

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
GIUSEPPE PALUMBO

**La seduta comincia alle 14,45.**

*(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 sarà assicurata anche mediante la trasmissione attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione di rappresentanti di strutture sanitarie dove si praticano le interruzioni volontarie di gravidanza (Ospedale Mangiagalli e Regina Elena di Milano, Ospedale San Camillo di Roma, Ospedale civile e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli di Palermo, Ospedale Maggiore di Parma, Ospedale civile Madonna delle Grazie di Matera, Ospedale civile Bernabeo di Ortona e Ospedale civile di San Marco Argentano di Castrovillari-CS).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari, l'audizione di rappresentanti di strutture sanitarie dove si praticano le interruzioni volontarie di gravidanza (Ospedale Man-

giagalli e Regina Elena di Milano, Ospedale San Camillo di Roma, Ospedale civile e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli di Palermo, Ospedale Maggiore di Parma, Ospedale civile Madonna delle Grazie di Matera, Ospedale civile Bernabeo di Ortona e Ospedale civile di San Marco Argentano di Castrovillari-CS).

Sono presenti, per il presidio ospedaliero Mangiagalli e Regina Elena di Milano, il direttore sanitario dottor Basilio Tiso; per l'Ospedale San Camillo di Roma, il dottor Diamante Pacchiarini e la dottoressa Giovanna Scassellati; per l'Ospedale civile e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli di Palermo, la dottoressa Giovanna Volo e la dottoressa Laura Giambanco; per l'Azienda ospedaliera universitaria di Parma, il dottor Pietro Vitali, il professor Luigi Benassi e la dottoressa Paola Salvini; per l'Ospedale civile Bernabeo di Ortona, la dottoressa Manuela Mucci; per l'Ospedale civile Madonna delle Grazie di Matera, il dottor Donato Aloia e il dottor Franco Tamburrino.

Avverto che i rappresentanti dell'Ospedale civile di San Marco Argentano di Castrovillari-CS hanno comunicato di non poter partecipare all'audizione.

Abbiamo convocato in queste audizioni sia i rappresentanti di ospedali molto grandi, in cui il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza e delle attività legate a questo campo è sicuramente notevole, sia i rappresentanti di ospedali di minori dimensioni, per cercare di conoscere le due realtà anche grazie al loro confronto e per tentare di capire quali siano le possibilità, in entrambi i casi, per eventuali aiuti o miglioramenti da apportare.

Premetto brevemente che il fine dell'indagine, richiesta da alcuni parlamentari

e successivamente deliberata, è quello di comprendere, dopo circa 30 anni, come viene attuata la legge n. 194 del 1978 sia negli ospedali che nelle strutture autorizzate — in particolar modo negli ospedali, perché mi pare che in Italia siano pochissime le strutture private autorizzate —, e se vi siano problemi dal punto di vista medico e clinico nell'attuazione di questa legge.

Inoltre, si intende appurare, dal punto di vista « sociale », come viene applicato — in queste strutture, nei consultori e via dicendo — ciò che la stessa legge n. 194 in teoria prevede.

Ognuno di voi potrà intervenire per riferire quello che riterrà opportuno, per esprimere dei suggerimenti ed eventualmente lasciare degli atti alla Commissione.

Infatti, al di là delle statistiche e dei numeri — di cui, bene o male, siamo a conoscenza tramite la relazione annuale che ci invia il Ministero della salute —, vorremmo riuscire a comprendere come viene attuata questa legge e se può essere migliorata in favore degli utenti e delle donne che ne hanno necessità e che ne richiedono l'applicazione.

Vi chiediamo di riferire sull'adeguatezza degli organici, sul rapporto tra i consultori e i servizi nei luoghi dove vengono attuate le interruzioni di gravidanza e su eventuali cambiamenti nell'utenza che si rivolge ai consultori (ad esempio, abbiamo rilevato di recente un aumento del numero delle immigrate e delle extracomunitarie).

Una domanda specifica che è stata posta — mi riferisco in particolare alle strutture ospedaliere dove si effettuano le interruzioni di gravidanza o anche ai consultori — riguarda l'eventualità o meno che siano state avanzate richieste di partecipazione, vale a dire se vi sono state associazioni che hanno chiesto di poter intervenire e di poter essere presenti anch'esse nel servizio che l'ospedale offre e, nel caso in cui questo sia accaduto, se tali richieste siano state respinte o accolte.

Avere un quadro più completo della situazione attuale, dopo tanto tempo, ci serve per individuare gli aspetti che possono essere migliorati.

Un'altra domanda concerne la percentuale — che in realtà già conosciamo — dei casi di interruzione volontaria di gravidanza che coinvolgono direttamente i consultori rispetto alle altre strutture sanitarie: molte donne si rivolgono direttamente alla struttura sanitaria, saltando completamente i consultori. Stando alle statistiche di cui abbiamo notizia, solo un terzo di esse si rivolge ai consultori; molte altre si rivolgono al medico di fiducia o direttamente alla struttura ospedaliera.

È chiaro che i parlamentari potranno aggiungere ulteriori quesiti, ma mi premeva sottolineare queste riflessioni perché sono finalizzate soprattutto all'applicazione della legge n. 194 del 1978. Dico questo — non mi riferisco tanto a voi, che rappresentate le strutture che svolgono questo servizio — perché, se cominciassimo a parlare di tutte le funzioni che dovrebbero svolgere i consultori secondo la legge, discuteremmo di tante altre questioni. Ciò che interessa alla Commissione, in questo caso, è l'indirizzo e la finalizzazione riguardo all'applicazione della legge n. 194.

Do quindi la parola ai nostri ospiti, ringraziandoli per la loro presenza.

BASILIO TISO, *Direttore sanitario dell'Ospedale Mangiagalli di Milano*. Al Mangiagalli rileviamo una statistica lievemente diversa rispetto alla regione Lombardia. Infatti, mentre nella regione si calcola che nel 2004 circa il 37 per cento delle donne che sono ricorse all'interruzione volontaria della gravidanza sono extracomunitarie, al Mangiagalli la percentuale è leggermente più alta, si attesta intorno al 50 per cento. Questi sono i dati dell'anno scorso.

I problemi che viviamo noi sono gli stessi delle altre strutture. Vi è una grande difficoltà nel reperire i medici perché gli obiettori sono la stragrande maggioranza. Peraltro, il Mangiagalli è un ospedale in cui nascono 7 mila bambini all'anno, di cui tantissimi sotto il chilo e mezzo di peso. È l'ospedale più importante d'Italia

da questo punto di vista e, quindi, l'impegno è rivolto fondamentalmente alla nascita. Nello stesso tempo, tuttavia, ci impegniamo anche per l'applicazione della legge n. 194.

Chi applica tale legge incontra qualche difficoltà, in quanto il numero delle richieste è tale da rendere i turni abbastanza stressanti, con problemi sia per gli infermieri sia per i medici.

