

Innanzitutto, sono io che mi sposto dall'ospedale al consultorio e mi sembra che questa sia una scelta efficace, in quanto in quell'ambiente la donna, probabilmente, si sente più tranquilla. Credo che possa contribuire a tranquillizzarla il fatto di trovarsi di fronte due medici, un'ostetrica e una psicologa, che non sono lì per interrogarla con tono inquisitorio, ma per accoglierla e ascoltare le sue necessità. Ad ogni richiesta viene prontamente data risposta. Inoltre, se manca parecchio al termine dei 90 giorni, ci si incontra più spesso, per verificare se la donna è seriamente motivata oppure se presenta qualche problema che potrebbe essere risolto in qualche maniera.

Qualche esperienza positiva c'è stata.

PRESIDENTE. Prima si è parlato di 19 casi su 226. Siamo al di sopra della media...

FRANCO TAMBURRINO, *Dirigente medico ginecologo referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile di Matera*. Insomma, è una buona media, abbiamo un'esperienza positiva. A questo aggiungo che la direzione dell'azienda sanitaria è abbastanza sensibile al problema, tant'è che, proprio per evitare che si verificassero casi di recidive, ha accolto la richiesta della collega ginecologa del consultorio di approvvigionarsi di dispositivi intrauterini da proporre in contemporanea all'intervento.

Insomma, svolgendo questo servizio ed adoperandoci affinché la legge sia applicata al meglio, non mi sembra che sia necessario intervenire per demolirla.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per le relazioni svolte.

Ho notato qualche discrepanza nell'attività tra i grandi e i piccoli ospedali. Sicuramente, è emersa la necessità di un'integrazione tra il territorio, il consultorio, il medico di famiglia e gli ospedali. Forse la parte più assente, in questo tipo di interventi, è quella dei medici di famiglia (comunque, li ascolteremo, ed è probabile che questa impressione cambi).

Maggiore è l'integrazione con i consultori — ma anche con le associazioni, che evidentemente possono aiutare a svolgere meglio questa funzione —, meglio viene attuato il servizio. Questa è la mia personale opinione.

Ben venga, naturalmente, il dato di rinuncia all'interruzione volontaria di gravidanza. Nell'ultimo intervento si è parlato di 19 casi su 226, che è un dato superiore alla media precedentemente riferita, ossia del 5 per cento. Il discorso, tuttavia, va approfondito, perché molti di questi casi sfuggono o non vengono seguiti fino in fondo. Sicuramente, in tutti i grandi ospedali c'è una percentuale di donne che non si recano all'appuntamento, ma può anche succedere che per qualsiasi motivo preferiscano rivolgersi ad altre strutture.

Do la parola ai deputati che intendano porre quesiti e formulare osservazioni.

GRAZIA LABATE. Vorrei rivolgere un ringraziamento sincero, non formale, ai medici che sono intervenuti, ancorché da realtà molto diverse. Le loro parole, al di là del lavoro che stiamo svolgendo con le audizioni dell'indagine conoscitiva, confermano ciò che sapevamo. Intendo dire che questa legge viene applicata interamente sul nostro territorio nazionale, quindi quella italiana non è una realtà di « abortifici ». Lo dico perché sarà bene far sapere ai presenti che questa indagine è stata contrastata, perlomeno da diverse forze politiche, non già per ragioni ideologiche, ma perché eravamo convinti che le relazioni presentate al Parlamento, i numerosi convegni che si svolgono nel nostro paese su questi temi e la realtà territoriale dalla quale ognuno dei parlamentari proviene bastassero per confermare che in Italia il fenomeno dell'aborto è in costante diminuzione, al di là del dato riguardante le donne immigrate.

Ritenevamo, insomma, che ci fosse stato un grandissimo salto culturale nell'applicazione di questa legge, e voi oggi me lo confermate. La legge è applicata in tutte le sue parti.

Ho molto apprezzato questo lavoro di integrazione tra ospedale e territorio. Po-

sto che nessuno di noi ha come concezione culturale quella della « non vita » o della morte, nel rispetto della volontà degli individui, quello che ho molto apprezzato è che questo lavoro di integrazione produce un risultato, per certi aspetti, straordinario, se si eccettua il fenomeno — lo abbiamo sentito per la Sicilia, ma avviene anche in altre parti del paese — della recidività dell'aborto, che, però, chiama in causa una serie di fattori culturali più generali, sui quali bisogna insistere. Credo, infatti, che il vero problema del nostro paese, nel quale si stenta ancora molto, sia una cultura della contraccezione per una paternità e una maternità responsabili.

Fatta questa premessa, passo alle domande. La prima la rivolgo al dottor Tiso, del presidio ospedaliero Mangiagalli, che ci riporta un'esperienza molto interessante, quella di una realtà ospedaliera grande, nella quale opera un consultorio del Movimento per la vita. Dal punto di vista quantitativo o statistico, anche nella struttura nella quale opera si registra un 5 per cento di recupero delle decisioni di aborto? Inoltre, lei sottolineava l'incidenza del numero delle ragazze madri, poiché il vero problema che lei ha riscontrato è quello della casa. Ebbene, mi piacerebbe conoscere meglio il modo di operare di questa organizzazione del volontariato. Vorrei sapere se si connetta con il comune di Milano, con le strutture istituzionali deputate a fornire una risposta, o se abbia un'autonomia per provvedere economicamente e socialmente alle problematiche che sono a monte di una decisione non del tutto consapevole.

La dottoressa Scassellati ci ha parlato delle difficoltà con cui lavora al San Camillo. In che senso per chi è ginecologo strutturato in quell'ospedale è impossibile lavorare in regime di libera professione? La legge dello Stato non fa una discriminazione dell'applicazione dell'istituto dell'*intra moenia* per il personale strutturato nei servizi. Vorrei capirlo, perché, se ci fosse un'applicazione non corretta, e, pertanto, una discriminazione, avremmo molte ragioni, attraverso i nostri strumenti di sindacato ispettivo, per capire come

avvenga in quell'azienda ospedaliera l'applicazione delle nostre leggi. Naturalmente, mi rendo conto che applicare la libera professione per l'interruzione volontaria della gravidanza vorrebbe dire averne una richiesta in tale sovrannumero che l'ospedale dovrebbe strutturarsi...

PRESIDENTE. Può darsi che diminuiscano gli obiettori!

GRAZIA LABATE. Colgo la battuta di spirito, ma credo che questo sia un argomento molto importante, che non ammette ironia. Mi piacerebbe, insomma, capirne di più su questa vicenda.

Inoltre, va rilevato che è stato unanime il discorso relativo alle donne immigrate extracomunitarie. Il dato che le riguarda, in qualche modo, compensa la riduzione che, invece, si è registrata per le donne italiane, grazie all'opera ospedaliera e territoriale, merito soprattutto delle stesse donne. Non lo dico perché sono intervenute alcune ginecologhe, ma perché, fin dal 1975, da consigliera comunale, mi sono battuta per l'istituzione dei consultori ed ho visto con quanta abnegazione in particolare le ginecologhe donne si sono dedicate a questa materia. Ricordo che si trattava di un servizio di frontiera nel nostro paese; non eravamo abituati a *counseling* di tipo contraccettivo o sessuale. Del resto, anche oggi, avendo figli di una certa età, mi rendo conto che nelle scuole non è andata avanti un'opera di informazione e di educazione sessuale, e che, nonostante l'età moderna e la liberalizzazione dei costumi, intorno a questa materia spesso c'è tantissima ignoranza.

Se voi rilevate questo dato di incidenza, mi piacerebbe conoscere se anche rispetto alle donne extracomunitarie vi sia un'azione da parte delle organizzazioni di volontariato, nel caso di decisioni non troppo consapevoli. Avete parlato di extracomunitarie che, spesso, non hanno lavoro e vivono in condizioni disagiate. Questo sarebbe utile all'indagine conoscitiva e permetterebbe a noi parlamentari della Repubblica di avanzare proposte molto più serie.

Infine, mi pare di capire che il massimo dell'esperienza positiva si abbia laddove c'è l'integrazione tra l'ospedale e il territorio. Chiedo, allora, ai rappresentanti delle regioni che ne hanno parlato meno se i loro piani sanitari regionali abbiano previsto i dipartimenti integrati tra ospedale e territorio, oppure se ci sia ancora una carenza di indirizzo programmatico al livello più generale della regione che, in qualche modo, consente di fare esperienze buone, ma parallele, che rischiano di non incontrarsi e di non ottenere il massimo del risultato.

