiedere dal punto di vista dell'analisi dei dati.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Ringrazio l'Istituto superiore di sanità, il dottor Grandolfo e l'ISTAT, che ci hanno dato notizie molto precise, chiare e dettagliate. In particolare, dalla relazione del dottor Grandolfo è emerso chiaramente che i consultori sono al centro della questione al nostro esame.

In effetti, l'indagine conoscitiva che abbiamo chiesto riguarda l'applicazione della legge n. 194 e, in particolare, il funzionamento dei consultori. Bene abbiamo fatto, quindi, ad aggiungere un codicillo alla verifica della legge n. 194, includendo, in particolare, quest'ultimo punto.

I consultori rappresentano un'esperienza positiva per l'Italia e sono stati man mano incrementati e potenziati. Il dottor Grandolfo ci ha parlato del ministro Donat Cattin — che aveva posto una particolare attenzione al problema dei consultori — del ministro Guzzanti e, successivamente, di una commissione. A scadenze, quindi, ogni cinque-sette anni, si è approfondito questo problema e si è sempre concluso che bisognava comunque incrementare e potenziare i consultori. Non è vero, quindi, che tutto va bene, ma è pur vero che, se anche funzionano, c'è sempre bisogno di una rivisitazione, di un approfondimento e di un potenziamento.

Il dottor Grandolfo ci ha detto che, con il decreto n. 34 del 1996, tra l'altro sono stati stanziati 200 miliardi, che poi non

sono stati ben utilizzati. Da allora, quindi, è intervenuto solo il progetto obiettivo materno-infantile del 2000 che ha inserito quei concetti introdotti dalla commissione per dare maggiore peso ai consultori; successivamente, un altro accenno a questo problema è stato inserito nelle linee guida sui livelli essenziali di assistenza, più esattamente con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 che ha integralmente inserito il concetto di potenziamento dei consultori in quelle linee generali. Siamo, quindi, in linea perfetta.

Sono passati, da allora, alcuni anni — dal 2001 precisamente quattro — quindi questa indagine conoscitiva mi pare opportuna ed utile per procedere ad una rivisitazione del problema e vedere se occorra un potenziamento, così come sostiene il ministro Storace nella bozza che ha preparato per le regioni. Il ministro afferma che l'indagine suppletiva con le regioni serve ad integrare il quadro informativo contenuto nella relazione che il Ministero invia al Parlamento e, contemporaneamente, a verificare se occorra un potenziamento dei consultori. Alla luce di ciò, chiedo al dottor Grandolfo se ci sia bisogno di un potenziamento simile, essendo rimasto in sospeso il discorso dei 200 miliardi, che non sono stati tutti utilizzati. A riguardo, forse, qualche intervento sarebbe opportuno.

Fatto questo discorso, voglio porre qualche domanda specifica. Mi fa piacere, ed è bene che sia così, che si ricorra all'aborto come ultima *ratio*, nel senso che non è una scelta. Sarebbe veramente sconvolgente pensare che si inizi una gravidanza e poi si scelga l'aborto. E, indirettamente, tento di rispondere anche all'onorevole Burani Procaccini, quando vede una contraddizione. Il fatto che aumenti il numero degli aborti per le straniere, è perché per le straniere è un'ultima *ratio* e non una scelta; se il ricorso all'aborto è aumentato, lo è perché anche per loro è una soluzione estrema.

In particolare, chiedo all'Istituto superiore di sanità se tra le straniere che ricorrono all'aborto sono più numerose le

nubili, oltre che giovani — e dovrebbe essere così —, persone cioè che non sono attrezzate da un punto di vista culturale, né adeguate.

Rivolgo un'altra domanda al dottor Grandolfo, il quale ha detto che, secondo calcoli fatti, rimangono ancora ventimila aborti clandestini. Si tratta di un dato inquietante. Non mi spiego, cioè, con tutte le strutture che abbiamo, con i consultori che funzionano, perché ancora ci siano questi aborti clandestini. Non dovrebbe essere così in un paese civile, soprattutto se diciamo che i consultori funzionano. Come dobbiamo fare per evitare questi ventimila aborti clandestini che sono una piaga ed anche un pericolo, e comunque denotano che c'è qualcosa che non funziona? Si dovrebbe intervenire, quindi, per eliminare questa clandestinità ed, eventualmente, scoprire chi vi faccia ricorso.

CARLA CASTELLANI. Anch'io ringrazio il dottor Grandolfo e la dottoressa Crialesi per il contributo che ci stanno dando per affrontare senza ideologie, ma in maniera concreta, questa problematica altamente complessa e delicata. Le valutazioni politiche le potremo esprimere sul documento conclusivo, oggi siamo qui per capire di più rispetto a quanto abbiamo a disposizione.

Intanto, rinnovo l'invito alle colleghe Cossutta e Valpiana a non lanciare messaggi demagogici: non servono a nessuno. Se l'onorevole Valpiana legge bene la finanziaria, si renderà conto che al comma 337 è previsto un tetto di spesa...

TIZIANA VALPIANA. Non l'avevo letto, avevo letto solo i commi precedenti.

CARLA CASTELLANI. Accetto la sua constatazione della realtà, onorevole. Dottor Grandolfo, se non ho capito male, lei ha detto che in questi ultimi cinque, sei o sette anni, anzi fin dall'inizio, ma prevalentemente in questi ultimi anni, c'è stata una forte contrazione del ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, o meglio una contrazione delle IVG legata

prevalentemente ad un ottimo lavoro svolto dai consultori familiari. Ho capito male? È questo quanto lei ha detto?

Noto, allora, rispetto a questa affermazione, un contrasto con quanto lei dice nel documento, laddove si scrive: «C'è da rilevare con preoccupazione un processo di svilimento ed impoverimento dei consultori familiari, particolarmente accentuato negli ultimi tempi, nonostante la vigenza delle normative [...]». Come conciliamo, allora, un impoverimento dei consultori con una loro efficienza? Al riguardo, ci sarebbe da fare una valutazione di carattere politico: meno sono arricchiti i consultori, più funzionano. Forse, non sono necessarie implementazioni di carattere economico, perché il bisogno aguzza l'ingegno. Questa è una valutazione che va fatta.