Da noi è presente anche il Movimento per la vita, che ha un consultorio in ospedale e con il quale è in corso una collaborazione: stiamo portando avanti dei progetti comuni per cercare di aiutare, nei limiti del possibile, le donne.

Il problema di fondo — su questo punto penso che siamo tutti d'accordo — è che la donna che abortisce soffre comunque, perché il dramma più grande lo vive lei. Per questo motivo stiamo cercando, in tutte le maniere, di metterla nelle condizioni ideali per operare una scelta corretta.

Il rapporto con i consultori è ottimo, tuttavia dovrebbero essere più numerosi; comunque, a Milano ne esistono anche di privati.

La difficoltà consiste nell'avvicinare le donne non italiane perché hanno culture diverse dalle nostre e bisogni economici probabilmente differenti da quelli delle donne italiane. Il problema, da questo punto di vista, è di natura sociale.

Per quanto riguarda l'applicazione della legge, quello che ci manda in crisi è l'aspetto tecnico, cioè la diminuzione del numero di medici che non sono obiettori. Essendo direttore sanitario, parlo dal punto di vista organizzativo.

Si potrebbero portare avanti tutta una serie di proposte di carattere sociale. Quando parliamo con le donne, infatti, queste ci testimoniano che le loro principali difficoltà derivano dalla carenza di case, di appoggi, di aiuti per le ragazze madri. Il Movimento per la vita e noi, come ospedale, stiamo cercando di intervenire per aiutarle anche economicamente e, ripeto, i consultori si impegnano.

Vi riferisco un suggerimento che viene da alcuni dei medici che sono nel servizio

e che si trovano in difficoltà perché, oltre ad essere stressati, subiscono anche attacchi da ogni parte: in questo momento non è neanche facile vivere questo tipo di problematiche. Secondo tali medici, quando la donna si rivolge direttamente al servizio o proviene da un medico privato, sarebbe opportuno trovare il modo di farla tornare — comunque — in consultorio durante i sette giorni, per valutare meglio tutte le possibilità e per compiere una scelta adeguata. Infatti, la libertà di scelta implica un'informazione più completa possibile e questo potrebbe essere un suggerimento.

L'altra proposta, ovviamente, è di carattere generale: si potrebbero dare più case popolari alle ragazze madri. Il fatto che le donne che abortiscono — almeno quelle che vengono da noi — non sono molto ricche, dimostra che i problemi economici sono importanti.

Inoltre, i consultori dovrebbero essere utilizzati anche per un appoggio successivo all'esperienza dell'interruzione di gravidanza, perché spesso abbandoniamo queste ragazze a loro stesse, con il loro dramma, e prima o poi questo tipo di problema lo rivivranno. Con il passare degli anni è difficile non ricordarsi di un'esperienza di questo tipo e quindi l'aiuto che offriamo deve essere presente prima, durante e dopo questa esperienza.

Da noi si praticano tanti aborti, anche se rispetto a prima si è verificato un calo: da 2.100 a circa 1.800, contro 7.000 parti. Come dicevo prima, si tratta per lo più di donne extracomunitarie e questo dato la dice lunga sulle problematiche connesse: l'anno scorso erano il 51 per cento, mentre in Lombardia la percentuale è del 37 per cento.

I consultori ci sono e il rapporto con le strutture diverse — nel caso specifico, il Movimento per la vita, con il quale collaboriamo — si sostanzia in ospedale; anzi, per quanto mi riguarda, sono contento che vi siano opinioni diverse. L'ideale sarebbe di poter contare anche su altri mediatori culturali, su persone che possano parlare con queste donne, anche perché ogni tanto si leggono notizie gravi a tal proposito.

L'anno scorso, ad esempio, ci hanno portato cinque o sei ragazze in emorragia ed hanno scoperto una clinica clandestina cinese in via Sarpi.

La prevenzione deve essere — a mio parere — molto più efficace, prevedendo eventualmente anche la realizzazione di *spot* pubblicitari. Il consultorio è solo un aspetto della situazione.

Il fatto che esistano diverse situazioni va benissimo perché l'obiettivo è che la donna venga rispettata dall'inizio alla fine, soprattutto quando sceglie di interrompere la gravidanza, perché si tratta di una scelta che prima o poi ricorderà. Questa è l'esperienza che hanno avuto i miei colleghi e che riporto in maniera equilibrata. Come sapete, anche al Mangiagalli, come dappertutto, le opinioni sono diverse ed io mi sto facendo carico della sintesi di quelle di tutti i miei colleghi.

DIAMANTE PACCHIARINI, *Direttore sanitario di presidio dell'Ospedale San Camillo di Roma*. Prendo la parola molto brevemente, perché vorrei che fosse la dottoressa Scassellati a comunicare analiticamente i dati di attività, per due ordini di ragioni: innanzitutto, la dottoressa Scassellati si occupa di tale argomento da molti anni; in secondo luogo, svolgo tale funzione solamente da due mesi e mezzo. È evidente, pertanto, che incontrerei qualche difficoltà nell'entrare nel merito della questione, che avrei dovuto studiare in maniera particolare.

Tuttavia, vorrei associarmi a quello che ha detto il collega precedentemente, in quanto i problemi, in sostanza, sono identici. Questa è l'impressione che ho avuto, avendo visitato diversi ospedali in tutta Italia.

Per quando mi riguarda, vorrei sottolineare innanzitutto che l'Ospedale San Camillo presenta problemi di tipo strutturale, cioè l'edificio è abbastanza fatiscente e la sezione in questione lo è in maniera particolare. Ci siamo accorti di questa situazione appena arrivati e stiamo già cercando il modo di sopperire a questa emergenza. Si tratta di una vera e propria emergenza perché la sezione si trova in un

sotterraneo, con la fatiscenza che potete immaginare e che si rende evidente anche attraverso aspetti banali, quelli che colpiscono l'attenzione non appena si entra in quei locali: dalle finestre rotte ai tubi sul soffitto e così via. Siamo a fine anno, quindi non abbiamo molto tempo per affrontare tecnicamente questa situazione. Quindi, trovandoci a fine anno ed essendo stati nominati da pochissimo tempo, sostanzialmente non avevamo fondi a disposizione. Pertanto, stiamo preparando e ultimando il progetto di « *lifting* » dei locali e, nei primi mesi del prossimo anno, sistemeremo le cose.

Per entrare nel merito della questione, evidenzio due aspetti che mi hanno colpito, esaminando i dati di attività. È stata una delle prime cose che ho fatto, indipendentemente dall'indagine conoscitiva che è stata deliberata ed avviata qualche giorno fa dalla Commissione. Ho ascoltato anche io le notizie riportate dai telegiornali, ho letto i giornali e ho conosciuto la dottoressa Scassellati, ma, lo ripeto, mi sono interessato alla questione fin da prima. Ciò che mi ha colpito è stata la costante diminuzione degli aborti delle residenti — per residenti intendo le donne che abitano non solo a Roma, ma in tutta la regione, le italiane, per così dire — e la sistematica compensazione di questa diminuzione da parte delle extracomunitarie: di conseguenza, i numeri sono rimasti invariati negli ultimi 5-6 anni.