MAURA COSSUTTA. Anch'io ringrazio in modo non formale tutti gli intervenuti, anche per averci offerto elementi seri di riflessione. Abbiamo già detto, tra l'altro, che le situazioni sarebbero ben diverse se avessimo ascoltato, ad esempio utilizzando lo strumento della relazione annuale del ministro della salute, prevista dalla legge, quello che, da tempo, tutti gli operatori ci dicono. Oggi non si inventa nulla. Sono decenni che gli operatori dei consultori denunciano le criticità che abbiamo ascoltato.

PRESIDENTE. Non è mai troppo tardi.

MAURA COSSUTTA. La politica non ha ascoltato questo grido di allarme. Mi allarma, invece, che proprio adesso si avvii un'indagine conoscitiva, si dice, per difendere una legge, ma, io ritengo, per scaricarla dall'interno.

Mi rivolgo al collega del presidio ospedaliero Mangiagalli, che, giustamente, ha riferito l'impegno coerente di trovare sintesi, quindi la difficoltà insita in questo impegno, ma anche la ricchezza di figure e di esperienze diverse. Il Movimento per la vita che gestisce questo consultorio, come lei ben sa, probabilmente è lo stesso che, davanti al policlinico di Modena, si è reso protagonista di quell'episodio che abbiamo più volte richiamato (*Commenti*)... Mi dice che non è lo stesso, ma il discorso non cambia. Allora, più che individuare che cosa serve, diciamo innanzitutto cosa

non serve oggi per difendere la legge. Innanzitutto, non serve l'approccio ideologico.

CARMELO PORCU. Appunto, non serve.

MAURA COSSUTTA. Ho chiesto al ministro Storace di pronunciare una parola di condanna di questi movimenti — chiamiamoli sanfedisti o integralisti islamici, scegliete voi — che, davanti al policlinico di Modena, con una croce gigantesca, distribuivano alle donne *depliant* con le immagini a colori dei feti. Se qualcuno pensa che questo sia il modo di aiutare le donne e gli operatori, credo che in questa Commissione una parola chiara debba essere pronunciata. È necessario, allora, specificare quali sono le associazioni di volontariato. Attorno alla legge n. 194, con il cavallo di Troia della presenza delle associazioni di volontariato, si vuole reintrodurre la cultura della colpa che, a parte l'approccio ideologico, non funziona per l'applicazione della legge.

Cosa pensate — mi rivolgo agli operatori — che potrebbe succedere se venissero potenziati questi aspetti ideologici? Il ministro Storace sostiene che bisogna aggiungere i questionari: a mio avviso questi questionari, atti a verificare il famoso 5 per cento delle donne che recedono, potrebbero essere distribuiti dal Movimento per la vita. Voi non considerate che ci sia un rischio reale dell'aumento degli aborti clandestini? Non considerate che ci sia un rischio reale soprattutto per le donne immigrate, che non hanno legami sociali, non hanno sicurezze affettive, non hanno reti di protezione? Per queste donne l'accesso al consultorio era ed è l'unica e ultima spiaggia. Che cosa può comportare la presenza, in queste strutture, di movimenti integralisti che, più che aiutare, giudicano le donne? Tra l'altro, dobbiamo ricordare che la maggior parte di queste donne è irregolare e il timore dell'approccio sicuramente favorirà l'aumento degli aborti clandestini.

Sono d'accordo sull'importanza dell'integrazione con il territorio. Tuttavia, a mio

parere, la presenza del Movimento per la vita e delle associazioni di volontariato negli ospedali, anziché potenziare i consultori rischia di depotenziarli. Noi dobbiamo dire con chiarezza, al di là delle differenze di posizione, che oltre l'approccio all'ospedale, previsto dalla legge, con la certificazione, l'approccio al consultorio, dal punto di vista scientifico e della sperimentazione, è indispensabile perché non ci siano le recidive e perché la donna ritorni al consultorio per sottoporsi ad altre prestazioni indispensabili per la sua salute riproduttiva e per la sua salute in generale. E può chiamarsi consultorio solo quello che può lavorare come servizio di prevenzione attiva.

Giustamente la collega — sono anch'io medico — riferiva che al consultorio si rivolge direttamente l'utenza, ma quello che dobbiamo fare è esattamente il contrario! È il consultorio che deve andare verso l'utenza che ad esso non si rivolge spontaneamente. E per popolazione a rischio non mi riferisco solo alle donne immigrate ed ai relativi servizi di strada (tra l'altro, vorrei vedere in quale città si svolgono i servizi di strada per aiutare le donne immigrate, ad esempio le prostitute). Occorre un'azione anche verso le donne pluripare. La collega ci ha riferito che sono soprattutto le pluripare ad avere recidive ed ha ragione a chiedere quando applichiamo questo benedetto progetto obiettivo. È lì che dobbiamo contattare le donne. Questa è la complessità del consultorio.

Signor presidente, lei ci chiede di parlare solo dell'interruzione volontaria di gravidanza e di questo aspetto specifico del consultorio, ma questo significa che non abbiamo capito come devono funzionare i consultori. Solo se i consultori funzionano anche quando la donna vi si reca per partorire, potranno adeguatamente funzionare per l'IVG. Questa è l'esperienza degli operatori.

Innanzitutto, servono risorse. Oggi pomeriggio andrò in Aula a difendere un mio ordine del giorno — avete posto la fiducia sulla legge finanziaria, quindi ci rimangono gli ordini del giorno — che chiede di

stanziare risorse per i consultori. In questa finanziaria non è prevista una lira per i consultori, per assumere personale, per le politiche sociali, per le politiche occupazionali delle donne, per aumentare le indennità di maternità per le lavoratrici precarie. Allora, che cosa vogliamo dire quando parliamo di tutela della maternità? A cosa serve, dunque, questa indagine conoscitiva sulla legge n. 194? Credo che gli operatori abbiano denunciato da tempo gli elementi di criticità e, ancora oggi, con grande chiarezza — di questo li ringrazio ancora —, li hanno ribaditi in questa audizione. Ora, però, serve coerenza e impegno.

Temo, lo ripeto, una risoluzione dell'indagine conoscitiva che, di fatto, metterà sotto attacco la legge. Se l'obiettivo, come ha detto il ministro Storace, è di sottolineare la centralità di quell'aspetto della prevenzione, che significa salvare i 4 milioni 500 mila bambini non nati, significa che non si è capito nulla di cosa sia l'attività preminente di prevenzione delle IVG svolta dai consultori, vale a dire l'uso adeguato e consapevole dei contraccettivi.

CARLA CASTELLANI. Il ministro non ha detto questo.

MAURA COSSUTTA. Questa è esattamente l'attività di prevenzione, ma il ministro Storace non ha detto una sola parola sulla contraccezione. Proporrei che i medici obiettori almeno svolgessero obbligatoriamente i corsi sulla contraccezione nelle scuole e sul territorio, in difesa della vita. Sappiamo, invece, che esistono obiettori che fanno obiezione anche sui metodi contraccettivi.

Si tratta di fare un passo avanti e di garantire l'accesso gratuito agli anticoncezionali ai giovani e agli adolescenti, perché così si costruiscono una paternità e una maternità responsabile, visto che la sessualità, fino a prova contraria, anche le ragazze e le donne hanno diritto ad averla...

CARLA CASTELLANI. Ci sono anche altri modi.

MAURA COSSUTTA. Diciamo che la contraccezione è un metodo che le donne hanno scelto. Lasciamoglielo, quindi, se non vogliamo tornare all'Iran degli islamici e dei fondamentalisti.

CARMELO PORCU. Che ci sono adesso !

MAURA COSSUTTA. Credo che le proposte di questi operatori segnino una linea importante. Non possiamo procedere in un'indagine conoscitiva che, invece di tener conto di queste proposte e di questi suggerimenti, temo voglia indirizzarsi su una strada ideologica.

LUANA ZANELLA. Innanzitutto, per quanto riguarda la Basilicata, nella relazione che ci è stata consegnata qualche settimana fa dal ministro della salute si legge che, con riferimento al 2003, la situazione della Basilicata è assai particolare, in quanto poco meno della metà delle IVG riguardanti donne residenti viene effettuata fuori regione. È dal 2004, dunque, che le cose sono cambiate ? Da quello che abbiamo sentito, è un dato molto recente.