Allo stesso modo vorrei capire, rispetto alle contrazioni delle IVG — visto che i consultori rappresentano il 34 per cento dell'accesso delle donne e delle coppie, ma visto anche che, in maniera abbastanza equilibrata, le donne e le coppie si rivolgono al medico di fiducia e agli istituti di cura preposti ad attivare questo percorso — come abbia fatto lei a valutare che la contrazione delle interruzioni volontarie di gravidanza sia imputabile solo al lavoro svolto dai consultori, tra l'altro impoveriti in questi ultimi anni. Non lo chiedo in maniera provocatoria, dottor Grandolfo, ma perché vogliamo veramente capire qual è la funzione di noi parlamentari nel cercare di intervenire. Il dato fornitoci dal ministro — per carità, un dato complessivo, e cioè 4,5 milioni di bambini non nati in venticinque anni — personalmente mi ha sconvolto. Io ho grande rispetto, probabilmente quelli dovevano essere gli aborti e si è lavorato benissimo a tutti i livelli, però, ciononostante, per me rimane un dato sconvolgente.

Vengo ora ad un altro aspetto. Lei è un esperto di consultori e dice di conoscerli bene; le chiedo quali siano le figure professionali prevalenti nei consultori e quali siano i consultori che funzionano meglio, e magari in presenza di quali figure professionali. Le domando, inoltre, se la legge

istitutiva dei consultori sia stata applicata in tutte le sue forme, se cioè esista effettivamente una multidisciplinarietà, ma anche una presenza di soggetti con visioni diverse (associazioni, in linea di massima). Infine, come mai, nel corso di questi anni, le donne italiane ricorrono in maniera sempre più contenuta ai consultori familiari? Bisognerebbe cercare di capire per vedere come intervenire in maniera efficace.

PRESIDENTE. Penso che le domande siano abbastanza chiare ed ampie.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Presidente, mi permetta di esprimere una piccola considerazione che non è stata messa in evidenza. Ho letto le tabelle, da cui emerge che il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza rapportate alle nascite evidenzia un *trend* in diminuzione. Significa che ad un incremento delle nascite negli ultimi anni non è corrisposto un analogo incremento delle interruzioni volontarie di gravidanza. Le tabelle evidenziano un fatto positivo che volevo rilevare in questa audizione.

PRESIDENTE. Ringrazio l'amico Grandolfo che ha ricordato la mia gioventù, quando avevamo i capelli un po' più neri. Vorrei sottolineare alcune cose in parte già dette. È vero, i consultori hanno avuto una loro funzione per lungo tempo, però — mi ritrovo nell'ultima considerazione che ho letto nella sua relazione e che io stesso ho svolto sovente, anche pubblicamente — ultimamente mi sembra che il loro ruolo — almeno potenzialmente ampio — si sia sminuito. Non vorrei che, con l'andar del tempo, diventassero solamente degli ambulatori. Credo questo sia un punto fondamentale da affrontare.

Ribadisco ancora un concetto, che vorrei fosse rilevato dal dottor Grandolfo e dalla dottoressa Cialesi. Secondo me, vi è una differenza di lavoro fondamentale tra quanto viene svolto nei consultori e quanto svolto nei centri di interruzione di gravidanza presenti negli ospedali. Vorrei capire — alla fine vi sono dei risultati, dei

trend anche positivi — se l'impostazione e l'approccio che vengono dati al problema dell'interruzione volontaria di gravidanza, e in genere alla gestione di tutto il problema familiare e sociale, siano i medesimi. A me sembra, infatti, che nel consultorio siano di un certo tipo, e negli altri ambiti istituzionali di un altro, con evidenti differenze conseguenziali. Questo è il punto importante su cui bisogna soffermarsi. Non so se sia facile, né possibile, rilevare questo tipo di problema, ma a mio parere è piuttosto importante, perché, se si vuole migliorare qualcosa, bisogna migliorare tutte le strutture che vi lavorano. È giusto migliorare i consultori, però bisogna anche migliorare il resto, dai medici di famiglia alle strutture degli ospedali. Diversamente, rimarremo fortemente limitati.

TIZIANA VALPIANA. Presidente, mi consenta una brevissima precisazione, perché resti agli atti. Voglio chiedere scusa per la mia cattiva interpretazione della legge finanziaria. Io avevo letto, scorrendo di corsa gli oltre 600 commi, solo il comma 335 ed il comma 336, dove non si parla di limitazioni, e non invece il comma 337. Letto ora, vedo che è previsto un tetto di spesa di 50 mila euro e che, purtroppo, è riservato ai cittadini italiani. Quindi, la problematica delle donne straniere, qui evidenziata, non viene toccata per nulla in questa finanziaria.

PRESIDENTE. Non essendovi altri interventi, do la parola al dottor Grandolfo per la replica.

MICHELE GRANDOLFO, *Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità*. Vorrei fare, intanto, alcune premesse. Ho portato con me le presentazioni di un convegno, che si sta svolgendo presso l'Istituto, e che ho organizzato da un anno, sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le cittadine straniere. In particolare, abbiamo realizzato un'indagine in diversi ospedali del

nord e del centro d'Italia (Milano, Torino, Roma) e abbiamo intervistato donne straniere che effettuavano interruzioni di gravidanza, per cercare di capire le loro condizioni, le loro caratteristiche, il loro vissuto.

Si è trattato sia di una raccolta di informazioni secondo il metodo classico delle indagine quantitative, sia di una ricerca qualitativa, con interviste volte a ricostruire le storie di vita di queste donne. Le risultanze dell'indagine saranno messe a disposizione sul sito *www.epicentro.iss.it*.

Un elemento credo che sia importante, già evidente dall'analisi dei dati del sistema di sorveglianza e dalle indagini svolte dall'Istituto centrale di statistica: le straniere non sono un insieme omogeneo, ma hanno profonde differenze, per quanto riguarda l'età, lo stato civile, la persistenza sul territorio nazionale (alcune nazionalità sono presenti da poco, altre da molto tempo). Anche queste differenze di tempi di presenza spiegano la crescita dei tassi di abortività. Ad esempio, abbiamo avuto, recentemente, un'immissione massiccia di donne dall'est Europa, e dalle analisi che abbiamo condotto, e che ha condotto anche l'ISTAT, risulta come in queste popolazioni il tasso di abortività sia nettamente superiore rispetto ad altre popolazioni. Il rischio di abortire, il rischio di andare incontro ad una interruzione di gravidanza è nettamente differenziato per tipo di nazionalità. Le nazionalità presenti nel territorio e i flussi migratori non sono sempre costanti, per cui il quadro delle popolazioni straniere è mutevole, e questa mutevolezza si riverbera nei fenomeni che vengono osservati. Dal punto di vista della provenienza geografica di queste persone, per esempio, va rilevato che in passato sono venute da noi molte più donne nordafricane.