Effettivamente esiste una differenza di percorso tra le donne che si rivolgono al consultorio e quelle che seguono altre strade, peraltro tutte previste dalla legge: in sostanza, mi riferisco al primo medico a cui si rivolgono per la certificazione. Non so se la soluzione migliore sia quella di transitare attraverso un consultorio in quei sette giorni di intervallo, ma certamente tutte le strutture dovrebbero offrire le stesse opportunità, vale a dire la presenza dello psicologo, del sociologo e di quant'altro occorre.

Dico questo basandomi soprattutto sull'esperienza vissuta sul campo come medico, non tanto come organizzatore. A tutti noi è capitato di imbattersi in situa-

zioni del genere e, a mio giudizio, tutti i pazienti — non solo queste donne, che non ritengo debbano essere in qualche modo ghettizzate — dovrebbero ricevere la stessa risposta, dovunque rivolgano una determinata domanda per la prima volta. Pertanto, il problema non è — non voglio contraddirvi, mi permetto solo di dare un suggerimento — la deviazione del percorso, quanto quello di fare in modo che dovunque si rivolga una domanda si riceva la medesima risposta corretta.

**PRESIDENTE.** Ognuno può esprimere liberamente le proprie opinioni, non dobbiamo essere necessariamente tutti d'accordo, nel modo più assoluto.

**GIOVANNA SCASSELLATI, Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale San Camillo di Roma.** Dirigo questo modulo dal 2000, esattamente da quando è stata chiusa la clinica Villa Gina, l'unica clinica privata autorizzata nel Lazio.

Da un giorno all'altro, l'unico collega che non era obiettore strutturato è andato via, in quanto, evidentemente, aveva un doppio ruolo che lo impegnava sia all'interno dell'ospedale sia fuori. Di conseguenza mi sono trovata, come unica non obiettrice strutturata, a dirigere questo modulo. Gli altri due colleghi che sono strutturati come me hanno un contratto particolare che viene rinnovato ogni due anni (articolo 15-septies). Tale contratto prevede che eseguano l'interruzione di gravidanza ma anche che si occupino dei turni di guardia all'interno dell'ospedale. Comunque, al San Camillo siamo 30 ginecologi, compreso il primario, di cui solo 3 non obiettori. Oltre al reparto di *day hospital*, dal 2002 abbiamo anche un posto letto di degenza per la ginecologia, riservato agli aborti effettuati dopo il novantesimo giorno. Questo è uno dei motivi per cui non ho tolto l'obiezione.

In questi quattro anni siamo stati continuamente attaccati. Noi siamo gli operatori che hanno scelto di difendere una legge dello Stato. Quindi, a mio parere, l'aspetto più grave della questione è rappresentato dall'obiezione di coscienza. Bi-

sognerebbe parlarne, dal momento che coloro che effettuano l'interruzione di gravidanza sono sempre di meno e devono continuamente giustificare il proprio lavoro. Nell'ultimo anno, il mio reparto è stato visitato tre volte dai NAS: non so se abbia richiesto il loro intervento il ministro Storace, o chi per lui.

Ho combattuto una grande battaglia negli ultimi quattro anni nella giunta regionale, in quanto ero la persona che coordinava tutti gli operatori che applicavano la legge n. 194 nel Lazio. Tra le altre cose, abbiamo creato delle linee guida, affinché tutti quanti avessero le stesse analisi. In questi anni è stato portato avanti un lavoro capillare in questa parte della ginecologia, una parte da sempre dimenticata e che, in realtà, rappresenta il 40 per cento della ginecologia: si tratta, quindi, di un enorme intervento da parte della nostra specializzazione di ostetricia e ginecologia. Questo argomento era tenuto nascosto prima del 1978, dal momento che si trattava di aborti clandestini, ma quegli interventi riempivano comunque le tasche dei miei colleghi ginecologi. Quello che mi preme sottolineare è che noi abbiamo accettato di fare questo lavoro gratuitamente.

Faccio notare, ad esempio, che un aborto terapeutico che io stimolo la mattina, si compie di notte; quindi, se non sono di guardia è un problema. Spesso la donna che deve affrontare l'interruzione mi chiede di rimanere e dichiara di volermi pagare, ma ciò non è possibile in base all'attuale legislazione e non è mai stato fatto. *L'intra moenia*, ad esempio, è possibile per tutto il resto, ma non per la legge n. 194.

Nel 2004 sono stati effettuati 3.318 interventi, di cui 1.740 su donne residenti, 129 su donne di altre regioni e 1.449 su donne straniere. C'è da dire che con la legge Bossi-Fini si è verificata una riduzione. Prima al nostro ospedale arrivavano molte donne che provenivano dalla tratta o che, comunque, stavano sulla strada, come loro stesse hanno affermato durante il colloquio iniziale con il medico. Dal momento che non si capiva bene la ri-

chiesta di queste donne, abbiamo cercato di realizzare dei progetti e siamo riusciti ad ottenere, dal dipartimento del comune di Roma, un piccolo finanziamento annuale per i mediatori culturali. Quindi, dal 2001, presso la struttura operano alcuni mediatori culturali — tra questi anche uno cinese —, dedicati esclusivamente alla legge n. 194, i quali hanno tenuto dei corsi a proposito della contraccezione e di tutta una serie di problematiche.

Il problema è che l'azienda non può farsi carico di tutto. Tuttavia, la nostra difficoltà è che il 30 per cento delle richieste è certificato dal consultorio, mentre il restante 70 per cento viene certificato da medici ginecologi privati o da noi.

PRESIDENTE. Medici di famiglia?

GIOVANNA SCASSELLATI, *Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale San Camillo di Roma*. Pochi. Devo dire, tra l'altro, che spesso i loro certificati devono essere controllati attentamente perché possono essere fittizi. Noi accettiamo quasi sempre il certificato di uno specialista.

Un altro aspetto importante è quello dell'ecografia. Tale esame non è necessario per effettuare l'interruzione di gravidanza, ma a volte arrivano al reparto delle ecografie fatiscenti, a seconda dell'ambulatorio in cui sono state eseguite: comunque, vengono tutte confermate, perché abbiamo un ecografo. Soprattutto allo scadere dei 90 giorni, però, possono verificarsi problemi.