Questo discorso mi serve per svolgere un ragionamento sull'obiezione di coscienza. So bene che alcuni obiettori lo sono anche per stanchezza, dopo anni e anni di attività in questo settore, e per le ragioni che abbiamo ascoltato. Credo che nei progetti obiettivo — dalla nostra indagine potrebbe emergere anche questo — dovrebbe essere riconosciuta, invece, una sorta di indennità speciale a coloro che svolgono questo tipo di attività, anche per la complessità e la delicatezza della materia. A mio giudizio, si dovrebbe prevedere una sorta di riconoscimento, naturalmente all'interno di una progettazione complessiva (*Commenti del deputato Porcu*). Non sarà mica possibile che in un ospedale ci siano venti ginecologi, dei quali, magari, solo tre o quattro non obiettori (*Commenti del deputato Porcu*).

Non dico di prevedere un incentivo per ogni aborto. Se vogliamo che la legge venga applicata e che ci sia un'organizzazione coerente di uno dei settori più

delicati, non dico di riconoscere un *tot* in più per ogni aborto ai medici che li praticano — non sono stupida —, ma di rendere più appetibile questo tipo di attività anche a coloro che, strumentalmente, non la svolgono, e non già perché sono cattolici, ma perché è un'attività penalizzante, e questo è un problema ! Sappiamo che questa è la vera ragione. Conosco medici che non praticano più aborti, perché sono stanchi di fare solo quello.

È chiaro che farlo per tutta la vita diventa stressante e non credo che sia un'azione gradevole dal punto di vista psicologico. Se fossi ginecologa o ostetrica, avrei difficoltà a svolgere per tutta la vita questo lavoro.

CARLA CASTELLANI. Dove sta scritto che si fa tutta la vita !

LUANA ZANELLA. Ma se a Matera ci sono solo due o tre medici che non sono obiettori e le donne di quella regione vanno in Puglia per abortire ! Abbi pazienza ! È anche una questione di coscienza. È chiaro che ci si trova dentro un meccanismo da cui è difficile uscire ! Comunque, la polemica è sintomatica del fatto che il problema esiste.

A mio avviso, non emerge abbastanza chiaramente — perlomeno io non l'ho capito — quali siano, a livello nazionale, i luoghi dove effettivamente si sviluppa questa campagna informativa, ad esempio, attraverso le scuole. In secondo luogo, vorrei sapere quanti consultori che funzionano in maniera adeguata esistano in Sicilia. Infine, ho l'impressione che esista ancora — in Veneto sicuramente — una percentuale non trascurabile di aborti clandestini. Avete idea di quale possa essere la dimensione del fenomeno ?

A livello delle varie realtà, quali sono gli ostacoli alla piena applicazione del progetto obiettivo materno-infantile e dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ?

CARMELO PORCU. Signor presidente, anch'io vorrei aggiungere un ringraziamento non formale agli amici intervenuti,

non soltanto per loro presenza in Commissione, ma anche per altri motivi, secondo me fondamentali.

Anzitutto, i nostri ospiti ci hanno fornito un quadro, comunque, tranquillizzante e positivo dell'azione che essi svolgono, e questa è già una cosa importante, perché la professionalità e anche l'umanità che hanno dimostrato oggi nei loro interventi ci dicono quanta fatica comporti la loro attività e quanto degno di rispetto sia il loro lavoro nelle frontiere dove operano quotidianamente.

Proprio dal complesso dei loro interventi emerge l'utilità della nostra indagine conoscitiva, un'utilità che non può essere messa in discussione da alcuno, perché è assolutamente interessante conoscere tutte le realtà che ruotano attorno alla legge n. 194, ed è significativo che lo facciamo in maniera solenne, non attraverso una banale discussione periodica, la burocratica relazione ministeriale, ma con un'operazione conoscitiva molto più importante, penetrante ed impegnativa come quella che stiamo svolgendo. Il mio ringraziamento, quindi, va in questo senso.

Per quanto mi riguarda, mi approccio a queste problematiche con molto timore e partecipazione al dramma che coinvolge la nascita responsabile di una vita, nonché con grande rispetto per tutti quelli che vi sono coinvolti. Penso, inoltre, che anche l'esperienza personale che ho maturato mi abbia fortificato, nel senso che in queste cose non ci può essere alcun pregiudizio, alcun atteggiamento pregiudiziale di condanna o di presa di posizione ideologica. Lungi da me, quindi, qualsiasi valutazione di questo tipo.

La maternità è un valore importante per la donna e per l'uomo, e sarebbe veramente criminale ridurlo ad una dimensione contestativa, ideologica, che non appartiene alla natura umana. Dunque, non ho idee precostituite; ho certamente delle convinzioni personali, che, come tutte le convinzioni personali, sono disposto a mettere alla prova, e sono sicuro che le mie convinzioni sarebbero messe alla prova in maniera molto faticosa, se trascorressi una giornata nei consultori, o

negli ospedali, o nei reparti che questi signori dirigono con grande autorevolezza professionale, con grande umanità, dove, senz'altro, immagino vivano quotidianamente drammi di ogni genere. Questo è un fatto da tener presente.

Tuttavia, vorrei che, con lo stesso criterio di umanità, non si criminalizzasse, o meglio ancora, che non si guardasse con sospetto alla figura dei cosiddetti obiettori di coscienza, dei medici obiettori le cui motivazioni — come già diceva la collega Zanella, e mi scuso per l'interruzione di poco fa —, possono essere le più varie, tutte quante degne di rispetto. Come senz'altro degne di rispetto sono le posizioni dei medici non obiettori e anche dei medici non obiettori che, a maggior ragione, sono criticati, frustrati nelle loro qualità professionali per questa loro condizione di non obiezione: questo deve essere ben chiaro. Tutte le posizioni, in questo campo, meritano il massimo rispetto.

Devo, poi, sottolineare che mi sembra assai importante il fatto, che emerge con una certa chiarezza, che sull'azione di scoraggiamento dell'aborto da parte delle strutture oggi qui chiamate esistano dei riferimenti statistici abbastanza incerti, quasi nulli. Da quanto ci è stato detto, comunque, l'incidenza di questo ritorno alla decisione di abortire, confrontata con quanto succede nei consultori, mi sembra possa essere considerata pressoché uguale, anche in riferimento alle statistiche dell'ISTAT. A me sembra che sia assolutamente necessaria una maggiore presa di coscienza di questa seconda parte della legge n. 194 (o prima parte: chiamiamola come vogliamo), che prevede questo tipo di incoraggiamento a non arrivare all'aborto. Questo è un fatto importante.

Io sono sicuro che le audizioni di oggi siano utili per noi, ma anche per gli illustri professionisti, che ci hanno fatto l'onore di essere qui, affinché possano portare avanti questo tipo di tematica in maniera molto più importante.

In conclusione, mi sembra di cogliere — magari, negli interventi successivi me lo confermeranno i nostri ospiti — il fatto che

si lavori meglio nei piccoli centri, rispetto alle grandi metropoli. Bisognerebbe capire, però, se anche in queste grandi metropoli, cessati i motivi di conflittualità, che possono essere superati, ed anche i momenti organizzativi deficitari, non si possa umanizzare il tipo di approccio sanitario. A me sembra che in questa demonizzazione della sanità, che va al di là del problema specifico della legge n. 194, ciò possa essere la causa per un'azione fruttifera finalizzata alla cultura della vita. Anche nel 1981, quando c'è stato il referendum che ha portato alla conferma della legge n. 194, ci fu una grande battaglia, da parte di tutti quanti, anche dalla parte abortista, sostenendo il fatto che quella legge era un inno alla cultura della vita.

Facciamo bene, acriticamente e periodicamente, a confrontarci su questo tema per vedere come stanno andando le cose, se questa cultura della vita viene presa sempre come punto di riferimento dell'azione di tutti quanti. Questo, lo ripeto, senza criminalizzare nessuno, senza voler essere inquisitori di niente, ma soltanto rispondendo alla nostra coscienza.

CARLA CASTELLANI. Anch'io ringrazio tutti gli intervenuti e mi scuso di non aver potuto ascoltare i primi interventi. Le mie domande saranno necessariamente limitate agli interventi che ho avuto modo di ascoltare.