Ci siamo trovati in grande difficoltà quando abbiamo progettato lo studio, perché non abbiamo intervistato tutte le donne straniere, ma soltanto le donne straniere appartenenti a definite nazionalità. Questo perché non avevamo sufficienti risorse per poter contare su media-

trici culturali in grado di intervistare tutte le donne di qualunque nazionalità (nel nostro paese sono presenti duecento nazionalità). Per questo ne abbiamo scelte solo alcune, quelle che avevano fatto registrare una maggiore presenza in Italia in base ai dati precedentemente raccolti.

Quando, poi, siamo andati effettivamente a realizzare l'indagine, ci siamo resi conto che erano cambiati i flussi, motivo per cui abbiamo dovuto fare degli aggiornamenti. Dico questo solo per farvi notare quanto sia mutevole questa condizione. Ritengo doveroso mettere a disposizione dell'istituzione parlamentare le risultanze di questa indagine, che ho provveduto a depositare presso la segreteria della Commissione.

Mi preme fare una premessa. Ho concluso il mio intervento introduttivo, rammentando di aver giurato sulle leggi dello Stato. Non è un caso che l'abbia fatto: mi considero davvero un servitore dello Stato e voglio sempre mantenere questa dignità. Ritengo che sia un diritto fondamentale di tutti controllare che la mia azione avvenga nel rispetto delle leggi, perché così deve essere. Sono io stesso a richiedere di essere messo in mora, fino al licenziamento, se dovessi violare questo mandato, cosa per me sacra. Vi ricordo che ho giurato due volte, e per me questo è sacro.

Nel periodo in cui ho studiato il fenomeno dell'interruzione della gravidanza e ho gestito il sistema di sorveglianza, predisponendo le azioni per i ministri che si sono succeduti nel nostro paese, qualunque fosse il loro orientamento politico ed etico, credo di non aver mai ricevuto un appunto circa mie eventuali deviazioni ideologiche nell'impostazione delle relazioni. Ciò, naturalmente, non rappresenta una garanzia assoluta, perché tutto può cambiare. Ma l'unica cosa che posso dire è che finora, anche quando mi è capitato di frequentare le commissioni nazionali, istituite da ministri, con ampio spettro di partecipazione, non credo di aver mai ricevuto un appunto rispetto ad una ipotetica impostazione ideologica. Questo è fondamentale. Se poi un appunto si deve

fare ed è riconosciuto valido, allora sono il primo a richiedere interventi sanzionatori.

PRESIDENTE. Probabilmente si è travisato l'intervento dell'onorevole Burani Procaccini; non si tratta di un problema di natura ideologica. Conosco bene l'onorevole Burani Procaccini e posso affermarlo tranquillamente. Il problema era solo di impostazione e di chiarezza. L'onorevole voleva capire come da alcune deduzioni si possa arrivare a quel che lei ha detto, ma certamente non intendeva sollevare problemi ideologici. Lo ripeto, non era nelle intenzioni dell'onorevole Burani Procaccini.

MICHELE GRANDOLFO, *Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità*. Non ho criticato l'intervento dell'onorevole Burani Procaccini, ho semplicemente detto che se si rileva un comportamento ideologicamente scorretto, sono io a richiedere un intervento sanzionatorio.

La seconda riflessione che volevo esprimere in premessa è che il fenomeno dell'interruzione di gravidanza va visto nello scenario internazionale. Noi abbiamo esperienze consolidate che permettono di affermare — se ci fosse un demografo potrebbe confortarci, ma noi siamo abbastanza anziani come ricercatori per poterci permettere il lusso di svolgere delle analisi di natura complessiva — che il fenomeno dell'interruzione della gravidanza è sostanzialmente sganciato da quello della natalità. Si tratta di due fenomeni diversi: la natalità è il desiderio di fecondità delle donne, l'interruzione della gravidanza è appunto l'interruzione di una gravidanza indesiderata. Questo è un punto che, a livello internazionale, è ormai consolidato.

Purtroppo, invece, noi abbiamo esempi ripetuti di interventi, ad esempio, in termini di eliminazione della legalizzazione dell'aborto. L'esempio più classico è quello della Romania, ma anche in Albania si è

tentato di realizzare una politica di natalità intervenendo sulla legalizzazione dell'aborto: si è interrotta la legalizzazione dell'aborto con la conseguenza che la natalità ha avuto lo stesso *trend* di prima, mentre è aumentata la mortalità materna, che rappresenta la manifestazione più clamorosa e significativa dell'aborto clandestino.

Certo, in Italia una cosa del genere è meno drammatica, perché qui non si pratica l'aborto clandestino come nei paesi del terzo mondo, dove è una vera tragedia. Comunque una delle più importanti cause di mortalità materna nel mondo è proprio l'aborto *unsafe*, come dicono gli inglesi, non sicuro. In fondo, la legalizzazione serve fondamentalmente a rendere sicure le procedure.

Pertanto, una politica finalizzata a determinare le condizioni di un aumento del desiderio di fecondità delle donne e delle famiglie avrà come risultato un aumento del tasso di fecondità, ma probabilmente non modificherà affatto il ricorso all'aborto. Si tratta, lo ripeto, di due fenomeni distinti. C'è una condizione di *overlap*, una condizione di sovrapposizione, che noi stimiamo non superiore al 5 per cento: situazioni ambivalenti in cui una donna si trova in stato di gravidanza e deve decidere se portarla avanti o interromperla. In quel caso è fondamentale il livello di sostegno che può ottenere. Ma questa è una quota che — ripeto — noi stimiamo intorno al 5 per cento (anche se è difficile fare una valutazione adeguata; bisognerebbe svolgere studi approfonditi, cosa che, se ricevessimo un incarico del genere, potremmo anche fare).