Abbiamo avuto dei problemi anche con le minori perché non possiamo visitarle. In ogni caso, dobbiamo fare la certificazione sulla richiesta della minore per mandarla dal giudice e, comunque, dobbiamo rispettare il limite dei 90 giorni. Pertanto, è sempre meglio visitare con una sonda e controllare che la ragazza rientri nei 90 giorni. Se, infatti, questa si rivolge al giudice, ottenendo l'autorizzazione, e i termini temporali non sono rispettati, si creano delle difficoltà.

Il problema grosso è che la richiesta delle donne va sempre vagliata. Devo dire che da noi la donna può decidere di

scendere dal lettino fino all'ultimo momento, perché non la forziamo ad affrontare l'aborto e le vengono offerti tutti i supporti possibili. Con grande difficoltà ci siamo attrezzati ed ora presso l'ospedale lavorano con noi due assistenti sociali, due psicologi che si alternano — se una donna ha bisogno di un supporto psicologico, sia prima sia dopo, lo ottiene — e i mediatori culturali.

Mi sembra di poter dire, dunque, che siamo in grado di rispondere a questo tipo di richiesta. Nel corso degli anni, ci sono stati anche casi di donne che hanno chiesto di portare avanti la gravidanza e che sono state seguite ed aidate. Non abbiamo una casistica molto numerosa in questo senso, ma circostanze simili si sono verificate.

Il fatto di essere presente oggi in Commissione mi dà la sensazione di essere indagata e questo, a mio parere, può infastidire. Nei 2-3 giorni precedenti all'audizione mi sono chiesta continuamente quali domande mi avreste rivolto. In realtà, noi non dobbiamo giustificare il nostro lavoro. Questa vicenda era completamente sommersa. Come ha ricordato prima il direttore sanitario, anche a Roma, lo scorso Natale, è stata scoperta una clinica di cinesi. Il problema è lavorare sulle comunità di appartenenza con l'aiuto dei mediatori culturali e fare in modo che le donne possano avvalersi di questo servizio, che sia effettivamente sicuro e che garantisca i loro diritti. Credo che questo sia assolutamente fondamentale.

PRESIDENTE. Non stiamo indagando nessuno. La nostra è un'indagine conoscitiva, non un'inchiesta. Il nostro intendimento è quello di migliorare l'applicazione della legge. Come è stato dichiarato tante altre volte, anche dal ministro, la nostra non è un'inchiesta sulla legge che, secondo il mio parere, viene applicata bene, ma, probabilmente, potrebbe essere applicata meglio.

Sono un ginecologo e in 46 anni di attività ho accumulato una certa esperienza. Tuttavia, qualcuno ha fatto rilevare i motivi per cui è stata avviata: probabil-

mente vi sono dei motivi. Lei ha sottolineato che è necessario un maggior numero di medici, di strutture e di mediatori culturali: ebbene, qualche aspetto può essere sicuramente migliorato. Questo è il senso dell'indagine conoscitiva. Nessuno vi sta mettendo sotto inchiesta; anzi, a mio parere, i medici che svolgono questo tipo di lavoro...

GIOVANNA SCASSELLATI, *Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale San Camillo di Roma*. Sembra quasi che ci considerino senza cuore...

PRESIDENTE. Vi capisco.

GIOVANNA SCASSELLATI, *Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale San Camillo di Roma*. ...secondo uno che parla di 4 milioni di morti. È una cosa grave!

PRESIDENTE. Ognuno può dire quello che vuole. Lei poco fa ha parlato di medici che, oltre a questo tipo di servizio, si occupano anche dei turni di guardia. A mio avviso questo problema è abbastanza importante, altrimenti chi si occupa solo di IVG rischia di essere ghettizzato, come se quella fosse la sua unica attività all'interno della struttura sanitaria, della clinica o dell'ospedale in cui lavora.

Questo — è la mia opinione personale — non è neanche giusto. È normale che esistano branche diverse di specializzazione e che alcuni medici si concentrino sul problema della sterilità, dell'oncologia e via elencando. Tuttavia, a mio parere, quello è un ginecologo con gli stessi diritti e doveri degli altri ginecologi.

MAURA COSSUTTA. Non sono solo gli obiettori a fare carriera.

PRESIDENTE. La mia speranza è che in tutti gli ospedali si comportino in questa maniera.

MAURA COSSUTTA. Ho precisato.

GIOVANNA VOLO, *Direttore sanitario aziendale dell'Ospedale civico di Palermo*. Credo che da parte nostra, sul piano organizzativo, non sia stato ghettizzato nessuno, per fortuna.

Applico il principio secondo cui questo è un aspetto che fa integralmente parte dell'attività di uno specialista di ginecologia e ostetricia. Pertanto, presso di noi non esiste assolutamente un'attività limitata a questo.

Devo, tuttavia, sottolineare un aspetto. Non credo che i nostri siano problemi organizzativi dell'ospedale, nel senso che la struttura risponde, comunque, alla domanda che a noi afferisce. Tutto il resto — e mi sembra di capire che lo stesso discorso valga anche per gli altri — è legato a problemi di natura più generale. Intendo dire che in Sicilia in particolare — il presidente ne sa qualcosa —, sicuramente i consultori non sono una presenza significativa, tanto che l'attività che si svolge in questi luoghi è limitata. In particolar modo, trattandosi di un aspetto culturale — nulla da addebitare ai colleghi e al personale che lavora nei consultori —, certamente c'è una quota culturale della nostra popolazione che non rende facile il lavoro sul territorio.

L'ospedale rimane il riferimento sanitario preferito e, di conseguenza, l'approccio a noi è esclusivamente diretto. Forse, neanche nella settimana di riflessione esiste la voglia da parte delle donne di avvicinarsi alle realtà consultoriali. Per questo motivo credo che, se la riunione di oggi vuole essere propositiva nei confronti di alcuni miglioramenti che possono essere apportati alla legge stessa, rispetto alle diverse realtà del nostro Stato, forse bisogna analizzare in maniera differenziata la realtà e il contesto nel quale la legge si trova ad essere applicata, relativamente alle popolazioni di riferimento.

Abbiamo un indicatore di tutto ciò ed è il fatto che il numero delle recidive è piuttosto alto, vale a dire che donne pluripare tornano da noi, benché siano state consigliate nell'utilizzo di strumenti contraccettivi. È evidente che qualche aspetto è carente nell'ambito dell'informazione e

della formazione del personale da una parte e dell'utenza dall'altra, relativamente al territorio. Per quanto attiene all'attività delle nostre unità operative di ostetricia e ginecologia, la dottoressa Giambanco può senz'altro fornire dei dati molto dettagliati.

LAURA GIAMBANCO, *Dirigente medico di primo livello ostetricia e ginecologia dell'Ospedale civico di Palermo*. Sono uno dei tre medici non obiettori dell'Ospedale civico.

Vi espongo i dati relativi al 2004: abbiamo avuto 2.200 parti e 600 interruzioni volontarie di gravidanza, con un 30 per cento di utenza extracomunitaria o in ogni caso non italiana. Analizzando i nostri dati, abbiamo notato due picchi di fasce d'età come utenza. Un picco si riferisce ad una fascia d'età tra i 23 e i 25 anni, composta da grandi pluripare, vale a dire che hanno già tre o quattro figli.

Quello di iniziare la procreazione in giovane età è un nostro problema sociale...

PRESIDENTE. Sono donne italiane?

LAURA GIAMBANCO, *Dirigente medico di primo livello ostetricia e ginecologia dell'Ospedale civico di Palermo*. Sì, sono italiane, locali, nostre residenti.

Un altro picco di richiesta si registra nella fascia di età intorno ai 35 anni di donne nullipare, ossia senza figli, le classiche donne in carriera.

Abbiamo anche notato che la maggior parte delle recidive, in media un 20 per cento — non poco, anzi è un grande fallimento della professione sanitaria in genere — fa parte delle grandi pluripare giovani, appartenenti ad un ceto medio-basso dal punto di vista economico e culturale che, forse, non ha neanche idea dell'esistenza dei consultori, e non per pecca del relativo personale.

PRESIDENTE. Quanto alla contraccezione?

LAURA GIAMBANCO, *Dirigente medico di primo livello ostetricia e ginecologia*

*dell'Ospedale civico di Palermo*. Della contraccezione ne sanno ancora meno, o perlomeno, l'unica forma di contraccezione che conoscono è il coito interrotto, che le porta da noi a richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza.

Anche per la fascia di età dei 35 anni — quella delle donne senza figli, le cosiddette donne in carriera — si riscontra una mancanza di responsabilità, nel senso che la contraccezione spesso non viene considerata utile o indispensabile e queste donne ritornano da noi.

Evidentemente esiste un *gap* di comunicazione sociosanitaria.

PRESIDENTE. Vorrei far notare che sta già emergendo un aspetto. Abbiamo invitato tutti gli ospedali e non solo i consultori perché, secondo i dati che si rilevano dalle statistiche che ci inviano, si evince che la maggior parte di queste donne non passano per i consultori.

Allora, se le donne evitano il consultorio e si recano direttamente in ospedale, ricevono ugualmente i servizi di tipo consultoriale, informativo, sociale e assistenziale? A me premeva verificare se negli ospedali viene svolta questa attività: se può essere svolta, se è necessario incrementarla, se occorre del personale, se non può essere svolta negli ospedali perché queste strutture non possono praticare attività di tipo consultoriale (riguardo alla legge n. 194), dal momento che sarebbe necessario un maggior numero di mediatori culturali, assistenti sociali, psicologi e via dicendo.

Ovviamente, è il consultorio ad avere quella finalità, ma saltando questo passaggio, una parte della legge sembrerebbe non attuata in maniera integrale.

Il direttore sanitario dell'Ospedale Mangiagalli suggeriva giustamente di rimandare queste donne ai consultori. Tuttavia, probabilmente, se riuscissimo ad avvicinarle direttamente mentre vengono in ospedale, sarebbe ancora meglio.

Non so valutare la presenza delle associazioni, degli obiettori o dei non obiettori, ma anche chi è obiettore di coscienza potrebbe svolgere il suo lavoro all'interno



di un consultorio; anzi, lo dovrebbe fare a maggior ragione.

MAURA COSSUTTA. Fanno obiezione anche sulla contraccezione !

PIETRO VITALI, *Direttore del presidio medicina preventiva, igiene ospedaliera e referente medico di direzione sanitaria per il dipartimento materno-infantile dell'Azienda ospedaliera di Parma*. Per inquadrare rapidamente la struttura, sottolineo che il nostro policlinico ospita 1.410 posti letto: l'ostetricia registra 32 posti letto, 15 di ginecologia e 5 di *day hospital*. All'interno del presidio lavorano 20 medici universitari e 33 ostetriche ospedaliere. Inoltre, la struttura è sede di una scuola di specializzazione di ostetricia (con 8 ostetriche universitarie, 70 allieve di ostetricia, 5 caposala) e di una scuola di ostetricia e ginecologia.

Per quanto riguarda l'attività svolta, una prima valutazione porta a prendere atto del fatto che nella nostra realtà il numero delle interruzioni di gravidanza si è drasticamente ridotto, passando da 1.219 nel 1990 a circa 500-510 nel 2003, a fronte di un incremento sostanziale dei parti da 2.171 nel 1990 a 2.473.

Credo che i buoni risultati ottenuti siano dovuti al successo di una integrazione di tre strutture di altissimo livello, che sono l'università, l'ASL e l'azienda ospedaliera. È per questo che oggi mi sono permesso di farmi accompagnare dalla responsabile del progetto salute donna, che ha alle sue dipendenze 30 consultori, 20 medici ostetrici e 33 ostetriche.

Questo è stato fatto sia attraverso percorsi condivisi tra territorio ed ospedale, sia attraverso il volontariato. Vorrei ricordare le numerose procedure che abbiamo attivato per l'interruzione volontaria della gravidanza — tre, l'ultima delle quali nel 2004 —, ma anche percorsi accessori, quali il percorso nascita e quello della contraccezione di emergenza, che hanno permesso di contenere il numero di aborti, coinvolgere ed integrare le strutture, in un percorso unico a tutela della donna.

LUIGI BENASSI, *Direttore dell'unità operativa ostetricia e ginecologia dell'Azienda ospedaliera di Parma*. Sono responsabile di questa struttura da un anno, ma lavoro da trent'anni nello stesso ospedale, che è l'unico della nostra città; vi è poi un'unica casa di cura privata convenzionata, che comunque svolge un'attività estremamente ridotta rispetto alla nostra. Pertanto, la maggior parte delle donne che si rivolgono ad una struttura sanitaria per la gravidanza o per la sua interruzione vengono da noi.

Avete già appreso le cifre relative alla diminuzione del numero delle interruzioni di gravidanza: la novità è rappresentata dalla percentuale di pazienti extracomunitarie che sale esponenzialmente (siamo al 30-35 per cento). Le fasce di età mi sembrano le stesse indicate dalla collega siciliana: in pratica, si tratta di donne giovani.

Siamo 20 medici. Siamo partiti con un 50 per cento di obiettori e un 50 per cento di non obiettori, ma adesso siamo arrivati a 15 medici obiettori e 5 non obiettori, attualmente senza alcun problema di convivenza. I medici non obiettori ruotano nel *day surgery*, dove abbiamo 5 letti, di cui in genere 1 o 2 destinati alle interruzioni di gravidanza e i restanti a patologie ginecologiche, per cui si alternano in questo ruolo. Ad ogni modo, lo ripeto, non abbiamo problemi. I medici obiettori, ovviamente, partecipano a tutte le altre attività di assistenza, anche delle pazienti che affluiscono per interruzione di gravidanza, senza alcun problema.

Questo discorso riguarda anche il percorso della contraccezione di emergenza, che abbiamo chiarito di recente per tutti i nostri medici e anche per la cittadinanza, dal momento che registriamo una forte affluenza di questo genere. La pillola del giorno dopo viene molto richiesta alla nostra struttura, di giorno e di notte, soprattutto nei giorni festivi, e siamo noi che diamo questo tipo di risposta. Dopo valutazioni anche con i medici legali, abbiamo convenuto che anche gli obiettori possono fornire regolarmente questo tipo di prestazione.

Il rapporto con i consultori è stato da noi ritenuto sempre molto importante, tant'è vero che, adesso che i consultori sono un po' in difficoltà a livello di personale, abbiamo offerto nostro personale a contratto, sia per l'attività consultoriale, quindi anche per l'interruzione di gravidanza, sia per lo spazio immigrati, che ha un ruolo importante nella nostra città perché si registrano cospicue quote di immigrazione.

Il rapporto con i consultori ha riguardato anche l'aspetto della prevenzione. I consultori hanno istituzionalmente il compito di occuparsi dell'educazione sanitaria e sessuale nelle scuole; per noi che lavoriamo in ospedale è un compito che non riusciamo a svolgere, a parte qualche iniziativa che ci ha spinto ad entrare nelle scuole. Insieme, azienda ospedaliera e azienda ASL, abbiamo preparato un *dépliant* sulla contraccezione, che noi offriamo alle nostre pazienti in *day surgery* e loro nei consultori, in cui sono indicati i luoghi di accesso e le modalità di intervento che possono essere offerte.

Proprio di recente, l'assessore della regione Emilia-Romagna ci ha convocato per parlare della possibilità di aprirci anche alla pillola RU486: insieme abbiamo valutato un percorso che attueremo, credo, al più presto.

Per quanto riguarda le strutture di volontariato, io stesso sono sostenitore del Centro di aiuto alla vita, per cui le gravidanze che dai consultori vengono appoggiate alle stesse vengono seguite direttamente da loro o da noi, attraverso un gruppo di medici che, all'interno della nostra struttura, offre questo tipo di volontariato: direi che si è trattato di un'integrazione finora soddisfacente.

Lascerei adesso la parola alla dottoressa Salvini, che ha la quota maggiore di attività, nel senso che il 70 per cento delle pazienti che richiedono l'interruzione di gravidanza viene a noi dai consultori. In pratica, abbiamo diviso la nostra attività nel modo seguente: ai consultori dovrebbero andare le pazienti residenti in città e da noi dovrebbero venire quelle della provincia. Abbiamo, quindi, una quota

minima di affluenza. In realtà, ci sono anche alcuni liberi professionisti, molto pochi, che ci mandano i loro pazienti. Considerata l'alta percentuale — circa il 70 per cento — delle pazienti che provengono dai consultori, credo che sia interessante ascoltare la dottoressa Salvini.

PIETRO VITALI, *Direttore del presidio medicina preventiva, igiene ospedaliera e referente medico di direzione sanitaria per il dipartimento materno-infantile dell'Azienda ospedaliera di Parma*. Prima che intervenga la dottoressa Salvini, mi preme rilevare che abbiamo forzato un po' la mano: non siamo venuti come azienda ospedaliera — me ne assumo personalmente la responsabilità —, ma per trovare un'integrazione abbiamo chiamato l'azienda « sorella », altrimenti non si capisce come poter sviluppare il discorso.

PRESIDENTE. Abbiamo voluto ascoltare varie realtà proprio per cercare di capire se esistano diversità nell'organizzazione. Può darsi, ad esempio, che la vostra organizzazione renda meglio di un'altra. Ben vengano, dunque, queste integrazioni.

PAOLA SALVINI, *Responsabile del programma salute donna e dirigente medico di ostetricia e ginecologia dell'Azienda sanitaria locale di Parma*. Ringrazio i colleghi, perché quella che ci viene offerta rappresenta per noi l'opportunità di presentare il lavoro che da anni svolgiamo insieme, che è stato produttivo ed è cresciuto nel tempo. Riguardavamo proprio in questi giorni i primi protocolli di percorsi integrati, che risalgono al 1998-1999.

Come hanno già anticipato i colleghi, la scelta che abbiamo portato avanti è la seguente: i consultori sono i luoghi deputati alla contraccezione, alla promozione della salute e alla tutela della maternità, quindi cerchiamo di far arrivare a queste strutture la maggioranza delle donne. Anche quelle che si rivolgono direttamente alla clinica, se sono residenti nel nostro territorio vengono dirottate verso i consultori. La clinica, dunque, si fa carico

delle pazienti che magari si trovano solo occasionalmente a Parma e che provengono da altre zone.

Questo naturalmente significa che noi abbiamo scelto di incontrare le donne il più rapidamente possibile. Il percorso che abbiamo individuato prevede che la prenotazione avvenga direttamente in azienda ospedaliera. Le donne, però, fanno da noi il colloquio, che avviene in due tempi. Una prima accoglienza viene sempre curata dall'ostetrica, come del resto succede anche per le altre pazienti, in modo che ci sia un momento di conoscenza del servizio e di quello che possiamo fare. Dopodiché, se la donna conferma la propria scelta, passa al ginecologo per la compilazione e la certificazione. Naturalmente, se si intravedono delle perplessità, la procedura prevede che si contatti il servizio sociale dei comuni (non abbiamo l'assistente sociale nel territorio) oppure le associazioni di volontariato, i Centri di aiuto alla vita in modo particolare. In questo caso, siamo noi a prendere l'appuntamento per la donna.

Se la donna decide, comunque, di interrompere la gravidanza, prima di uscire dal consultorio le viene prenotata una visita di controllo e, quindi, la consulenza. La visita, anziché nel punto ospedaliero, come sarebbe previsto dal DRG, viene effettuata direttamente dal consultorio, che è in effetti il luogo della consulenza e dispone di spazio e tempo maggiori.

Per quanto riguarda la popolazione che riceviamo, anche da noi si registra un aumento delle donne immigrate, la cui percentuale raggiunge ormai il 35 per cento. È evidente che queste sono le pazienti più problematiche, per questioni di lingua, di cultura e di percorsi diversi.

Altro aspetto da considerare è quello della popolazione che afferisce, invece, allo spazio giovani, ossia alla struttura pubblica per adolescenti sotto i 21 anni, che naturalmente devono essere maggiormente protette e seguite. Anche in questo caso, ci occupiamo noi delle certificazioni per le adolescenti che chiedono di non consul-

tare i genitori e, quindi, le accompagniamo dal giudice tutelare. Questo avviene solo nella nostra struttura pubblica.

Un'altra attività dei consultori, a cui teniamo in maniera particolare e sulla quale insistiamo molto, è quella della prevenzione di gravidanze indesiderate, che si rivolge in generale alle donne e non solo a quelle che vengono a chiedere informazioni sulla legge n. 194. Svolgiamo, altresì, attività di promozione della salute nelle scuole e attività di prevenzione di gravidanze indesiderate durante i corsi di preparazione alla nascita. Va considerato, infatti, il problema delle pluripare o della contraccezione durante il puerperio, e sappiamo che questo è un tema piuttosto « caldo ». Dal punto di vista dell'attività di promozione della salute, cito ad esempio gli *screening* del carcinoma del collo dell'utero; le donne dai 25 anni in su afferiscono con chiamata attiva.

È da sottolineare che, negli anni, il percorso integrato con l'azienda ospedaliera è stata una delle iniziative principali che abbiamo sperimentato e che, naturalmente, continueremo a sperimentare.

**PRESIDENTE.** Permettetemi di sottolineare un aspetto che è stato da più parti richiamato.

Qualcuno ha sostenuto che alcune donne, pur avendo chiesto di abortire, hanno cambiato idea e non hanno portato a termine l'interruzione di gravidanza perché hanno fatto una scelta diversa. I dati che abbiamo ricevuto dall'ISTAT, se non sbaglio la settimana scorsa, indicano che, al massimo, questo incide nella misura del 5 per cento e, quindi, non più di tanto. Vorrei sapere da voi, comunque, se questo sia un dato riscontrabile sia nelle strutture più grandi sia in quelle più piccole.

Inoltre, poiché si notano, nell'organizzazione del servizio, differenze abbastanza importanti tra Parma ed altre città — quale ad esempio Palermo, la mia terra —, vorrei capire se ci siano differenze anche in questo senso.

**PAOLA SALVINI, Responsabile del programma salute donna e dirigente medico di**

*ostetricia e ginecologia dell'Azienda sanitaria locale di Parma.* È difficile raccogliere questi dati, ma sarebbe davvero importante riuscire a rilevarli, per capire quante sono le prime richieste e quante le certificazioni effettive.

MANUELA MUCCI, *Medico referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile Bernabeo di Ortona.* Sono una ginecologa e opero in un piccolo ospedale, che dunque rappresenta una realtà più contenuta rispetto ai grandi ospedali dei quali abbiamo sentito parlare sinora.

Provegno da una formazione consultoriale. In Abruzzo sono stata una delle prime ginecologhe in un gruppo di amici che hanno scelto di lavorare nei consultori nel 1976, 1977, 1978. Ricordo che, all'inizio, nessuno voleva svolgere il lavoro consultoriale. A quel tempo, dunque, hanno mandato noi ragazze a lavorare in quelle strutture e devo dire che è stata una grossa palestra di vita, davvero importante per la mia formazione come donna, come medico e come ginecologo. È stato un luogo di apertura nei confronti della società.

Non siamo rimasti chiusi al nostro interno, ma siamo andati a cercare nella società le fasce di rischio: a quell'epoca, abbiamo fatto veramente tanta, tanta prevenzione.

È evidente che la nostra formazione culturale ce la siamo portata dietro nel nostro lavoro ospedaliero e siamo rimasti in contatto con le persone che attualmente lavorano nei consultori. Il nostro ospedale è integrato strettamente con la rete consultoriale. Il collega responsabile dei servizi consultoriali della nostra ASL si confronta mensilmente con l'ospedale, perché svolgiamo riunioni sulle problematiche che possono afferire ad entrambe le strutture. Il servizio è rimasto chiuso per un paio di anni per mancanza di personale.

Mi occupo di questo modulo ormai da tanti anni e posso dire che abbiamo notevoli difficoltà organizzative. La ghettizzazione, a volte, non è soltanto nella progressione di carriera (a volte c'è, a volte

no, è inutile nasconderselo). Sicuramente io non mi sento ghettizzata nello svolgere un servizio che rientra nella nostra competenza. La nostra è una scelta, ma è soprattutto un aiuto che offriamo per risolvere disagi davvero notevoli.

Il problema è organizzativo e riguarda il personale parasanitario. Credetemi, noi non abbiamo personale e siamo costretti a inseguire le persone per chiedere loro di lavorare con noi. Quando ho riaperto il servizio sono scappati tutti. Nessuno, tra il personale parasanitario, voleva collaborare con me poiché si tratta di un impegno lavorativo notevole, che richiede tempo, sacrifici, pazienza, comporta che si debba riportare la paziente a letto, parlare con lei, metterle la flebo e quant'altro. Noi facciamo di tutto, ma lo facciamo volentieri perché queste donne hanno bisogno della nostra pazienza, del nostro impegno e di avere vicino qualcuno che le capisca in questa scelta difficile. Hanno bisogno di non essere né condannate, né lasciate da sole.

Il momento consultoriale è già un gran passo perché in quella sede le donne vengono seguite dalla psicologa e dall'assistente sociale, hanno un colloquio con loro e, se necessario, anche con la nostra psicologa e assistente sociale dell'ospedale. Questi servizi, che offriamo noi in ospedale ma che vengono offerti anche fuori, si integrano a vicenda. Appena la donna ha bisogno di qualcosa, basta una telefonata e arriva qualcuno che la aiuta. Il problema vero è l'intervento chirurgico, il momento in cui la donna, a volte, non riesce a sentirsi compresa, tutelata, seguita. Noi viviamo questo momento anche da un punto di vista medico e non dovremmo perdere una sensibilità che è necessario mantenere. È questo che costa tanto sacrificio, per cui il personale manca.

Non credo che la legge possa essere applicata meglio di come già avviene. Almeno dalle mie parti — non conosco le altre realtà, ma faccio riferimento ai dati contenuti nelle relazioni dell'ISTAT — c'è stata una netta diminuzione delle interruzioni volontarie di gravidanza: è un fatto lampante. Tale diminuzione si è verificata

grazie anche a una grossa informazione sulla procreazione responsabile: da questo punto di vista, si è svolto un lavoro importante sul territorio, nelle scuole, sulle famiglie, sulla sessualità, sulle donne. Va citato, altresì, il lavoro svolto sia da noi ginecologi, che dovremmo essere considerati i medici della donna, sia anche dal consultorio, dalle assistenti sociali, dalle psicologhe. Il consultorio non è stato soltanto un luogo fisico, ma un luogo di incontro, di collaborazione e di multidisciplinarietà. Sarebbe davvero importante, dunque, incrementare le piante organiche.

Se venisse applicato il progetto obiettivo materno-infantile del 1998-2000, avremmo una sicurezza non solo dell'applicazione della legge n. 194, ma anche dei punti nascita che sono altamente insicuri. Questo è già un altro dato su cui forse bisognerà aprire un contenzioso...

**PRESIDENTE.** Poi avvieremo un'altra indagine.

**MANUELA MUCCI, Medico referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile Bernabeo di Ortona.** Comunque, nella realtà locale abruzzese si è verificata una notevolissima diminuzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Per quanto ci riguarda, abbiamo attivato tutto quello che può essere attivato, con molta attenzione all'autodeterminazione della donna, come del resto il legislatore ha previsto in maniera ben chiara nella stesura della legge.

Nel momento che precede l'intervento chirurgico, incontro personalmente le donne per capire se sono determinate ad affrontare l'intervento o se intendono recedere dalla loro decisione. Credo che la percentuale delle donne che a livello nazionale rinunciano all'aborto sia del 5 per cento.

Sicuramente insistiamo molto sulla necessità di controlli successivi all'intervento e insistiamo che tali controlli avvengano nei consultori, che rappresentano il punto di riferimento che può evitare il ripetersi dell'intervento chirurgico. Considerando la nostra stretta collaborazione con i consul-

tori, non è tanto importante il luogo, quanto il fatto che la donna torni e trovi la persona con la quale confrontarsi.

Anche noi abbiamo riscontrato un aumento delle donne immigrate nella popolazione che si rivolge alle nostre strutture. Per queste donne, grazie alla cultura del loro paese di origine, farsi visitare da un uomo può essere un problema. Se il collega del consultorio è un uomo, allora ci si confronta e si preferisce far tornare queste donne da noi. Certo, anche questo è un sacrificio, che richiede tempo e pazienza. Nell'ospedale di Pescara è stata introdotta la figura del mediatore culturale, ma nell'ambito del volontariato, in quanto non sono stati reperiti i fondi necessari. Sicuramente si sta lavorando affinché questa figura possa essere disponibile non solo nell'ospedale di riferimento, ma anche per altre strutture. Non è detto che debba spostarsi la donna, potrebbero anche spostarsi le persone che si offrono per la mediazione culturale.

Queste donne immigrate, oltre ad avere problemi di comunicazione per la lingua, hanno difficoltà ad accettare la contraccezione. In molti paesi la procreazione responsabile non esiste, non è prevista nella loro cultura. Fanno i figli, ma in Italia, pur volendoli fare, non hanno le strutture, un lavoro, una casa: non hanno nulla. Pertanto, il nostro aiuto è anche nel seguirle successivamente; per questo collaboriamo con molti servizi di volontariato sociale nel territorio, ad esempio con la Caritas. Le seguiamo sulla presenza dei minori e a casa.

In definitiva, il lavoro è tanto, noi siamo pochi e i fondi sono sempre più scarsi. Sicuramente le leggi ci sono, basta applicarle. Spero che continuino ad essere applicate, così come il nostro lavoro ha dimostrato negli anni.

**DONATO ALOIA, Dirigente medico dell'Ospedale civile di Matera.** Sono dirigente medico della direzione sanitaria e sono affiancato dal dottor Tamburrino, dirigente medico ginecologo. La nostra è una piccola realtà, forse la più piccola di quelle descritte finora: abbiamo un piccolo ospe-

dale, sebbene nuovissimo, con 400 posti letto e registriamo circa 1.100 parti ogni anno.

Dico subito che la nostra integrazione con il consultorio è ottimale. Abbiamo trovato una sintonia eccezionale, in quanto già nei progetti obiettivo presentati dalla nostra ginecologa, che dirige i due consultori, abbiamo attuato pienamente i suggerimenti e ottimizzato questo rapporto. Dei 13 medici della struttura complessa di ostetricia solo il dottor Tamburrino non è obiettore. Specifico che precedentemente ci appoggiavamo alla realtà barese e non avevamo questa possibilità. Il dottor Tamburrino, che fa parte della ASL, è passato da poco tempo alla struttura ospedaliera come medico non obiettore.

Il lavoro svolto con i consultori è stato proficuo perché il progetto obiettivo presentato dall'azienda è stato attuato in pieno: su 226 richieste di interruzione volontarie di gravidanza — parlo del 2004 — solo 143 sono state eseguite.

PRESIDENTE. Scusi, non ho capito.

DONATO ALOIA, *Dirigente medico dell'Ospedale civile di Matera*. Su 226 richieste, sono stati eseguiti 143 aborti.

PRESIDENTE. E le altre richieste?

DONATO ALOIA, *Dirigente medico dell'Ospedale civile di Matera*. Le richieste rientrate di sicuro sono 19. La nostra è una piccola realtà che, forse, ci consegna dei dati di facile lettura, sebbene vadano confrontati con il resto della realtà nazionale.

Per tornare ai numeri, abbiamo avuto 23 immigrate e per 28 c'è stato solo un passaggio di informazione. Come provenienza, abbiamo avuto 17 casi dalle altre regioni, 53 dalle altre ASL della regione, 78 da Matera e 38 dalla provincia.

Per quanto riguarda le fasce di età, il 25 per cento delle richieste riguarda donne di età compresa tra 30 e 34 anni, l'8 per cento donne tra 15 e 19 anni, il 22 per cento donne tra 25 e 29 anni. Il *trend* degli

ultimi anni non è in completa flessione, ma si è più o meno stabilizzato (negli anni precedenti siamo intorno ai 120, ma siamo anche arrivati a 143).

In ciascuno dei due consultori presenti in città operano una ginecologa, uno psicologo, un'ostetrica, due assistenti sociali e un assistente sanitario. In più, abbiamo un gruppo di circa dieci volontari della famiglia-risorsa, che collaborano a stretto contatto con gli assistenti sociali nelle accoglienze.

Il progetto a cui facevo riferimento ha prodotto risultati, in quanto è stata fatta molta prevenzione nelle scuole. Abbiamo sostenuto la maternità/paternità responsabile e questo ci ha dato risultati importanti perché tutti si rivolgono al consultorio. I medici di famiglia hanno svolto una funzione di informazione e direi che solo in pochissimi casi i soggetti si sono rivolti direttamente all'ospedale. I consultori, dunque, hanno avuto quella funzione di filtro che si richiedeva loro.

Certo, si potrebbe fare ancora di più ma, considerando che tale realtà partiva svantaggiata dalla presenza predominante di medici obiettori, devo dire che è un ottimo risultato.

Per quanto riguarda l'accoglienza, la presenza dei volontari ci è stata d'aiuto, mentre il ginecologo e le ostetriche hanno svolto tutti i passaggi di loro competenza nei tempi dovuti, assicurando la necessaria serenità per compiere la scelta.

La famiglia-risorsa, che deriva da una delibera regionale, è composta da operatori selezionati e formati. I relativi corsi di formazione sono stati molto seguiti perché a livello del volontariato questa partecipazione è molto sentita.

Per quello che va oltre i 90 giorni, a Potenza il punto di riferimento è l'IPAI, una realtà che esula dal controllo della nostra ASL.

FRANCO TAMBURRINO, *Dirigente medico ginecologo referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile di Matera*. Non ho molto da aggiungere, ma vorrei riferire quello che siamo riusciti a fare insieme alla collega del consultorio.