Prima, però, di procedere alle domande, credo sia intanto doveroso dire che il ministro della salute, onorevole Storace, non ha apertamente espresso i giudizi cui testé faceva riferimento l'onorevole Cossutta. Anzi, come tutti noi, di fronte a questo tipo di problematica, si pone con grande serenità, con grande disponibilità ad ascoltare. Signor presidente, questa indagine conoscitiva, fortemente contrastata dai colleghi del centrosinistra, pur limitata nel tempo, credo, invece, ci stia accompagnando a valutazioni estremamente importanti che molti di noi, magari, presupponevano, senza avere la consapevolezza di quello che, oggettivamente, accade nelle nostre strutture.

Mi creda, onorevole Zanella — e, tra l'altro, le percentuali relative all'obiezione di coscienza sono intorno al 50 per cento, quindi ci sono professionisti in grado di svolgere questa tipologia di lavoro —, prima di andare ad incentivare professionisti per effettuare le interruzioni volontarie di gravidanza, credo che la nostra sanità abbia bisogno di incentivare anestesisti, radiologi, chirurghi per evitare che vi siano, nel nostro paese, liste di attesa così sconcertanti.

Parliamo tanto dell'autodeterminazione delle donne, ma vogliamo costringere i ginecologi a non essere obiettori. Insomma, mi sembrano forzature che non hanno nulla a che vedere con l'indagine che stiamo eseguendo.

Proprio in virtù di questa indagine, invece, ho trovato estremamente interessante quanto riferito dai colleghi di Matera. Se non ho capito male, loro hanno iniziato da poco, dal 2004, a praticare nel loro ospedale le interruzioni volontarie di gravidanza, prima questa possibilità non c'era.

PRESIDENTE. Quest'anno?

CARLA CASTELLANI. Nel 2004. Quindi, in base a questi dati mi pare di aver capito che su 226 richieste ne siano state effettuate 143. Mi pare di aver capito che 19 donne hanno ripensato la scelta.

FRANCO TAMBURRINO, *Dirigente medico ginecologo referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile di Matera*. Perché sono state seguite in gravidanza, mentre le altre non le abbiamo seguite in gravidanza e, quindi, non sappiamo che fine abbiano fatto...

CARLA CASTELLANI. Questi dati sono molto interessanti al fine di procedere con la nostra indagine.

Vorrei chiedere sia ai colleghi di Matera, sia alla collega di Ortona (collega in tutti i sensi, oltre che come medico anche come conterranea), visto che le loro aziende ospedaliere hanno una buona sinergia con il territorio e con i consultori,

come abbiano organizzato questi servizi, quali siano le figure professionali presenti all'interno dei consultori, o che, perlomeno, sono strutturati o convenzionati per svolgere questo lavoro, se ci siano associazioni di volontariato e con quale tipologia. Inoltre, visto che mi pare che sia difficile per tutti stabilire, in relazione alle richieste, quale sia la percentuale di donne che, poi, scelgono di non abortire più, vorrei sapere quali percorsi queste strutture mettono in atto e come vengano accompagnate queste donne successivamente.

Vi è un altro elemento estremamente interessante. Negli interventi delle colleghe ho sentito alcuni riferimenti sulla recidività, ma io non la vorrei riferire alle donne extracomunitarie, non perché voglia fare discriminazioni, ma perché capisco benissimo che hanno una cultura diversa, e quant'altro. Personalmente, ho vissuto l'esperienza dell'obiezione di coscienza, dopo due anni che non avevo fatto obiezione di coscienza, proprio perché nella mia struttura avevo visto tornare sempre le stesse persone. Quali strumenti, allora, si possono mettere in atto? E anche questo è un criterio di reale funzionamento dei consultori, perché se la recidività è molto alta, evidentemente qualcosa non funziona all'interno dei consultori.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Ringrazio i colleghi medici intervenuti. Sono un medico pediatra e neonatologo, per cui riusciamo a capirci meglio; abbiamo parlato il nostro linguaggio, quello dei medici. È emerso che, soprattutto in questo campo, in questa materia così difficile, da parte del medico ci debba essere un supplemento di generosità, qualcosa di più, una corrispondenza di amorosi sensi tra la professione medica e la sofferenza e la malattia.

Questo è un campo particolare, quindi non è un caso che vogliamo svolgere questa indagine per verificare non solo l'applicazione della legge (questa legge affronta la tutela della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza; non dobbiamo dimenticare che si tratta di due

aspetti dello stesso problema), ma anche e soprattutto le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari. Mi pare che oggi sia emerso che la problematica dei consultori familiari sia veramente della massima importanza. Abbiamo visto che nelle varie realtà territoriali, dalle grandi alle piccole, si registra una situazione completamente diversa, fino ad arrivare al miracolo di Maometto compiuto dal dottor Tamburrino, andando dall'ospedale verso il consultorio, e non viceversa. Anche questo mi pare significativo.

Ho apprezzato, poi, quello che ha qui sintetizzato per tutti la dottoressa Manuela Mucci, che ha fatto riferimento alla passione che ci vuole per lavorare in questo campo, cominciando dai consultori per finire all'ospedale.

Credo che alla fine di questa audizione ne sapremo di più anche noi medici, rispetto alla realtà italiana. Come penso ne saprà di più anche la dottoressa Scasellati, che, all'inizio, era piuttosto critica nei confronti di questa audizione, perché non sapeva se riguardasse una indagine particolare. Anche lei adesso sarà contenta, perché ne saprà di più rispetto a prima. E mi pare che non ci dobbiamo preoccupare se, eventualmente, qualche volta possono arrivare i NAS. Quando uno fa il proprio dovere — ma, naturalmente, è una battuta —, anche se arrivano i NAS, non c'è da preoccuparsi.

GIOVANNA SCASELLATI, *Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale San Camillo di Roma*. È la verità. In campagna elettorale. Li mandasse!

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Lei ha individuato un mandante, che mi pare non sia il caso di individuare.

Fatta questa considerazione di ordine generale, credo sia emerso che, un po' in tutta Italia, sono aumentate le IVG. Sono aumentate perché ci sono le donne straniere. Se non ci fossero le straniere, le immigrate, la situazione sarebbe diversa.

Se non ho capito male, mi sembra che a Matera e a Ortona il fenomeno sia meno acuto, ci sono meno IVG, non so se perché

in quella zona ci sono meno immigrate rispetto ad altre. A Matera, in particolare, mi pare di aver capito che erano solo 28 le immigrate che hanno fatto ricorso alla IVG.

Per quanto riguarda il rapporto fra le grandi e le piccole città con i consultori, ho ascoltato quanto raccontato dalle dottoresse Volo e Giambanco con riferimento alla Sicilia. In effetti, in Sicilia nei confronti dei consultori c'è un atteggiamento un po' particolare, per cui manca quella collaborazione che esiste altrove, come avviene a Parma, ad Ortona, a Matera, che sono centri più piccoli. In Sicilia c'è un certo distacco, anche perché i consultori non sono sufficienti, lo abbiamo visto attraverso un'indagine statistica dell'ISTAT. A Parma, ad esempio, hanno i consultori, ma questi in provincia mancano. Voi avete il rapporto con i consultori di Parma, ma non con quelli esterni. Il consultorio, dove esiste, crea un rapporto di collaborazione.

Vorrei porre, ora, qualche domanda specifica. Per quanto riguarda il presidio ospedaliero Mangiagalli, il dottor Tiso — questa è una curiosità — ha detto che nascono bambini al di sotto di 1,5 chilogrammi di peso, forse perché c'è un centro di terapia intensiva neonatale che determina questa assistenza particolare.

Per quanto riguarda la figura del mediatore culturale, alla quale faceva riferimento la dottoressa Scassellati, istituita e finanziata dal comune, credo sia un segno della mancanza di collaborazione con il consultorio. Non essendoci i consultori, occorrono questi mediatori culturali all'interno delle strutture pubbliche degli ospedali, perché, in effetti, il consultorio viene meno ad una certa funzione — a me pare di interpretarlo in questo modo.