A suo tempo, si riteneva che i consultori familiari fossero servizi particolarmente raccomandati per svolgere l'attività di certificazione. Si riconosceva, infatti, che in quell'attività poteva essere svolto un ruolo importante sia sullo specifico sia sull'aspetto generale della prevenzione dell'aborto. In realtà, i consultori familiari non venivano utilizzati. Domandiamoci, allora, perché non vengono utilizzati. Ebbene, non vengono utilizzati perché non ci sono. Tanto per darvi un'idea, nella cir-

coscrizione di Ostia — e potrei citare esempi di altre città —, che conta 250 mila abitanti, ci sono solo due consultori familiari. Teniamo presente che in questa circoscrizione abbiamo una popolazione giovane e una popolazione composta da molti cittadini stranieri. Se c'è, dunque, un posto dove bisognerebbe potenziare il servizio è proprio la circoscrizione di Ostia (o in altre situazioni di questo tipo).

Per quali motivi mancano i consultori? In alcuni casi manca il ginecologo, vale a dire manca la figura medica in grado di rilasciare la certificazione. Una donna che vuole interrompere una gravidanza e che non ha occasione di incontrare qualcuno capace di interloquire con lei per valutare e rivalutare la sua decisione va direttamente da chi le rilascia la prescrizione. Ovviamente, c'è anche la situazione del ginecologo obiettore, un'obiezione *sui generis* in quanto non prevista dalla legge. Ma stante un certo contesto politico, si comprende bene come questo possa accadere. Se c'è un ginecologo obiettore, è chiaro che la donna non si rivolge al consultorio, perché presume di non poter ottenere quello che vuole.

Abbiamo condotto uno studio pilota su questo problema. Formuliamo ipotesi d'intervento e realizziamo studi pilota per verificarne le risultanze. Ebbene, a suo tempo considerammo e proponemmo una modalità operativa in un servizio materno-infantile di una ASL di Roma (stiamo parlando della fine degli anni ottanta). La direttrice decise di utilizzare il consultorio come centro di prenotazione per le interruzioni volontarie di gravidanza. Si trattava di un territorio ben definito, con un consultorio e anche un ospedale presso il quale si effettuavano interruzioni volontarie di gravidanza. La direttrice del servizio materno-infantile comunicò che il consultorio sarebbe stato sede di prenotazione: le donne che volevano abortire, con qualunque certificazione, avrebbero dovuto passare dal consultorio per prenotare. Come potete comprendere, si trattava di una forzatura, ma con un significato: visto che la prenotazione da qualche parte si deve fare, perché non proprio nel consultorio?

In questo caso, l'85 per cento delle donne passate dal consultorio — a fronte di una media romana del 30 per cento — chiese direttamente la certificazione al consultorio (come era logico, visto che si doveva passare comunque dal consultorio). Nel consultorio, la donna svolgeva tre colloqui: il primo di accoglienza con l'assistente sociale; dopodiché si valutava la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza e la donna aveva un colloquio con lo psicologo; infine, il colloquio con il ginecologo. Questi colloqui sono tuttora effettuati con notevole cura, tanto è vero che sulla stampa abbiamo letto, nel recente passato, che erano stati sollevati dubbi su questa insistenza da parte degli operatori. Ebbene, in quella situazione, il 5 per cento delle donne passate dal consultorio, grazie a questi colloqui, riconsiderarono la loro decisione e proseguirono la gravidanza, naturalmente ricevendo tutta l'assistenza necessaria da parte del consultorio, che attivò tutti i meccanismi, compresi quelli previsti dalla legge n. 405.

In proposito, faccio notare che la legge n. 405 non dice che il consultorio deve avere personale non professionale, ma che deve avvalersi delle competenze. Questo, infatti, accade, nel senso che il consultorio familiare accede all'assistenza sociale del comune, alle organizzazioni non governative presenti sul territorio, di qualunque natura. Tutto quello che c'è a disposizione per poter aiutare la donna a proseguire la gravidanza viene attivato dal consultorio. Questa è la condizione normale.

Esistono, dunque, due dimensioni di prevenzione dell'aborto (e veniamo, così, agli elementi di contraddizione che sono stati colti). C'è un elemento di prevenzione dell'aborto che si fa agendo, in altre dimensioni, al di fuori dalla circostanza della certificazione, nella promozione della salute riproduttiva in termini di aumento di competenze e di consapevolezza riguardo alla procreazione responsabile. Questo si fa nei corsi di preparazione alla nascita, al momento della prevenzione dei tumori femminili ed, essenzialmente, quando si fanno i corsi di educazione sessuale nelle scuole. È l'attività prevalente

dei consultori familiari: fare corsi di accompagnamento alla nascita, *counselling* sulla procreazione responsabile, corsi di educazione sessuale nelle scuole. È l'attività che ha determinato il cambiamento di conoscenze, attitudini e comportamenti rispetto alla procreazione responsabile.

L'altra attività è il colloquio, presso il consultorio, con la donna che arriva per chiedere una certificazione. Si tratta di un colloquio approfondito e molteplice, che viene condotto all'interno del consultorio. Sfido chiunque ad andare a verificare come avvenga in uno studio medico — e abbiamo altre indagini che ce lo dicono —, dove l'urgenza e la pressione sono tali per cui il medico non può perdere più di tanto tempo (anche se sappiamo che non si tratta di una perdita di tempo). La qualità del colloquio non è cosa banale, è un aspetto sostanziale. Le competenze presenti nel consultorio familiare sono adatte a svolgere un colloquio che riesce ad entrare nel vissuto delle donne, riesce a determinare quei processi di riflessione che possono, a loro volta, portare eventualmente al ripensamento.

Lo ripeto, il ripensamento e l'azione di prevenzione specifica, effettuata al momento della certificazione, può riguardare — in base allo studio che abbiamo condotto — il 5 per cento. Tutte le donne che sono andate ad abortire, badate, sono passate dal consultorio. È chiaro che una situazione in cui il consultorio vede soltanto il 10, o il 20 per cento delle donne, a seconda delle situazioni, non permette di valutare l'efficacia della dissuasione, in quanto l'osservazione non viene effettuata sull'intera popolazione.

Nella relazione dei ministri abbiamo inserito questo elemento di raccomandazione. Abbiamo specificato la necessità di fare in modo che i consultori siano sede di prenotazione, perché, se così è, aumenta l'*appeal* delle donne verso i consultori familiari con una maggiore convenienza rispetto alla pesantezza dell'investigazione.

L'esperienza che abbiamo condotto ci dimostra che le donne sono ben disposte, perché potevano benissimo fare la certificazione e poi andare al consultorio per la

sola prenotazione. Ma così non è stato: l'85 per cento delle donne sono andate in consultorio, perché hanno riconosciuto valido il servizio, nonostante l'approfondita investigazione.

È chiaro che, da una parte, il consultorio familiare svolge un'azione di prevenzione, agendo in generale su tutte le aree della condizione della salute della donna e delle famiglie; dall'altra, c'è la specificità che, purtroppo, nel nostro paese, fa riferimento ad una quota modesta dell'interruzione volontaria di gravidanza.

Potreste domandarmi il motivo per cui le donne non vanno nei consultori familiari. Ricordo che quando partecipavo ai corsi di formazione con gli operatori dei consultori familiari siciliani si raccontavano aneddoti, che hanno il valore che hanno, ma possono essere significativi. Mi dissero di una donna che aveva richiesto la certificazione al consultorio e poi al servizio ostetrico-ginecologico le avevano detto che quelli del consultorio non erano bravi e che quella certificazione non era valida e andava rifatta. Chiaramente una donna che viene a conoscenza di un episodio del genere non si rivolge più al consultorio.

L'aspetto della marginalizzazione del consultorio è sempre stato preoccupante. A mio parere, dipende dal fatto che il consultorio familiare rappresenta un modello di servizio socio-sanitario attento alle esigenze della persona, molto più disponibile a colloquiare, molto più disponibile ad avere relazioni basate sull'empatia, sul rispetto e sulla gentilezza. Queste caratteristiche non sono opzioni etiche, ma rappresentano competenze professionali. Rappresentano, quindi, un elemento di contraddizione con gli altri servizi che, al contrario, anche per necessità operativa, sono più sbrigativi.

Qui sta la genialità dell'invenzione dei consultori familiari, perché gli altri servizi sono molto più sbrigativi, come i nostri dati sulle indagini della nascita dimostrano. A me è capitato di ascoltare nei convegni le rimozioni dei servizi ospedalieri che non ci stanno all'idea che i consultori familiari lavorino meglio di

loro. Non c'è da meravigliarsi, perché le competenze professionali presenti nei consultori familiari sono di natura diversa.

Il calo del tasso di abortività data dal 1982, anno in cui si è avuto il massimo del numero di aborti e il valore più alto del tasso di abortività. Da allora il calo è stato sistematico e costante tra le donne italiane. Solo negli ultimi tempi, come hanno spiegato le colleghe dell'ISTAT, il contributo delle donne straniere ha mascherato questo dato.

Ma, allora, chi fa operazione di *counselling* e sostegno rispetto alla procreazione responsabile? Non ci sono in Italia altri servizi se non i consultori familiari. Quando vado nelle regioni, o nelle ASL, per aiutarle a mettere a punto la fase operativa del progetto materno-infantile, la prima cosa che chiedo è di darmi il quadro dei consultori, il quadro delle figure professionali presenti e della loro operatività.

Da questo deriva la mia esperienza. Giro tutta l'Italia, soprattutto le regioni meridionali, che presentano maggiori sofferenze da questo punto di vista. Dall'analisi di questi dati viene fuori che i consultori svolgono una massiccia azione, per quello che possono fare. Certo, se c'è un consultorio ogni 20 mila abitanti, si possono svolgere certe funzioni in modo completo, soprattutto con l'offerta attiva. Ma se c'è un consultorio ogni 50 mila o 100 mila abitanti è chiaro che la risorsa applicata non può essere sufficiente per tutta la popolazione. Da questo nasce l'indicazione di un consultorio ogni 20 mila abitanti.

C'è anche un altro problema. Ho visto regioni che hanno avuto particolare cura rispetto ai consultori familiari, come ad esempio la regione Umbria. Qualche anno fa mi è capitato di svolgere un'analisi in tale regione relativa alla sezione dei consultori familiari. È emerso che i consultori familiari scarseggiavano in termini di composizione dell'organico. È un altro problema che nel tempo è andando degenerando, nel senso che le ostetriche sono frequentemente assenti. Potete immaginare un consultorio familiare che non

dispone della figura dell'ostetrica e dovrebbe seguire le gravidanze fisiologiche? E poi, altre figure professionali, come ad esempio lo psicologo, che vengono da un altro servizio, ad esempio dai CIM o dai SERT: questo ovviamente è un errore, in quanto nel CIM e nel SERT si fanno interventi di secondo e non di primo livello.

Questo è quanto hanno raccomandato tutte le commissioni ministeriali, a partire dal 1987 ad oggi, ed è ciò che raccomanda il progetto obiettivo materno-infantile: dare consistenza al servizio. Nel progetto obiettivo materno-infantile si parla espressamente delle figure professionali e degli orari di lavoro. Noi oggi stiamo osservando, invece, una riduzione del numero dei consultori. La tabella contenuta nella relazione del ministro relativa al numero dei consultori non ci dice più di tanto, perché non sempre dietro l'entità consultorio c'è tutto l'organico previsto e stabile. Da qui la necessità di un potenziamento.

A proposito del potenziamento dei consultori familiari, sento di poter affermare, sulla base degli studi che abbiamo condotto, dei risultati delle nostre ricerche e sulla base della mia esperienza ultraventennale di contatto e di lavoro, che gli operatori dei consultori familiari hanno lavorato bene nelle condizioni di difficoltà in cui, sistematicamente, si sono trovati, quasi ovunque, sul territorio nazionale. Per questo motivo riteniamo che sia necessario investire, avendo la piena consapevolezza che la promozione della natalità si attua, da una parte, facendo in modo che i consultori familiari possano svolgere i programmi previsti dal progetto obiettivo materno-infantile (promozione dell'allattamento al seno, corsi di preparazione alla nascita e quant'altro). Dall'altra, bisogna fare in modo che i consultori esistano nella dimensione e con gli organici adeguati; altrimenti perdiamo una potenzialità assolutamente straordinaria. Non credo, quindi, che ci siano delle contraddizioni.