Per quanto riguarda l'ospedale di Palermo e la Sicilia, vorrei un chiarimento. È preoccupante che queste recidive si verificano tra le donne appartenenti alla classe di età più giovane; è inquietante. Questo fatto, come siciliano, mi preoccupa moltissimo, non perché non ci sia la prevenzione, ma perché le recidive riguardano donne molto giovani, donne giovani

e pluripare. Io non lo sapevo e per me è stata una sorpresa. Tra l'altro, è stata una sorpresa anche sapere che fanno ricorso all'IVG le nullipare, le donne nella fascia dei 35 anni di età che non hanno mai avuto un figlio, che si presume non siano sposate, le cosiddette donne in carriera, che non hanno una famiglia, le *singles* (*Commenti*). Mi chiedo se oltre ad essere nullipare, ad avere 35 anni di età, siano anche nubili.

LAURA GIAMBANCO, *Dirigente medico di primo livello ostetricia e ginecologia dell'Ospedale civico di Palermo*. Non chiediamo queste formalità!

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Questa collaborazione con i consultori è riuscita ad Ortona e a Matera.

Hanno detto che si tratta di un piccolo centro. A me pare, però, che un ospedale con 400 posti letto al sud sia un ospedale di tutto rispetto.

Concludendo le mie considerazioni, vorrei evidenziare un dato: la situazione cambia da regione a regione e ciononostante occorre un miglior funzionamento dei consultori ed una corrispondenza fra consultori ed ospedali, che, in certo senso, per ora manca. A ciò bisognerebbe dedicare maggiore attenzione.

DONATO RENATO MOSELLA. Intanto, mi associo ai ringraziamenti. Com'è noto, noi abbiamo fatto di necessità virtù. Abbiamo pensato, fin dall'inizio, che un'indagine di questo tipo sarebbe stato preferibile svolgerla in un clima di maggiore serenità, per poter affrontare i problemi anche con coerenza con tutto ciò che si fa — si veda la finanziaria in corso —, oppure avere il tempo per riflettere, visto che dalle testimonianze degli auditi emergono problemi molto drammatici. Alcuni richiederebbero un interesse immediato, ma con un Governo di fine legislatura, con un Parlamento che sta per chiudere i battenti, francamente, non è facile.

Come considerazione di carattere generale, mi sembra di vedere un paese coerente con le difficoltà che noi, in ge-

nerale, già conosciamo. Vedo alcune diversità fra nord e sud, vedo alcune diversità fra i piccoli e i grandi centri, vedo focalizzati alcuni temi che, molto coerentemente, andrebbero posti all'attenzione del Parlamento ed affrontati in termini risolutivi.

Io mi rendo conto della mancanza di tempo, quindi vorrei semplicemente chiedere alcuni piccoli *flash* di approfondimento. Il primo riguarda la realtà di Milano, per la quale si è accennato ai consultori privati. Sarebbe interessante, anche facendo pervenire alla Commissione alcuni atti, capire meglio alcune di queste realtà. Per quanto riguarda il trauma di ritorno, è una considerazione che avete fatto rispetto ad un progetto o c'è qualcosa che è già stato iniziato e che potrebbe essere utile ai fini della Commissione?

L'altra riflessione — vi accennava già la collega Labate — che mi ha colpito riguarda l'*intra moenia*. Mi piacerebbe capire se esista un vuoto legislativo, o se, invece, sia possibile conoscere le modalità che portano a quel tipo di esperienza, perché mi sembra una cosa abbastanza insolita e grave.

Un altro elemento riguarda l'esperienza di Parma che ci è stata ben rappresentata. I protocolli e i percorsi integrati sono iniziati nel 1998. Se ci fossero, anche qui, dei protocolli esemplificativi che possano tornare utili all'approfondimento, sarebbe bene.

Concludo dicendo che noi facciamo di necessità virtù, nel senso che ormai questa indagine è avviata, ci assumiamo le nostre responsabilità, ma manteniamo questo atteggiamento critico perché riteniamo che, in una stagione come quella che stiamo vivendo, il paese abbia bisogno di maggiore serenità anche nell'affrontare temi così delicati e complessi che hanno una ripercussione enorme sulla vita delle donne, sia quelle che abortiscono sia quelle che decidono di non abortire.

PRESIDENTE. Vi inviterei a svolgere interventi brevi; d'altronde ognuno di voi ha esplicitato quello che doveva dire. Ormai abbiamo le idee molto più chiare di

prima. Certo, si tratta di un argomento di non facile trattazione.

Le dottoresse Volo e Giambanco mi avevano chiesto di poter rispondere per prime, dovendo ripartire in aereo per Palermo.

GIOVANNA VOLO, Direttore sanitario aziendale dell'Ospedale civico di Palermo. Scusate ancora, ma la distanza e la nostra condizione di isolani ci obbligano ad avanzare questo genere di richieste quando veniamo a Roma.

Io credo che le domande rivolte a me come rappresentante dell'azienda ospedaliera più grande della Sicilia riguardino, fondamentalmente, il mancato rapporto di collaborazione forte fra territorio ed ospedale, che non si riesce ad evidenziare.

Innanzitutto, vorrei ribadire un concetto, che ho già rilevato prima: c'è un grande, rilevante elemento culturale che rende difficile il lavoro dei consultori. Io non vorrei assolutamente che, dal mio intervento, fosse emersa una situazione tale per cui in Sicilia i consultori non svolgono il proprio lavoro. Devo dire la verità, non ho una grande esperienza in materia di azienda territoriale, se non per una piccolissima attività svolta in un'azienda territoriale di provincia. Il problema a Palermo, grande metropoli della regione, è legato al fatto che dentro la città ci sono cinque ospedali con strutture di unità operative di ostetricia e di ginecologia.

Il lavoro di collaborazione con i numerosi consultori presenti, ma che sono di competenza dell'azienda territoriale, è sicuramente un problema di tipo anche organizzativo. Bisognerebbe istituire convenzioni, scegliere quali reparti vadano convenzionati, individuare i consultori e le competenze, se territoriali o meno. Credo, pertanto, che il problema sia molto legato a questo aspetto.

Sostanzialmente, però, rimane il problema culturale. L'onorevole chiedeva una cosa che, personalmente, assolutamente non condivido, e cioè perché una fascia di età, che è quella maggiore, viene in ospedale per fare ricorso all'interruzione vo-

lontania di gravidanza, e se queste donne, che evidentemente appartengono ad una classe sociale e culturale più avanzata, siano o no sposate. Credo che questi siano problemi che neppure per gioco ci possiamo porre. Non lo chiediamo alle pluripare, figuriamoci se lo chiediamo alle nullipare!

Il problema fondamentale è che, così come nella fascia socioculturale alta la richiesta di interventi in questo senso riguarda soggetti in età più avanzata, è estremamente significativo che in una fascia socio-economica e culturale molto bassa il tutto avvenga da parte di persone così giovani. Manca, di conseguenza, un intervento nelle scuole; manca, ovviamente, un intervento sui medici di famiglia, che, comunque, sono quelli che hanno un rapporto più costante e continuo. Devo dire che i pediatri — visto che l'onorevole fa parte della categoria professionale — per noi sicuramente non sono un grande sostegno, un grande supporto.

Il problema, per quel che riguarda la Sicilia, è dato allora da un aspetto che rilevo per tanti altri settori dell'assistenza sanitaria regionale, non solo per quanto attiene l'applicazione della legge n. 194: si tratta di un problema di mancanza di collegamento nei vari nodi della rete assistenziale.

Se ciascuno di noi svolgesse pienamente il proprio compito, probabilmente la connessione sarebbe molto più efficace e i risultati sarebbero visibili e di grande efficienza.

CARLA CASTELLANI. E in merito alla recidività?

GIOVANNA VOLO, *Direttore sanitario aziendale dell'Ospedale civico di Palermo*. Il problema è fondamentalmente culturale. Per richiamare un esempio, in queste fasce sociali è la parte maschile che rifiuta la contraccezione nelle donne, perché fondamentalmente il rischio mentale a cui questi soggetti vanno incontro è che, se la loro moglie — perché in quel caso è moglie — è protetta, può non avere rapporti solo con loro.

BASILIO TISO, *Direttore sanitario dell'Ospedale Mangiagalli di Milano*. Vorrei chiarire meglio il mio pensiero. A tal fine, ho portato alcuni dati che adesso preciso meglio. Al Mangiagalli c'è tutta una serie esperienze, probabilmente all'avanguardia, per alcuni aspetti: ad esempio, il servizio di tutela della violenza sessuale sui minori. Abbiamo più di 220 casi denunciati in un anno, tra bambini e donne, e le persone più attive sono le stesse che — e parlo della responsabile, la dottoressa Kustermann — difendono la donna, per quanto riguarda il diritto derivante dall'applicazione della legge n. 194.