Per quanto riguarda il fenomeno degli aborti clandestini e l'emigrazione, intorno alla metà degli anni ottanta studiammo la

situazione della città di Napoli, dove era particolarmente evidente l'esistenza di una clandestinità. Ebbene, notammo che si muovevano verso altre province, dove il servizio interruzione di gravidanza era presente, le donne più istruite, mentre quelle meno istruite non si muovevano. Questa differenziazione ci faceva capire come, alla fine, la clandestinità era la soluzione ad una carenza di servizio che andava soprattutto a carico delle persone che avevano maggiore deprivazione sociale.

La cosa interessante è proprio questa: anche quando il servizio è disponibile, una condizione di *disempowerment* ne determina la mancata utilizzazione. Per questo sono stato il proponente, in Italia e all'estero, del concetto dell'offerta attiva: non bisogna aspettare che la persona vada al servizio, ma bisogna fare in modo che il servizio vada alla persona. Se leggete il progetto obiettivo materno-infantile, credo che questo sia proprio il caposaldo delle proposte contenute.

Circa le associazioni, anche tenendo conto del problema delle scarse risorse di cui dispongono i consultori familiari, figuriamoci se non sono attenti a tutto quello che hanno a disposizione sul territorio! Ho chiesto alle operatrici dei consultori familiari, che mi manderanno qualche dato, di fare una valutazione del numero di donne che hanno mandato alle organizzazioni non governative. Si sente parlare di 70 mila donne seguite dal Movimento per la vita: probabilmente, se non la totalità, una buona maggioranza di esse sono state inviate proprio dai consultori familiari.

In sostanza possiamo dire che il consultorio familiare, a parte le eccezioni comuni dappertutto, tenendo conto del funzionamento, delle caratteristiche generali, delle risultanze e della mia esperienza personale, fa il proprio dovere. È interesse del consultorio familiare far cambiare una decisione; non necessariamente perché è meglio evitare un aborto, ma perché è sempre fondamentale che sia la donna a prendere la decisione con piena consapevolezza. Certo, se evita l'aborto, siamo tutti

contenti; però, l'obiettivo fondamentale, il principio istitutivo del funzionamento dei consultori familiari, è quello di aumentare la consapevolezza delle persone — secondo il principio sulla promozione alla salute stabilito dalla Carta di Ottawa —, affinché possano decidere in autonomia e con competenza.

In una sede così importante per il paese tengo a dire che mi rammarico per due ragioni. Dispiace osservare che le donne meno istruite hanno minori probabilità di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita (se fatti dai consultori producono migliori risultati e migliore soddisfazione per la donna), proprio a seguito della mancanza e della difficoltà dell'offerta attiva. Le operatrici e i collaboratori dei consultori familiari con cui parlo mi dicono che non ci sono risorse né personale per fare l'offerta attiva. Se non c'è un consultorio ogni 20 mila abitanti, bensì uno ogni 50 mila, di fatto l'offerta attiva non è possibile. In assenza di offerta attiva, vengono penalizzate le donne che ne avrebbero più bisogno. E capite bene come un contatto valido con un servizio consultoriale non vale soltanto per la specifica azione, ma è un accreditamento del servizio che può essere utile per una richiesta di aiuto. Pensate poi a tutte le problematiche del disagio familiare. Quando il consultorio si è accreditato, perché ha avuto modo di contattare la donna con validità e con la competenza che ha, pensate alla possibilità di far emergere un disagio prima ancora che questo esploda.

So che sto per invadere un campo — e il presidente mi riprenderà —, però, come si può giustificare, quando esiste un progetto obiettivo materno-infantile, che è norma vigente dello Stato, secondo il quale i corsi di accompagnamento alla nascita vanno offerti attivamente e quindi gratuitamente, il fatto che in alcune regioni italiane si fa pagare il ticket per la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita? Queste sono cose che, realmente, mi danno un profondo dispiacere, non solo perché c'è una violazione di legge, ma anche perché i servizi, se non

riescono ad aiutare le persone che versano in maggiore difficoltà, cosa ci stanno a fare?

I servizi pubblici, badate, hanno ragione di essere se riescono a ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. Se non fanno questo, diventa veramente una pena.

MARIA BURANI PROCACCINI. È un problema che non si pone...

MAURA COSSUTTA. Crede sia necessario modificare il sistema di sorveglianza?

MICHELE GRANDOLFO, *Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità*. Il sistema di sorveglianza non è soltanto la rilevazione, peraltro attiva, dei dati. Il sistema di sorveglianza è la predisposizione delle relazioni e il ritorno dell'informazione. Vi ricordo che le relazioni dei ministri vengono spedite, a nostra cura e del Ministero, a tutte le regioni, invitate a mandare la relazione a tutti i servizi che si occupano direttamente, o indirettamente, dell'interruzione volontaria della gravidanza. Altresì, le regioni vengono invitate ad organizzare conferenze di servizio per analizzare le caratteristiche del fenomeno, raccogliere le indicazioni e gli stimoli per la prevenzione e per il miglioramento dei servizi. Devo dire che, purtroppo, queste conferenze di servizi non sono svolte da parte delle regioni, cosa che, a mio parere, è una carenza del sistema di sorveglianza. A mio avviso, ci dovrebbe essere una logica conclusione: la conoscenza serve per l'azione.

Ad esempio, esiste un fenomeno che le relazioni dei ministri hanno denunciato da subito, ovviamente su nostra indicazione, dato che siamo noi i ricercatori che hanno la responsabilità scientifica. Attualmente, vi è un'interruzione della gravidanza effettuata in anestesia generale; ebbene, noi, da subito, abbiamo detto che l'anestesia generale non è indicata per

l'interruzione di gravidanza in quanto è associata non tanto a maggiori costi — aspetto certamente non indifferente —, ma soprattutto a maggiore rischio di complicanze postabortive. In tutto il mondo non si interviene in anestesia generale. Se analizziamo i dati, dal 1982 ad oggi, notiamo che la percentuale delle interruzioni di gravidanza effettuate in anestesia generale rimane costante. Questo, certamente, è un difetto del sistema di sorveglianza. Ovviamente, ciascuno ha le sue responsabilità; è chiaro, però, che qualora in un sistema si rilevi una inadeguatezza e la si segnali, la conseguenza dovrebbe consistere in una razionalizzazione dei servizi. La nostra competenza è fare osservazioni e analisi che siano scientificamente fondate, perché se non lo sono, diventa un disastro.

L'altro aspetto che voglio denunciare — e la relazione del ministro l'annuncia in modo tenue, ma comunque presenta questo problema — è che noi stiamo osservando una riduzione della qualità operativa dei funzionari regionali responsabili del meccanismo di trasmissione. Ciò accade perché nelle regioni gli organici sono ridotti drasticamente, tanto che figure professionali competenti nella gestione del flusso informativo, ma anche competenti di merito sui servizi consultoriali (che, quindi, avevano le capacità non solo di gestire tecnicamente il flusso di dati, ma anche di comprendere il fenomeno e di interagire ed interloquire in modo valido), sono andate in pensione senza essere state sostituite. Siamo in una situazione per cui, magari, lo statistico si occupa del CED di tutta la regione, fa le buste paga o altro. Ebbene, questa figura non potrà mai essere efficace, e non per sua mancanza di volontà, ma perché avrà altro da fare. Questo è l'errore che sta mettendo in difficoltà il funzionamento del sistema di sorveglianza: noi riteniamo che tale limite debba essere superato. Invito tutti a vedere su Internet le condizioni di altri paesi di uguale dimensione (Francia, Germania, Inghilterra e Stati Uniti), a leggere le relazioni sull'interruzione di gravidanza e confrontarle in termini di completezza, accuratezza e tempestività. Noterete qual è il

sistema migliore. Le stesse colleghe dell'ISTAT possono testimoniare che il modello D/12, con cui si raccolgono le informazioni per ogni intervento, è il modello ISTAT più adeguatamente e accuratamente riempito rispetto a tutti gli altri modelli. Questa è proprio la conseguenza del funzionamento del sistema di sorveglianza.

Se il sistema di sorveglianza è fatto funzionare bene, la qualità dell'informazione è migliore. Non si tratta di una qualità astratta, dipende dalla qualità del sistema di sorveglianza. Nelle tabelle della relazione del ministro vedete che nella colonna « non rilevato » le percentuali non variano mai più dell'1 o del 2 per cento. La qualità della raccolta delle informazioni è di gran lunga superiore a qualunque altra informazione che nel paese viene raccolta con i modelli ISTAT e, a mio parere, anche con altre modalità di investigazione.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora il dottor Grandolfo per i chiarimenti offerti.

Do ora la parola alle rappresentanti dell'ISTAT per la loro replica.

ROBERTA CRIALESI, *Dirigente del servizio sanità e assistenza dell'Istituto nazionale di statistica*. In primo luogo, mi sento di ringraziare tutte le persone che ci hanno rivolto delle parole così gentili e che ci hanno indirizzato complimenti per il contributo offerto.

Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza, mi associo completamente alle considerazioni del dottor Grandolfo, con alcune precisazioni. L'attuale sistema di sorveglianza, basato sui modelli di rilevazione ISTAT, è un sistema di rilevazione non campionario ma esaustivo. Ogni mese noi rileviamo tutte le IVG che vengono effettuate sul territorio italiano. Quindi, non è un'indagine campionaria ma totale, condotta con criteri e requisiti scientificamente molto accurati.

Un altro aspetto positivo da sottolineare è l'interazione e la collaborazione che abbiamo instaurato tra ISTAT e Istituto superiore di sanità, al fine di raffor-

zare questo sistema di sorveglianza, che ha offerto importanti risultati. Mi associo, però, anche alla preoccupazione di una recente tendenza al deterioramento nell'acquisizione delle informazioni, perché sperimentiamo quotidianamente la difficoltà di alcune regioni a far fronte a questo impegno. Alla domanda se l'attuale sistema di sorveglianza sia valido, la risposta è sicuramente sì, ma va potenziato ed ampliato. Faccio notare che noi copriamo una parte del fenomeno, ma poi ci sono tutti gli approfondimenti e le ricerche che, molto validamente, conduce l'Istituto superiore di sanità.

Tuttavia, non c'è l'analogo delle informazioni relative alle IVG, ad esempio, per quanto riguarda l'attività dei consultori. Dei consultori conosciamo la distribuzione territoriale, il numero, il personale che vi lavora, ma nulla sappiamo, con rigore ed esaustività analoga alla rilevazione sulle IVG, sugli aspetti qualitativi e sul tipo di attività che effettivamente viene svolta.

MARIA BURANI PROCACCINI. È proprio questa la finalità della nostra indagine.

ROBERTA CRIALESI, *Dirigente del servizio sanità e assistenza dell'Istituto nazionale di statistica*. Al momento è sicuramente una carenza. Allo stesso modo, c'è una carenza sugli obiettori di coscienza.

MAURA COSSUTTA. Mi può spiegare meglio questa carenza?

ROBERTA CRIALESI, *Dirigente del servizio sanità e assistenza dell'Istituto nazionale di statistica*. I dati disponibili sui consultori — la dottoressa Burgio, magari, aggiungerà qualcosa al riguardo — sono quelli che provengono dalla fonte del Ministero della salute, da cui si rileva il numero e il personale impegnato, ma non sappiamo nulla dell'attività che effettivamente tali strutture svolgono.

Non possediamo, a livello nazionale, la ricca mole di informazioni documentate dal dottor Grandolfo che — richiamando anche indagini pilota e indagini qualitative

svolte in profondità — ha riportato anche l'esperienza di specifiche realtà locali. Si tratta di un settore su cui bisognerebbe, dunque, potenziare l'informazione statistica.

MICHELE GRANDOLFO, *Direttore del reparto salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità*. Mi consenta una precisazione, presidente. La rilevazione dei dati dell'attività consultoriale costituisce un problema, perché essa è effettuata dalle ASL con un modello unico, lo stesso utilizzato anche per le altre attività svolte dal servizio sanitario a livello locale. Mentre non suscita obiezioni il fatto che si ricorra ad un modello nella rilevazione di un'attività ambulatoriale, non si capisce, invece, il motivo per cui si debba usare lo stesso modello per i consultori familiari. Questa è una difficoltà fondamentale da considerare.