Ma ci sono anche altre esperienze. Sicuramente, il rapporto principale è con i consultori pubblici, un rapporto stretto. Anche per quanto riguarda la violenza sui minori e sulle donne il rapporto è con i consultori. Comunque, sono esperienze forti sul territorio che hanno portato, anche da noi, ad una diminuzione dei casi, ad un certo rientro, anche se è difficile da quantificare, e vi spiego il motivo.

Si rilascia il certificato, e dopo una settimana, si viene da noi, dove occorrono altri 7-8 giorni perché si proceda. L'ospedale è grande, la richiesta è alta, anche da parte di persone che vengono da fuori Milano. In questi giorni, è facile che qualcuno si perda e, per ragioni diverse, magari si rivolga da qualche altra parte. Per quanto riguarda la rinuncia, il valore è di molto superiore al 5 per cento, però il nostro dato è falsato da questo aspetto.

Al Mangiagalli, però, dagli anni ottanta vi è anche un altro aspetto. Opera infatti il Centro di aiuto alla vita, che è un po' diverso dagli altri, almeno da come mi raccontano. Anche noi abbiamo avuto i nostri problemi. Ad esempio, c'è stato un aborto su di una minorenne e siamo finiti su tutti giornali: denunce da destra, da centro, da sinistra, da tutti. Quella stessa mattina sono venuti da me rappresentanti del Centro di aiuto alla vita per dire che non c'entravano. Insomma, abbiamo un buon rapporto con questi signori, che sono volontari — lo ripeto — e sono espressione del mondo cattolico, che molti sanno essere, soprattutto a Milano, particolarmente

eterogeneo (la Caritas, le Acli, le parrocchie e così via). Ci sono poi anche altre realtà non cattoliche (il servizio « Madre segreta », la provincia).

L'idea in atto nel Mangiagalli è un progetto complessivo che privilegia, ovviamente, i consultori pubblici, perché quelli sono il nostro retroterra culturale ed un punto di riferimento continuo, dalla mattina alla sera, anche per situazioni diverse. Vorremmo essere molto più presenti, più potenziati, anche perché, ripeto, in Lombardia, forse perché ci sono più extracomunitari, si è registrato negli ultimi anni un leggero aumento degli aborti. Dal 1996 sono passati da 22 mila a 25 mila; gli extracomunitari sono passati dal 12 per cento al 35 per cento: probabilmente è questa la causa.

L'idea, però, è che ci sia principalmente il servizio pubblico, fortemente finanziato, a tutti i livelli, e poi, sussidiariamente, il volontariato privato, che aiuti a trovar fondi e che dia una mano.

Noi abbiamo avuto delle esperienze di collaborazione, a mio avviso, molto buone, fermo restando che non ci sono solo i cattolici, ma anche i laici. Il problema è quello di difendere un bambino e la sua mamma, è un problema serio, a trecentosessanta gradi. Tutto ciò fermo restando — lo ripeto — il finanziamento al settore pubblico che, anche a Milano, non è completo, ma è deficitario.

DIAMANTE PACCHIARINI, *Direttore sanitario di presidio dell'Ospedale San Camillo di Roma*. Sono state sollevate alcune questioni. Sulla libera professione, vorrei dire che non è un problema del San Camillo. Chi ha posto la domanda ha interpretato male, oppure non si è spiegata bene la dottoressa Scassellati.

La norma, non ricordo se si riferisca a 2 o 3 contratti fa (ai contratti dei medici, sostanzialmente), credo sia il decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 2000, e prevede che alcune prestazioni di carattere sanitario non possano essere effettuate in regime di libera professione, e queste sono un servizio previsto nella legge n. 194 (la dialisi, il pronto soccorso e la

rianimazione). Forse ci può essere altro, ma non rammento.

Al di là della libera professione, è necessaria una breve considerazione circa l'incentivo. Finora abbiamo parlato di numeri, di valutazioni, qualche volta con passione, anche in maniera ideologica, anche se tutti hanno voluto sgombrare il campo da queste questioni. Tutti quanti noi, bene o male, siamo presi da queste cose.

Alcuni aspetti meramente organizzativi non sono stati sollevati, ma, a mio giudizio, costituiscono, comunque, un condizionamento nell'applicazione di questa norma. Io ho diretto ospedali da 100, da 200, da 450 e da 1500 posti letto, per cui ho visto tutte le situazioni. Ho assistito a realtà incredibili: abbiamo allontanato infermieri perché, in ospedali piccoli, si appuntavano i nomi delle ragazze e poi andavano a cercarle nei paesi vicini, perché, evidentemente, erano « facili ». Questo per farvi capire l'entità della questione. Comunque, i dati a nostra disposizione indicano il 10 per cento, il 20 per cento o il 5 per cento di rinunce.

In realtà, la maggioranza degli ospedali italiani ha 200, 300 o 400 posti letto. Quando si va in ospedale si scopre che il portantino che ti porta in sala operatoria è il figlio del garzone del barista sotto casa. In Italia, non c'è soltanto il San Camillo, e non voglio fare il provinciale. Vengo dall'Umbria, ma questo può succedere nei piccoli centri, come nei grandi, anche nell'ospedale di Matera (che ha 60 mila abitanti e un hinterland da 127 a 150 mila abitanti, che ha 400 posti letto; quando scoprono che vi lavora quel determinato operatore, le persone se ne vanno in un altro ospedale, addirittura fuori regione. Ecco perché poi non ci sono discrepanze tra i numeri. Questo non perché non siano attenti e non ci sia la sensibilità di approfondire il problema, ma perché magari una rinuncia è compensata da uno che viene da fuori, non c'è un incrocio diretto tra il dato e la certificazione della zona o dell'ospedale stesso.

Un'ultima questione: un centro di 400 posti letto e un hinterland di 130 mila

persone, probabilmente fa una, massimo due sedute di interruzioni in una settimana, per sei ore, con 4 o 5 interventi. In queste condizioni nessuna azienda è in grado di avere personale dedicato a quella determinata attività, anche perché lavorerebbe un giorno e gli altri quattro si girerebbe i pollici. Allora, si prende personale in prestito da altri reparti, magari offrendo un gettone oppure prevedendo lo straordinario o altre formule.

Non vorrei assolutamente mancare di rispetto a qualcuno; rispetto profondamente le convinzioni di ognuno e l'obiezione di coscienza, per un verso o per l'altro; non è questo il ragionamento. Tuttavia, ci sentiamo dire dall'operatore: quella cosa non mi compete, per cui, se volete che io la faccia, mi pagate, altrimenti sono obietto.

Il problema è che molto spesso ci pongono questioni di questo genere, come quando una seduta operatoria va oltre il consentito, quando c'è un intervento in più o quando si complica. Il problema è che lì, lo strumento non ce l'hanno, fa parte del loro dovere (potrebbero anche darsi malati, ma non si può stare male tutto l'anno); qui, invece, ce l'hanno.

Ripeto, non voglio mancare di rispetto ad alcuno, ma questi casi esistono. Quando qualcuno dice che il problema sono i fondi, oppure la finanziaria, e così via, il problema esiste, assolutamente, e quindi i provvedimenti organizzativi non sono scervi dalle questioni di principio, che, di norma, vengono inserite ai primi articoli di una legge.

PRESIDENTE. A proposito del problema degli aborti clandestini, vorrei esprimere una considerazione. Soprattutto in regioni piccole, qualcuno preferisce farlo privatamente, clandestinamente, perché ha paura di andare in ospedale, per non essere schedato, o teme che si scopra che ha avuto un'interruzione di gravidanza. Questo è, ancora oggi, uno dei problemi degli aborti clandestini.

GIOVANNA SCASSELLATI, Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale

San Camillo di Roma. A questo proposito, vorrei specificare che la legge prevede l'anonimato. Ma la gente, forse non lo sa. In alcuni casi, vi è l'anonimato assoluto. Esiste questa possibilità prevista nella legge n. 194.