Proprio qualche giorno fa discutevo con le operatrici dei consultori familiari della zona di Monteverde che ravvisavano, appunto, questa grande difficoltà e non riuscivano a capire dove dovessero inserire i dati di un corso, ad esempio, di educazione sessuale agli adolescenti, dato che i modelli prevedono soltanto uno schema classico delle prestazioni ambulatoriali. Questo è stato un limite costante, per non parlare poi delle caratteristiche strutturali e di organico.

L'altra questione è che l'elencazione delle attività non è necessariamente il modo migliore per rilevare le informazioni. Vi faccio un esempio. Un consultorio familiare effettua 100 pap-test in ambito di *screening*, non di sospetto diagnostico, ma come programma di prevenzione del tumore al collo dell'utero. Li può svolgere in due modi diversi: può fare 2 pap-test all'anno a 50 donne, oppure può fare 300 pap-test ogni tre anni a 300 donne. La differenza è che, se, ad esempio, si ha una popolazione femminile tra i 25 e i 64 anni di 1.000 donne, in un caso sarà coperto il 5 per cento della popolazione bersaglio, nell'altro caso sarà coperto il 30 per cento

di quella popolazione. Per questo motivo ho sempre detto ai colleghi del Ministero di non intestardirci più di tanto a raccogliere informazioni, perché quello che a noi interessa è soprattutto verificare i programmi strategici. Il progetto obiettivo materno-infantile prevede che siano offerti attivamente corsi d'accompagnamento alla nascita? Si dovrà allora sapere quanti corsi sono stati attivati, quante donne vi hanno partecipato, qual è il tasso di rispondenza e altri indicatori di esito. Solo in questo modo, l'informazione raccolta diviene significativa.

Facciamo attenzione, però, che questa attività generale dei consultori familiari ha sicuramente un effetto, in termini generali, sull'aumento delle consapevolezze che si riflette anche nella consapevolezza verso la procreazione responsabile; comprendete bene, però, che si tratta di una vasta area. Il sistema di sorveglianza sull'interruzione volontaria di gravidanza dovrebbe avere una finalità un poco più ristretta. Il processo di svilimento dei consultori familiari avviene anche perché, in certe regioni italiane, abbiamo non più strutture di questo tipo, ma tanti servizi gemmati dal consultorio familiare. Giudico tale operazione non adeguata, perché mentre il consultorio familiare doveva rappresentare un modello di sinergia e di integrazione, questi servizi ripropongono un assetto di realizzazione e di frammentazione degli interventi assolutamente negativo. Sono, quindi, convinto che sarebbe straordinariamente interessante — e se l'Istituto ricevesse l'incarico lo farebbe con grandissimo piacere — mettere in piedi un sistema di sorveglianza nell'applicazione del progetto obiettivo materno-infantile. È importante raccogliere informazioni su qualcosa che ha degli obiettivi definiti. In base alla legge sull'interruzione volontaria di gravidanza, dovremmo abbattere l'aborto clandestino e ridurre il ricorso all'aborto. L'obiettivo è chiaro, i dati servono a verificare se esso sia stato raggiunto o meno.

Per quanto riguarda l'attività generale dei consultori familiari, secondo me un sistema di sorveglianza dovrebbe essere

riconfigurato nella logica dell'applicazione del progetto obiettivo materno-infantile.

ALESSANDRA BURGIO, *Responsabile dell'unità operativa servizi sanitari e quadro epidemiologico dell'Istituto nazionale di statistica*. Volevo fornire le ultime due informazioni, perché sono state formulate domande specifiche. La prima riguardava le giovani straniere e la differenza dei soggetti che rilasciano il certificato. A pagina 13 del documento che vi abbiamo consegnato potete notare come le donne straniere, come abbiamo detto, hanno un certificato rilasciato dal consultorio nel 50 per cento dei casi, rispetto al 29 per cento delle italiane. Questo dato va, sostanzialmente, a discapito del medico di fiducia: mentre le italiane ricorrono più frequentemente al medico di fiducia (38 per cento) nelle straniere il dato è del 21 per cento. Il ricorso all'ospedale è molto simile tra italiane e straniere. Questo dato è particolarmente importante nel momento in cui il dottor Grandolfo dice che la mancanza del consultorio familiare sul territorio è sintomatica della mancata offerta di servizio per una fascia particolarmente debole della popolazione.

La seconda domanda era riferita all'obiezione di coscienza. Come sapete, nella relazione al Parlamento del ministro della salute c'è sempre una parte dedicata a questo fenomeno. Noi, con l'Istituto superiore di sanità e in collaborazione con il Ministero, nel 2002 abbiamo fatto un approfondimento con un'indagine pilota per cercare di entrare un po' più nel dettaglio di questa informazione che, invece, viene rilevata a livello molto aggregato. Effettivamente, abbiamo notato che l'obiezione interviene anche nella quantità di offerta del servizio. Ci siamo resi conto dell'esistenza di alcune situazioni territoriali in cui un'elevata diffusione dell'obiezione di coscienza vuol dire, di fatto, una mancanza di servizi presso cui rivolgersi e, quindi, l'insorgenza di una mobilità sul territorio per effettuare l'IVG altrove.

Non abbiamo allegato questa documentazione al materiale già trasmesso ai vostri uffici, ma se la Commissione fosse interessata, provvederemmo a fornirla al più presto.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per le esaurientissime informazioni che ci avete offerto e che cercheremo di sfruttare, positivamente, al meglio. Sono d'accordo con il dottor Grandolfo laddove sostiene la necessità di migliorare il sistema attuale, perché, purtroppo, il panorama non è tutto roseo. Sicuramente, possono essere fatti alcuni investimenti per porre mano a questa situazione.

È vero, stiamo svolgendo un'indagine sulla legge n. 194, ma questa investe un problema sociale abbastanza grande che coinvolge la famiglia, la natalità e la questione generale che stiamo cercando di esaminare con l'obiettivo di migliorare.

Sono convinto che, almeno una volta nella vita, molte donne si siano trovate di fronte a questa scelta, tanto che sia spontanea — anche un aborto spontaneo ha i suoi problemi — tanto che si sia trattato di un'altra situazione. Se non nella totalità dei casi, ritengo che una grande maggioranza delle donne abbia affrontato nella propria vita riproduttiva problemi di questa natura.

Nel ringraziare ancora i nostri ospiti per la disponibilità manifestata e per il prezioso contributo offerto ai nostri lavori, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 1° febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 1,32



14STC0019800