Intanto, mi dispiace che siano state fraintese alcune mie osservazioni. Noi siamo un'azienda ospedaliera. Io lavoro da otto anni al San Camillo, ma prima c'era il dipartimento materno infantile dove, addirittura, uno dei due primari della divisione di ostetricia e ginecologia dirigeva i consultori, che attualmente sono della ASL Roma «D».

Non è che non abbiamo rapporti con questi consultori. Ho detto che tutte le mattine arrivano telefonate da parte dei consultori. Facciamo delle riunioni e, almeno una o due volte l'anno, organizziamo incontri di aggiornamento. Esiste, pertanto, un rapporto stretto con i consultori, pur essendo di un'altra azienda, ossia della ASL. Non è che, come ospedale, non abbiamo rapporti con i consultori, ci conosciamo da anni ed ognuno, per qualsiasi problema, può chiamare in ospedale, e anche se c'è un caso difficile lo seguiamo insieme. Molti si fanno seguire dal consultorio e poi vengono a partorire in ospedale. Lo stesso vale per gli aborti. Quel 30 per cento di cui parlavo è certificato dal consultorio e poi torna al consultorio per il controllo.

Il problema è quando uno gestisce 1.400 donne straniere, come nel 2004. Dal 2001, portiamo avanti un progetto finanziato, definito «Progetto di mediazione linguistico-culturale a favore delle donne immigrate extracomunitarie per la prevenzione dell'IVG e tutela della maternità». All'inizio, ci siamo accorti che esistevano gravissimi problemi linguistici che non eravamo in grado di risolvere, e questo avviene anche per la maternità. Infatti, tantissime donne musulmane che partoriscono nel nostro ospedale hanno problemi in neonatologia o per la registrazione. Questo servizio, attualmente, è pagato dal comune, proprio perché l'azienda non ha risorse. A noi piacerebbe, ad esempio, che al San Camillo, che è un'azienda grande,

ci fosse uno sportello di informazione, in più lingue, proprio perché abbiamo pazienti stranieri, ed è questa la causa di problemi organizzativi.

L'assessore Milano ci ha dato dei fondi con cui paghiamo i mediatori culturali, che sono stati utilissimi. Oggi, ad esempio, abbiamo consegnato l'ultima *tranche* del 2005: abbiamo visitato 306 donne e di queste posso dirvi i motivi che le hanno spinte all'aborto, qual era il loro grado istruttivo e quant'altro. Ad esempio, ci sono donne che hanno abortito e che hanno già tre o quattro figli. Comunque sia, la maggior parte di queste straniere appartengono al ceppo moldavo e rumeno, tanto è vero che abbiamo partecipato ad una ricerca nazionale assieme ad altri quattro ospedali sulle donne straniere, che verrà pubblicata dall'Istituto superiore di sanità.

Noi che abbiamo fatto questa scelta non è che rinunciamo al resto. Io ho lavorato due anni in Slovenia, presso la più grande clinica di ostetricia e di ginecologia di Lubiana; il professore dell'università mi mandò in quella clinica, anche se io sarei rimasta all'università, ma avendo un figlio grande avevo bisogno di lavorare. A me piace andare in sala operatoria, mi piace assistere ai parti. Facevo la preparazione al parto durante gli anni dell'università, non è che ho scelto « a spada tratta » di difendere la legge.

Tuttavia, credo che se c'è una legge dello Stato, questa debba essere finanziata. Se, ad esempio la regione deve curare l'aggiornamento degli operatori, è suo compito farlo. Per tanti anni ciò non è stato fatto; nel Lazio, è stato fatto solo nel 1992, quando la ASL Roma « D » ottenne un finanziamento con cui si procedette all'aggiornamento degli operatori previsti nella legge n. 194. In merito a questo, c'è un articolo specifico, che dispone l'aggiornamento degli operatori.

L'altro problema è quello delle gravidanze. Se procediamo alla diagnosi prenatale, la facciamo in tutti gli ospedali (al Gemelli, al Fatebenefratelli). Abbiamo ecografi super attrezzati, ma il discorso è che queste donne, se hanno un feto malfor-

mato, vogliono interrompere la gravidanza. Ebbene, nella regione Lazio ci sono solo tre ospedali che fanno questo: il San Camillo, il Sandro Pertini (ogni tanto, perché c'è un unico operatore) e il San Filippo Neri. Queste donne, quando, attraverso un'amniocentesi, ricevono la notizia di un bambino non perfetto, automaticamente cominciano a girare come delle trottole ed è uno dei motivi per cui io non tolgo l'obiezione! Altrimenti, signori miei, l'avrei fatto tante volte anche per un problema di recidività, ma non solo.

Badate, io non ammetto che non si possa usare la contraccezione, perché ci sono mille modi per evitare una gravidanza, altrimenti, ci si vuole talmente male da sottoporsi all'aborto.

Vorrei parlare ora dei colleghi che effettuano i tagli cesarei e che non dicono alle loro pazienti che devono distanziare le gravidanze o che devono comunque utilizzare la contraccezione. In ospedale ho due colleghi obiettori, che fanno molti cesarei durante la guardia, le cui pazienti, guarda caso, regolarmente, dopo 4-5 mesi dal parto vengono a praticare l'aborto, perché il loro ginecologo aveva detto che la spirale non andava bene, poiché faceva sanguinare 7-8 giorni al mese, con il rischio dell'anemia.

Esiste, dunque, un problema di cultura. C'è, ad esempio, il ginecologo che fa sospendere la pillola dopo 6-7 mesi alla ragazza universitaria, perché sostiene che l'utero si deve riposare — non si capisce per quale teoria statistica —, quando la pillola si può usare per sette od otto anni — quelle di ultima generazione — e quella ragazza, non appena smette di usare la pillola, rimane incinta. Ci sono tantissimi casi del genere!

È, quindi, un problema di informazione e di evidenza scientifica e purtroppo i nostri colleghi non sempre svolgono un lavoro di questo tipo. Negli anni ho conosciuto tantissimi casi del genere.

L'ultimo aspetto riguarda le incentivazioni. L'obiezione di coscienza è centrale. Vorrei farvi notare che, laddove non si trovavano gli anestesisti — potete verifi-

carlo al San Giovanni —, non si riuscivano a fare le due sedute settimanali. È stato deciso di dare un gettone di presenza e tutti gli anestesisti hanno tolto l'obiezione, perché in quella giornata percepiscono, se non ricordo male, 150 euro lordi l'ora.

Questa è una farsa! Se dobbiamo ridurre le liste d'attesa, dare l'incentivazione sulla riduzione delle liste d'attesa...

PRESIDENTE. La invito a concludere, altrimenti allarghiamo troppo il campo.

CARLA CASTELLANI. Non ci interessa!

GIOVANNA SCASSELLATI, Responsabile day hospital legge 194 dell'Ospedale San Camillo di Roma. Scusi, a me interessa, invece! A me interessa capire come la produttività aggiuntiva venga riconosciuta nell'ospedale. È un problema per il personale che fa questo servizio, come l'infermiere, l'ostetrica! Il medico, badate, può svolgere la libera professione fuori e fare altre cose. Non è quello il problema.

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. Non ho molto da aggiungere, se non ringraziare per averci invitato a questa audizione.

La nostra realtà, a confronto di tante altre, è certamente migliore. Abbiamo qualche problema di risorse, in particolare per quello che riguarda alcune ristrutturazioni in corso e che ci preoccupano, però i buoni rapporti e la dimensione umana della sanità permettono di trovare queste energie. Credo che la dottoressa Salvini abbia risposte più puntuali da dare ad alcune domande.

PAOLA SALVINI, Responsabile del programma salute donna e dirigente medico di ostetricia e ginecologia dell'azienda Sanitaria locale di Parma. L'onorevole Zanella ha citato l'attività nelle scuole. Credo sia fondamentale fare attività tra gli adolescenti, lo sappiamo tutti, per la promo-

zione della salute in genere e per la prevenzione delle gravidanze indesiderate. Noi mandiamo tutti gli anni in tutte le scuole superiori di Parma una lettera, offrendo un pacchetto formativo, per poi decidere con gli insegnanti. Lo scorso anno, abbiamo dedicato 1.300 ore, che non sono sufficienti, ma ci sono dei costi che dobbiamo sostenere rispetto alla prevenzione.

Per quello che riguarda il *counseling* della contraccezione, credo che i consultori debbano dedicarsi a questa attività, ad una consulenza molto precisa e puntuale, proprio perché è cambiata la popolazione di riferimento e, quindi, dobbiamo riuscire ad entrare in sintonia con tutte quelle persone che abbiamo e, soprattutto, con le donne di recente immigrazione.

A proposito di questo, l'altra domanda riguardava il possibile sostegno dei Centri di aiuto alla vita e delle associazioni di volontariato. La risposta è che questo è possibile. Certo, noi privilegiamo il discorso istituzionale, quindi con i servizi sociali, ma loro hanno le mani legate. Con la Caritas e con i Centri di aiuto alla vita, invece, seguiamo un percorso attraverso il quale anche le donne che non sono in regola possono essere sostenute. Sicuramente, questo è un progetto di qualità che va perseguito.

Infine, esistono le politiche a sostegno della famiglia, che ci aiuteranno. Credo sia fondamentale ricordare, come è stato detto, che anche noi lavoriamo con le istituzioni di Parma, in particolare con il comune e la provincia. In mancanza di una politica per l'intero percorso nascita, in cui far rientrare queste consulenze volte ad evitare che la donna vada incontro all'interruzione, è difficile recedere dai problemi se le attività non cominciano prima, con un sostegno reale nel momento in cui la donna deve compiere la scelta.

MANUELA MUCCI, Medico referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile Bernabeo di Ortona. Esiste un dipartimento funzionale, integrato tra territorio e ospedale, nel piano sanitario regionale della regione Abruzzo,

per cui l'integrazione territorio-ospedale è funzionante, attiva nel tempo. Esiste un'integrazione tangibile, tanto che i nostri incontri, la produttività, la riduzione degli aborti ripetuti sono un dato di fatto nella nostra regione. Sicuramente, esiste anche una grande quota di immigrati. Da noi vi sono fasce di immigrazione proveniente da tutti i paesi dell'est, dal Marocco, dalla Tunisia, dai paesi musulmani. La loro presenza negli interventi previsti nella legge n. 194 credo che si aggiri intorno al 40-50 per cento. Non posso esporvi una cifra precisa, ma ho presentato al presidente un documento sulle interruzioni e su altri dati, ed anche un libro sui consultori familiari abruzzesi. La quota delle donne immigrate che accedono alla richiesta di un intervento ai sensi della legge n. 194 si aggira intorno al 40-50 per cento.

Venendo alla questione posta dall'onorevole Castellani, faccio presente che esistono le figure, già determinate, sia per una presenza attiva, sia in convenzione (assistenti sociali, psicologi, il pediatra, l'ostetrica e il ginecologo). Abbiamo anche delle convenzioni con il Tribunale per i minori, con le università di Chieti e dell'Aquila. Tra l'altro, abbiamo istituito un centro affidato con le università di Ferrara e di Milano. Nel libro che ho presentato al presidente è citato un progetto finanziato dal comune di Pescara, insieme all'azienda e ai consultori familiari, al fine di seguire nel tempo e aiutare le persone che manifestano questa esigenza.

Intendo precisare che, nella nostra valutazione, molte delle donne che si rivolgono a noi per l'applicazione della legge n. 194 sono molto determinate. Si consideri che vengono seguite dalla nostra *équipe*: viene svolto un primo colloquio, su base consultoriale, al momento della certificazione; viene fatto un secondo colloquio nel momento in cui accedono alla prenotazione dell'intervento chirurgico. Prima parlavo del 5 per cento, riallacciandomi alla media nazionale, ma, nella mia realtà, sono anche di meno le donne che rinunciano.

PRESIDENTE. Il 5 per cento è un dato ISTAT. Non è un dato calcolato.

MANUELA MUCCI, *Medico referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile Bernabeo di Ortona*. I dati dell'ISTAT parlano di questo. I nostri dati indicano cifre anche inferiori rispetto alle rinunce. Una donna, quando si avvicina all'intervento chirurgico, è molto determinata ed è difficile che receda da questa sua decisione, e soprattutto, come ho precisato prima, non vuole sentirsi punita e condannata. Certo, poi siamo noi stessi a farla sentire in maniera diversa; siamo noi stessi ad avvicinarci male a questa difficile realtà. Già il solo termine « aborto » ci fa contornare di un'aura di peccato. Tuttavia, la nostra religiosità si vive anche quando ci si volta da un'altra parte mentre una ragazza viene stuprata a 100 metri di distanza. È difficile parlare di queste cose. L'importante è fare formazione e informazione, che rappresentano gli aspetti principali.

A livello consultoriale, negli anni dell'istituzione della legge, abbiamo fatto tanta informazione. Abbiamo passato periodi difficili, perché il consultorio ha cambiato regime di assistenza, passando dai comuni alle aziende sanitarie e ci sono stati anni in cui non rintrava nel dipartimento sanità, ma in un altro dipartimento che nulla aveva a che vedere con la prevenzione della salute, per cui non riceveva fondi. Negli ultimi anni, questa attività ha ripreso coscienza, rientrando nel dipartimento di prevenzione, ed è stato integrata tantissimo nelle realtà ospedaliere. Di questo siamo fieri, perché lavoriamo e lo facciamo bene con i consultori, con le figure consultoriali e con le nostre figure ospedaliere.

A livello nazionale — rispondo all'onorevole Zanella — spero che, come parlamentari, possiate far applicare il progetto obiettivo materno-infantile, perché si deve poter nascere in sicurezza in tutte le zone d'Italia. Non si può far nascere un bimbo in una situazione di insicurezza. Al nord, al centro e al sud si deve nascere alla stessa maniera, così come si devono ap-

plicare le leggi esistenti — e il progetto obiettivo materno-infantile lo dice chiaramente —. La legge n. 194 non è una legge per abortire, ma per prevenire, e soprattutto per stare vicino alla donna che ha deciso di accedere a questo intervento chirurgico.

Per quanto riguarda la libera professione *intra moenia*, l'interruzione di gravidanza non è prevista, però potrebbero essere previsti progetti obiettivo ospedalieri e interaziendali, che possono facilitare un percorso di integrazione, prevenzione e informazione sull'atto chirurgico e che potrebbero coinvolgere più operatori. Nella mia azienda non ho anestesisti. Ne ho uno solo. Gli anestesisti, nel momento in cui ho riaperto il servizio previsto dalla legge n. 194, hanno presentato tutti obiezione, non perché non venivano pagati, ma perché era una scocciatura. Su questo combatto da una vita: non bisogna considerare un intervento chirurgico di questo genere e una difficoltà della donna come una scocciatura! Bisogna considerarli come un'evenienza, una necessità e come una disponibilità da parte nostra, di medici, che, mi permetto di dire, non tutti la pensiamo alla stessa maniera.

DONATO ALOIA, *Dirigente medico dell'Ospedale civile di Matera*. Signor presidente, rispondo brevemente alle domande su Matera. Penso che possiamo accorpare le risposte. La nostra ASL comprende 127 mila abitanti, in una regione di 650 mila abitanti. Quando si parla di Basilicata, parliamo di ASL. La nostra è una situazione molto variegata. È una regione con varie differenze e con cinque ASL. I nostri dati sono verificabili e confermabili: abbiamo avuto 19 rientri su 226 casi. Poi, ci

sono 60 altri casi di cui non conosciamo l'esito. Probabilmente, come ha detto lei, signor presidente, esistono situazioni che non possiamo conoscere. Il dato, comunque, rimane: ci sono stati 19 rientri.

FRANCO TAMBURRINO, *Dirigente medico ginecologo referente per le interruzioni volontarie di gravidanza dell'Ospedale civile di Matera*. Vorrei aggiungere soltanto una cosa, rispondendo all'onorevole Porcu. Lei ha fatto riferimento alla circostanza che, in quanto medici, dobbiamo salvaguardare la vita. Allora, io ho deciso di essere non obiettore al secondo anno di specializzazione quando, durante un turno di guardia, fummo chiamati in rianimazione a Bari, dove una ragazza di diciotto anni era in coma per aver assunto un infuso di prezzemolo... Grazie.

PRESIDENTE. Ringrazio i colleghi ginecologi, i direttori sanitari e tutti gli altri intervenuti a questa audizione che, sicuramente, è stata motivo di arricchimento per tutti.

MAURA COSSUTTA. E chi vuol capire, capisca!

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 17,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 3 febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO