

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO
INDAGINE CONOSCITIVA**

7.

SEDUTA DI MARTEDÌ 10 GENNAIO 2006

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Giacco Luigi (DS-U)	6
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3	Giammarco Chiara, <i>Magistrato dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma</i>	3, 5, 8, 10
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 CONSULENTI FAMILIARI		Labate Grazia (DS-U)	6
		Leone Anna Maria (UDC/CCD-CDU)	8
Audizione di rappresentanti degli uffici del giudice tutelare presso i Tribunali di Roma e Milano:		Lucchese Francesco Paolo (UDC/CCD-CDU)	6
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3, 5, 8, 10	Martini Francesca (LNFP)	6
		Valpiana Tiziana (RC)	7, 8
		Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche:	
		Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i> .	10, 12, 14, 16, 17

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

	PAG.		PAG.
Bianco Maria Antonietta, <i>Presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche</i>	11, 16	Audizione di rappresentanti dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita, dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus) e della Caritas Italia:	
Giacco Luigi (DS-U)	14	Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	34, 49, 62, 67
Labate Grazia (DS-U)	13	Benzi Oreste, <i>Presidente dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII</i>	39, 62, 63
Leone Anna Maria (UDC/CCD-CDU)	13	Boscia Filippo, <i>Vicepresidente nazionale vicario dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI)</i>	35
Lucchese Francesco Paolo (UDC/CCD-CDU)	16	Casini Carlo, <i>Presidente nazionale dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita</i>	41, 62
Martini Francesca (LNFP)	12, 13, 14	Cursi Giancarlo, <i>Collaboratore ufficio promozione umana della Caritas Italia</i>	48, 62
Valpiana Tiziana (RC)	12, 15, 16	De Filippis Vincenzo, <i>Consigliere nazionale dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI)</i>	63
Audizione di rappresentanti dell'Associazione per la tutela della salute femminile – Vita di donna, dell'Associazione Donne in genere, di associazioni di donne immigrate (Associazione Donne in rete per lo sviluppo e per la pace e Associazione italiana donne per lo sviluppo-AIDOS), dell'Associazione Il melograno-Centro di informazione maternità e nascita:		Labate Grazia (DS-U)	50, 52
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	17, 25, 27 28, 31, 32, 33, 34	Leone Anna Maria (UDC/CCD-CDU)	53, 58
Canitano Elisabetta, <i>Presidente dell'Associazione per la tutela della salute femminile – Vita di donna</i>	18, 25, 32	Longobardi Silvio, <i>Responsabile ambito accoglienza dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus)</i>	46, 63
Cilumbriello Antonietta, <i>Ginecologa e coordinatrice progetti sanitari dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS)</i> ...	24, 31	Lucchese Francesco Paolo (UDC/CCD-CDU)	60
Colombo Daniela, <i>Presidente dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS)</i>	22, 30, 31	Martini Francesca (LNFP)	52
Corneli Rita, <i>Presidente dell'Associazione Donne in genere</i>	19, 32	Masini Enrico, <i>Responsabile generale servizio maternità difficile dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII</i>	40
Giacco Luigi (DS-U)	31	Morandini Pino, <i>Vicepresidente nazionale dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita</i>	64
Labate Grazia (DS-U)	27, 33, 34	Pisacane Anna, <i>Responsabile ambito vita dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus)</i> .	47
Lucchese Francesco Paolo (UDC/CCD-CDU)	28, 33	Porcu Carmelo (AN)	57
Scalisi Raffaella, <i>Psicologa, socia fondatrice e membro del consiglio del Coordinamento Il melograno</i>	25, 32	Valpiana Tiziana (RC)	58, 60, 63
Valpiana Tiziana (RC)	29, 30	Vergani Elena, <i>Responsabile nazionale del Servizio SOS vita dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita</i>	45, 52, 66
		Zanotti Katia (DS-U)	55

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 10,40.

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

Sulla pubblicità dei lavori.

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

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti degli uffici del giudice tutelare presso i Tribunali di Roma e Milano.

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 degli uffici del giudice tutelare presso i Tribunali di Roma e Milano.

Avverto che l'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Milano ha comunicato di non poter inviare propri rappresentanti all'audizione ed ha trasmesso una memoria scritta.

Ringrazio per la partecipazione la dottoressa Chiara Giammarco, magistrato

dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma, che potrà fornirci elementi utili al fine di approfondire i problemi di applicazione della legge n. 194 con riferimento ai minori tra i quali, come emerso dalle precedenti audizioni, il fenomeno è piuttosto diffuso ed alquanto delicato.

Conoscete i motivi che hanno portato all'avvio di questa indagine conoscitiva e i problemi che sono stati sollevati e affrontati nelle audizioni precedenti, nelle quali abbiamo parlato dei consultori e delle strutture ospedaliere presso le quali si effettuano le interruzioni volontarie di gravidanza. È evidente che, con particolare riferimento alle IVG, l'indagine è stata voluta per capire come la legge possa essere applicata nella sua interezza e quale funzione possano e debbano svolgere i consultori, nell'ambito dell'applicazione della legge stessa.

Ricordo che, solitamente, le audizioni si svolgono secondo il seguente ordine: dopo la relazione degli auditi, che possono anche lasciare documentazione scritta che rimane agli atti della Commissione, in modo che possano prenderne contezza anche i colleghi assenti, i parlamentari presenti, se lo ritengono, pongono delle domande e l'audizione si conclude con la replica dei soggetti auditi.

Do la parola alla dottoressa Chiara Giammarco.

CHIARA GIAMMARCO, *Magistrato dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma.* Illustrerò brevemente il lavoro che svolge l'ufficio del giudice tutelare in relazione a quanto previsto dalla legge n. 194 sull'interruzione della gravidanza da parte delle minorenni.

Le minori possono decidere di interrompere la gravidanza soltanto con il consenso dei genitori esercenti la potestà o dei tutori. L'autorizzazione all'interruzione della gravidanza può essere concessa dal giudice tutelare qualora i genitori siano in contrasto tra di loro o vi sia contrasto tra la volontà della minore e quella degli esercenti la potestà o, infine, qualora la minore, per giustificate ragioni, non intenda consultare i genitori. Il giudice tutelare interviene solo nel caso in cui la minore non intenda informare i genitori o quando intenda informare uno solo di loro. Nella pratica, almeno per il Tribunale di Roma, è rarissimo il caso in cui il giudice tutelare sia stato chiamato ad intervenire nel dissenso tra i genitori e la minore (a mia memoria, non si è mai verificato).

La minore, che talvolta è accompagnata dalla madre ma molto più spesso viene da sola, si rivolge al consultorio familiare, alla struttura autorizzata o al medico di fiducia, come previsto dalla legge anche per le maggiorenni. Si svolge così un colloquio, del quale il consultorio fornisce una ampia e dettagliata relazione, che dà conto anzitutto delle ragioni per le quali la minore ha inteso non coinvolgere i genitori. L'articolo 12 della legge stabilisce che deve trattarsi di seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione dei genitori. La valutazione di questi seri motivi viene effettuata dall'assistente sociale e/o dallo psicologo, che, insieme naturalmente al medico ginecologo che attesta la fase della gravidanza, firmano la relazione tenendo conto della serietà dei motivi addotti dalla minore, alla luce soprattutto del pericolo per la salute fisica o psichica della stessa.

I filoni delle ragioni che le minori adducono per la mancata consultazione dei genitori sono prevalentemente due. Anzitutto, vi sono casi in cui le minori provengono da situazioni familiari socialmente emarginate, spesso di grande difficoltà economica e di arretratezza culturale, nelle quali il rapporto parentale è sfilacciato. La minore lamenta un timore di reazioni inconsulte da parte dei geni-

tori, con i quali non coltiva un buon rapporto. Si tratta delle situazioni più delicate perché spesso il momento di incontro tra la minore e il consultorio, sia pure per l'interruzione della gravidanza, diventa, anche dopo il colloquio con il giudice tutelare, un momento di sollecitazione da parte del giudice stesso rispetto ai servizi sociali di presa in carico dei problemi della minore. Talvolta la minore riferisce anche di violenze che subisce o teme di subire all'interno della famiglia, per un padre alcolista o violento o per una madre particolarmente distratta. In tali casi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria svolge in primo luogo la valutazione dell'opportunità che i genitori non siano ascoltati.

Il secondo filone di ragioni che le minori deducono per la mancata consultazione dei genitori forse potrebbe essere più difficilmente compreso, perché si tratta di ragazze che fanno parte di una fascia sociale più elevata, con condizioni economiche migliori e con genitori che magari sono professionisti. Le minori deducono una grandissima ed insuperabile difficoltà rispetto all'idea che l'annuncio della gravidanza e la decisione di interromperla possano diminuire la loro immagine al cospetto dei genitori. In questi casi, il consultorio indaga in maniera particolare sul punto cercando di capire quali sono le difficoltà della ragazza, la quale, talvolta, è molto giovane, davvero troppo per affrontare una esperienza così drammatica e dolorosa accompagnata solo dall'amica o dal fidanzatino o, come spesso avviene, completamente sola.

Il consultorio esprime il proprio parere del quale si assume tutta la responsabilità ed al quale il giudice tutelare si attiene, valutando se la preoccupazione psicologica della minore, in relazione alla possibilità di un deterioramento del rapporto con i genitori, possa esporla al rischio, qualora questi siano coinvolti, di scegliere invece la strada dell'aborto clandestino. Come ricorderete, sul punto venne sollevata una questione di costituzionalità in relazione alla mancata previsione nella legge dell'obbli-

gatoria convocazione dei genitori. La Corte costituzionale dichiarò la questione manifestamente infondata e ritenne che doveva prevalere l'interesse a scongiurare il pericolo del ricorso all'aborto clandestino.

Dopo questa prima valutazione, il consultorio passa a svolgere le considerazioni di merito sulla sussistenza delle ragioni per l'interruzione della gravidanza. Le relazioni che il consultorio ci trasmette danno conto del colloquio avvenuto con la minore e dell'aver spiegato alla minore quali sarebbero le possibili soluzioni o gli aiuti di cui potrebbe usufruire nel caso in cui intendesse portare avanti la gravidanza.

È certo che il problema principale, al di là delle ipotesi in cui vi siano problemi gravi e seri di disagio sociale, di tipo economico e di arretratezza culturale, è quello della immaturità psicologica della minore ad affrontare una gravidanza, che viene vissuta davvero come un imprevisto del tutto inaspettato e che denota, anche nelle situazioni in cui la minore viene da famiglie di livello culturale più elevato, una mancanza di rapporti all'interno della famiglia, una persistenza di tabù sul sesso e una disinformazione totale da parte della scuola sulle più elementari questioni legate alla vita sessuale.

Il giudice tutelare, ricevuta la relazione del consultorio ed analizzato il parere in essa contenuto, procede quindi a sentire la minore, che talvolta è accompagnata dal ragazzo o da uno dei genitori (ricordo che è sempre solo la madre, in quanto non si è mai visto un padre anche quando sia l'unico genitore); vengono così ripercorse le ragioni del mancato coinvolgimento dei genitori, che sono valutate con una particolare attenzione quanto più la minore è piccola. Talvolta, è accaduto che il giudice tutelare di Roma richiedesse al consultorio un ulteriore approfondimento sulle ragioni che hanno determinato la minore a non coinvolgere i genitori. Si procede quindi ad accertare se la scelta di interrompere la gravidanza sia volontaria (penso al caso delle clandestine) e se vi

siano in qualche modo condizionamenti non espressi. Spesso, quindi, si ascolta la minore senza la presenza dell'adulto che l'accompagna.

Dopo aver accertato la permanenza della volontà di interrompere la gravidanza e aver ripercorso la valutazione di merito svolta dal consultorio, il giudice autorizza la minore a decidere di interrompere la gravidanza. Naturalmente, la decisione è revocabile fino al momento in cui la minore si reca nella struttura autorizzata.

Ringrazio la Commissione per l'attenzione e resto a disposizione per eventuali domande in merito a chiarimenti circa il lavoro svolto dal nostro ufficio, che ho brevemente descritto.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Giammarco per la sua esposizione. Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei chiarire un punto. Mi è sembrato di capire che tutte le minori vengono con la relazione del consultorio. Non si presentano quindi spontaneamente?

CHIARA GIAMMARCO, Magistrato dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma. No, devono necessariamente passare per il consultorio.

PRESIDENTE. Basterebbe anche un medico curante, come il medico di base?

CHIARA GIAMMARCO, Magistrato dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma. La legge prevede che autorizzati siano il consultorio, le strutture sanitarie autorizzate, come gli ospedali, e il medico di fiducia. Devo dire che non ho mai visto una relazione del medico di fiducia; per lo più, le relazioni sono svolte dai consultori, strutture presso le quali si trova la figura dell'assistente sociale, oltre che del medico. A mio parere, nel caso dei minorenni, è necessario che si transiti per una struttura nella quale è prevista la figura, oltre che dell'assistente sociale, anche dello psicologo.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire.

FRANCESCA MARTINI. Ringrazio anzitutto la dottoressa Giammarco per l'esautiva relazione svolta. Da quanto illustrato emerge senza dubbio, oltre al ruolo strategico del consultorio e dei singoli operatori che prestano servizio al suo interno, l'importanza del colloquio con la minore, dal quale devono scaturire i parametri che permettono al giudice tutelare di prendere la sua decisione in piena coscienza e responsabilità. È davvero raccapricciante il dover interpretare l'opportunità della presenza dei genitori, che credo debbano essere a conoscenza di quanto avviene ai propri figli nel cento per cento dei casi. Ritengo che una persona debba infatti essere necessariamente in grado di affrontare difficoltà come queste quando diviene genitore e che il confronto possa far emergere se siano proprio i genitori a creare problemi ai figli e a fomentare il loro disagio.

Il giudice tutelare, quindi, non ha solo il compito di valutare i presupposti per dar corso all'interruzione di gravidanza, ma deve anche farsi carico di eventuali situazioni che dovessero emergere nell'ambito della famiglia, quali violenze, abusi e incapacità all'esercizio della potestà genitoriale ed occuparsi del recupero e dell'allontanamento del minore da una situazione così grave. Credo inoltre che il giudice tutelare, cui spetta la decisione finale, non debba trovarsi imbrigliato in una serie di situazioni che comportano poi solo aspetti burocratici, tenendo peraltro conto dei tempi (novanta giorni), che sono piuttosto stretti, e ritengo che la scelta volontaria da parte di un soggetto in età evolutiva come un minore debba essere valutata anche da parte di un neuropsichiatra infantile.

Ringrazio per aver avuto l'occasione di evidenziare questi aspetti davvero delicati, tanto più quando ci troviamo di fronte ad un soggetto in età evolutiva, per il quale quindi la responsabilità del giudice tutelare diventa molto più grande.

LUIGI GIACCO. Nel ringraziare la dottoressa Giammarco per la sua esposizione,

vorrei sottolineare due aspetti che mi sembrano molto importanti. Anzitutto, dalla relazione si rileva che la documentazione fornita dal consultorio è un punto di riferimento in base al quale poi il giudice tutelare esprime una serie di considerazioni anche rispetto alla procedura che prevede il colloquio con la presenza o meno dei genitori.

L'altra questione molto importante, che la dottoressa ha sottolineato, emersa anche in altre audizioni, attiene alla disinformazione circa tutti gli aspetti relativi alla vita sessuale. La sua esperienza, come giudice tutelare, può essere uno stimolo per il Parlamento, affinché in questo settore possa compiersi un'opera di prevenzione e si diffonda maggiormente una rete di informazioni riguardo agli anticoncezionali, in modo da evitare gravidanze non volute e contrastare il ricorso all'aborto.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Associandomi al ringraziamento dei colleghi per la chiara esposizione della dottoressa Giammarco, ritengo che la presenza degli operatori del consultorio possa essere opportuna anche di fronte al giudice e che, nel colloquio, sia indispensabile la presenza dello psicologo e dell'assistente sociale, in modo da attribuire maggiore rilevanza a questo colloquio, al di là della relazione scritta. I colleghi che mi hanno preceduto hanno fatto riferimento alla fase particolare in cui si trova il minore che, essendo in età evolutiva, manca di un completamento psicologico. Proprio per questo, ritengo che, in situazioni siffatte, la presenza dei genitori debba essere obbligatoria e non sia opportuno che il minore affronti un passaggio così importante nella sua vita senza di essi.

GRAZIA LABATE. Ringraziando la dottoressa Giammarco, rilevo che dalla sua relazione è emerso che, anche nei confronti delle minori, il ricorso alla legge n. 194 per l'interruzione della gravidanza non è passaggio semplice e a volte neanche indolore, a discapito di quanti, anche sugli organi di stampa nel nostro paese, hanno

teso a mostrare come l'applicazione di questa legge per le minori fosse molto facile, come se, una volta avuta la certificazione dei consultori, i tribunali dei minori concedessero l'autorizzazione *sic et simpliciter*, quasi si trattasse dell'espletamento di una qualsiasi procedura burocratica.

Dalla sua relazione evinco ciò di cui sono sempre stata convinta e cioè che, proprio nel caso della minore, questa legge ha cercato di conciliare due interessi apparentemente distanti, l'interesse di chi esercita la potestà e la volontà del minore stesso, chiamando una figura terza, in questo caso il giudice tutelare, a comporre o a conoscere quei conflitti che determinano una volontà da parte della minore in tal senso. La sua relazione ha messo in evidenza come il passaggio non sia così automatico e come vi sia la necessità di una relazione tecnica approfondita da parte del consultorio a cui la minore si rivolge.

Abbiamo appreso nel corso di questa indagine conoscitiva che esiste una grande difformità di comportamento; da quanto lei ha illustrato, si evince che le minori si rivolgono quasi esclusivamente al consultorio, mentre i dati emersi nel corso della nostra indagine dicono che, quando si ricorre all'interruzione volontaria di gravidanza, ci si può avvalere o del medico di famiglia o di strutture sanitarie specialistiche presenti sul territorio.

Mi è parso di capire dal suo intervento che, quando la relazione tecnica è convincente e corredata da ampi riscontri dell'assistente sociale e dello psicologo, il giudice tutelare compie una ulteriore verifica in presenza della minore per comprendere se le motivazioni riportate nella relazione tecnica corrispondano effettivamente al sentire e alla dinamica decisionale del minore. Questo mi rafforza nel giudizio che nel rapporto con la minore, anche da parte del giudice tutelare, si stabilisce una sorta di empatia nel cercare di capire se le ragioni addotte siano effettivamente quelle che inducono ad una decisione potenzialmente molto pesante.

Ciò mi rafforza l'idea che, nel nostro paese, viene sconfessata la falsa coscienza di un aborto facile e comunque ottenibile dalle strutture e senza procedure, anche nel caso delle minori.

Mi domando se, nella sua esperienza, ci si sia trovati di fronte a casi in cui il giudice tutelare abbia valutato in qualche modo che le motivazioni addotte e suffragate dalle relazioni tecniche implicassero una sorta di responsabilità nel prendere contatti con la famiglia di origine del minore, laddove si ravvisassero problematiche tali da rendere difficoltosa l'assunzione di una decisione senza informare la famiglia di origine del minore. È interessante capire se si siano verificate tali problematiche nel lavoro del giudice tutelare rispetto ai comportamenti della famiglia di origine.

Quando il giudice tutelare si è messo in contatto con il consultorio, si è compiuta una azione in più e i nostri servizi territoriali sono stati in grado di svolgere un'azione più efficace nei confronti della famiglia di origine, laddove le problematiche erano inerenti a rapporti conflittuali molto complessi, di disagio e pervasi da timori davvero molto profondi; si è così sollecitato l'interesse delle famiglie di origine del minore allo sviluppo e alla prospettiva futura dell'equilibrio della personalità di un soggetto che assume su di sé una decisione che, in entrambi i casi di gruppi di appartenenza sociale che la dottoressa Giammarco ha descritto, è sempre traumatica. Desidero quindi sapere se, nella sua esperienza, si siano avute evidenze nelle quali è stato opportuno riprendere i rapporti con il consultorio e con la famiglia di origine.

TIZIANA VALPIANA. Ringrazio anch'io la dottoressa Giammarco per la relazione particolarmente seria e approfondita e, nel contempo, vorrei scusarmi per la scarsa presenza soprattutto di coloro che hanno voluto a tutti i costi questa indagine conoscitiva e l'hanno votata a gran voce, salvo poi non essere presenti nel momento in cui le audizioni si svolgono.

PRESIDENTE. I richiedenti sono presenti.

TIZIANA VALPIANA. I richiedenti non sono i votanti; io ho parlato dei votanti, signor presidente.

Detto ciò, vorrei ringraziarla in particolare perché, avendo lavorato in consultori familiari negli anni in cui l'interruzione di gravidanza non era legalizzata e avendo avuto la sventura di accompagnare ad aborti clandestini numerose minorenni, mi rendo conto di quanto queste due leggi insieme, la n. 194 e la n. 405, abbiano fatto fare un passo avanti non solo alla civiltà giuridica di questo paese, ma alla vita e alla possibilità di vita dignitosa per le persone, soprattutto le ragazze.

Vorrei conoscere la sua opinione in merito all'opportunità che, nell'ambito del consultorio, ci siano figure professionali particolari che potrebbero migliorare il lavoro a contatto con i soggetti minorenni. A differenza di quanto lei ha detto quando ha ricordato che non vi è mai capitato di avere relazioni redatte dai medici di famiglia o dai pediatri delle minori, l'Istituto superiore di sanità, nel corso dell'audizione presso la nostra Commissione, ci ha riferito che solo il 25 per cento delle donne che ricorrono all'interruzione di gravidanza è passato per i consultori. Di fatto, quindi, il 75 per cento delle donne si rivolge ai medici di famiglia, i quali — vorrei ricordarlo — non hanno trovato il tempo di venire a questa audizione.

PRESIDENTE. Si vede che non è argomento che interessa.

TIZIANA VALPIANA. Mi premeva sottolinearlo, presidente. Dicevo che la dottoressa Giammarco può darci qualche suggerimento in merito a figure con preparazioni specifiche necessarie, che la nostra Commissione potrà tener presente nell'ambito della convenzione con i medici di famiglia e i pediatri di base.

Per quanto riguarda il rapporto con la famiglia, data la mia esperienza, ritengo che spesso, quando una minorenne rimane

incinta e alla base ci sono carenze familiari, non debba obbligatoriamente essere coinvolta la famiglia se la ragazza non se la sente o non ha fiducia nei propri genitori o, a maggior ragione, se sia vittima di abusi all'interno del nucleo familiare.

La Commissione bicamerale per l'infanzia, di cui faccio parte insieme a molti dei colleghi qui presenti, ha pensato, al fine di risolvere questo tipo di problematiche e giungere ad una tutela dei diritti del minore, alla figura del garante per l'infanzia. Vorrei sapere quale sia l'opinione della dottoressa Giammarco al riguardo e che specificità ritenga che tale figura debba avere svolgendo il proprio ruolo in un momento così drammatico come l'interruzione di una gravidanza.

ANNA MARIA LEONE. Vorrei chiedere alla dottoressa Giammarco se si sia mai verificato che il giudice tutelare diventi promotore del collegamento con la famiglia del minore. Ritengo che la carenza di rapporti familiari sia un problema aperto e che non ci si possa rassegnare al mancato coinvolgimento dei genitori, pur tenendo presente che l'alternativa è quella dell'aborto clandestino. Mi domando quindi se sia proprio esclusa a priori la possibilità di un coinvolgimento della famiglia, che potrebbe invece implicare la presa in carico di una situazione di disagio che va necessariamente rimossa. Mi chiedo se si possa fare qualcosa di più, invece di accontentarsi dell'assenza di rapporti all'interno della famiglia di origine del minore.

PRESIDENTE. Do nuovamente la parola alla dottoressa Giammarco per le risposte ai quesiti posti.

CHIARA GIAMMARCO, *Magistrato dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma*. Spero di aver preso appunti diligentemente. Per rispondere all'onorevole Martini, la quale aveva posto il problema, sollevato anche da altre colleghe, dell'obbligatorietà dell'audizione dei genitori, colgo l'occasione per rispondere

anche all'onorevole Leone e all'onorevole Lucchese. Come ho già detto, la questione ebbe rilievi di costituzionalità e la valutazione che espresse all'epoca la Corte costituzionale è quella della non obbligatorietà della presenza dei genitori ed è la stessa che viene effettuata dagli psicologi, dagli assistenti sociali e dal giudice tutelare, insieme alla minore.

Detto questo, ciò non vuol dire che il giudice diventi una sorta di « passacarte », che ratifichi la relazione. Su questi aspetti il giudice tutelare, che opera con una procedura snella, informale, di volontaria giurisdizione, che talvolta non viene nemmeno formalizzata, può risentire — e ciò è accaduto — i servizi sociali o il consultorio per approfondire ulteriori aspetti.

Laddove il giudice tutelare verifichi che non vi siano motivi di contrasto evidenti nell'ambito familiare, quando sembrano quasi incomprensibili le preoccupazioni della minore, che evidentemente può sottovalutare la drammaticità del passo che sta per compiere, quando il giudice percepisce, sul piatto della bilancia, l'esistenza di situazioni in cui i genitori sarebbero in grado di aiutare e capire mentre la minore percepisce in negativo la capacità di comprensione dei genitori, il giudice tutelare stesso fa un tentativo, chiede una nuova valutazione e un nuovo colloquio con il consultorio proprio sul mancato coinvolgimento dei genitori della minore, invitandola a coinvolgere almeno uno dei genitori. Talvolta queste minori non tornano più, il che vuol dire che il coinvolgimento c'è stato. Talvolta la minore ritorna con la madre e già questo è un buon risultato. Non esiste un ruolo di ratifica pura da parte del giudice tutelare, ma la prassi prevede un colloquio che spesso richiede ulteriori valutazioni ed approfondimenti. La legge comunque non prevede l'obbligatoria presenza dello psicologo nei consultori.

Le nostre relazioni, almeno per l'esperienza di Roma, sono quasi sempre firmate da un medico ginecologo che attesta la gravidanza, dall'assistente sociale o dallo psicologo, che danno conto del col-

loquio intervenuto con la minore. Tuttavia, in astratto, la minore potrebbe semplicemente andare dal proprio medico di fiducia o potrebbe avere soltanto il colloquio con il ginecologo; trovo che su questo punto — anche per rispondere all'onorevole Leone — sarebbe auspicabile un miglioramento della procedura, prevedendo, nel caso di minori, il colloquio obbligatorio con lo psicologo, oltre che con l'assistente sociale e con il medico. Ritengo infatti che questo profilo, nel caso delle minorenni, debba essere particolarmente curato.

Per rispondere alle domande dell'onorevole Martini, che parlava della necessità di questa figura professionale, credo che sarebbe sufficiente prevedere uno psicologo piuttosto che uno psichiatra. Per quel che riguarda i tempi, voglio ricordare che nell'organizzazione relativa al Tribunale di Roma la minore deve necessariamente recarsi prima al consultorio e poi, con la relazione, al tribunale, dove c'è sempre un giudice tutelare di turno. Si svolge quindi il colloquio, all'esito del quale, se non vi sono ulteriori approfondimenti, il giudice tutelare, che redigerà un breve verbale del colloquio avuto con la minore, l'autorizzerà a decidere per l'interruzione della gravidanza.

L'onorevole Lucchese ipotizzava l'obbligatorietà della presenza dello psicologo anche di fronte al giudice, oltre all'obbligatorietà della presenza dei genitori, sulla quale ho già risposto. Forse basterebbe che lo psicologo prestasse obbligatoriamente la sua consulenza all'interno del consultorio.

Per rispondere all'onorevole Labate, che sottolineava la funzione del giudice tutelare in relazione al miglioramento dei rapporti con la famiglia di origine, vorrei dire che il giudice tutelare è una figura particolare. Prima ho fatto una battuta, definendo il giudice tutelare « questo sconosciuto », perché spesso si confonde tale figura con il tribunale dei minorenni. Il giudice tutelare è una funzione specializzata del tribunale ordinario, che gestisce una serie di situazioni, relative agli inca-

paci, agli interdetti, agli inabilitati, alle persone soggette ad amministrazione di sostegno e ai minori. In questa sua funzione, il giudice tutelare, per legge, ha la possibilità di richiedere informazioni, di disporre istruttorie, utilizzando tutti i servizi sociali e la polizia giudiziaria. È una sorta di « antenna » che, laddove intuisca la presenza di situazioni di disagio familiare gravi, ha gli strumenti per segnalare queste problematiche al servizio sociale territorialmente competente, il quale ha l'obbligo giuridico di intervenire. Ciò di fatto avviene e si tratta dei casi, a cui ho fatto cenno prima, in cui ci sono profili di emarginazione molto forti.

Il giudice tutelare non può certo segnalare tutti i casi in cui vi sia mancanza di colloquio tra adolescenti e genitori — potrei dire che si tratta di una fase ricorrente nella vita di tutti gli adolescenti di tutte le classi sociali ed economiche, — ma la sua funzione è quella di integrare la volontà mancante dei genitori e quindi la sua è una responsabilità di tipo genitoriale.

L'onorevole Valpiana ha chiesto l'indicazione di figure professionali che possano, nell'ambito di questo procedimento, migliorare la situazione o fornire ulteriori garanzie alle minori. Richiamo, a parer mio, l'obbligatoria presenza dello psicologo all'interno del consultorio. Certo, la figura del garante per l'infanzia può essere utile, anche se al momento non esiste. Sono però convinta che il corretto potenziamento delle strutture socio-sanitarie previste dalla legge sarebbe già sufficiente a dare maggiori garanzie.

Nella mia esperienza di giudice tutelare vedo delle esperienze bellissime. Ci sono situazioni di assistenza ai minori, ma anche altre situazioni, nelle quali i servizi e le strutture funzionano bene, riuscendo ad operare molto positivamente per chi ne ha bisogno. Certo, esistono anche realtà che non funzionano, dovute alla carenza di personale e alla mancanza di strutture adeguate. Credo quindi che sarebbe sufficiente potenziare ciò che già esiste.

All'onorevole Leone, che sottolineava la possibile promozione da parte del giudice tutelare del rapporto del minore con la famiglia, credo di aver già risposto.

PRESIDENTE. Devo ringraziare per la chiarezza e la completezza del quadro la dottoressa Giammarco, che ci ha fornito delucidazioni su una figura a noi non molto chiara, quale quella del giudice tutelare; molti di noi fanno confusione al riguardo.

CHIARA GIAMMARCO, Magistrato dell'ufficio del giudice tutelare presso il Tribunale di Roma. La realtà è che il giudice tutelare è specializzato soltanto nei grossi centri, in città come Milano, Roma e Napoli, mentre nelle città più piccole è un giudice che si occupa di altre materie e che al tempo stesso affronta anche questi aspetti.

PRESIDENTE. La ringraziamo nuovamente, anche per il suo suggerimento relativo alla presenza obbligatoria dello psicologo all'interno del consultorio, per sostenere la componente psicologica della minore, che va considerata e tutelata.

Dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche.

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 della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche.

È presente la dottoressa Maria Antonietta Bianco, presidente della Federazione, alla quale faccio osservare che ci interessa in particolare conoscere l'importanza eventuale della figura dell'ostetrica

nell'ambito di applicazione di questa legge. Do quindi la parola alla dottoressa Bianco.

MARIA ANTONIETTA BIANCO, *Presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche*. Ringrazio il presidente e gli onorevoli colleghi per l'invito rivoltomi. Vorrei innanzitutto far presente che il mio intervento in Commissione sarà seguito dall'invio di una memoria scritta.

Quando la Camera dei deputati ha deliberato questa indagine, tale decisione ha destato notevoli preoccupazioni all'interno nella nostra professione, sia perché ci si trova a fine legislatura, sia perché secondo noi la legge n. 194 del 1978 va assolutamente mantenuta, senza ombra di dubbio, visti anche i contenuti delle relazioni del Ministero della salute e del Ministero della giustizia. La nostra prima ansia era dovuta alle motivazioni legate all'indagine conoscitiva, motivazioni che poi sono state chiarite.

Abbiamo già evidenziato più volte, nell'ambito del progetto obiettivo materno-infantile, che per quel che riguarda l'organico dei consultori, non abbiamo un consultorio ogni ventimila abitanti, ma ne abbiamo 0,7 ogni ventimila abitanti e che l'organico del consultorio, per quel che riguarda la nostra professione, è incongruo rispetto alla domanda di salute delle donne. La legge relativa ai consultori familiari, la n. 405 del 1975, prevede agli articoli 1 e 2 questa presenza, che andrebbe potenziata. Voi, onorevoli, sapete meglio di me che queste disposizioni possono essere più o meno applicate, ma per la nostra professione vanno sicuramente potenziate, poiché la funzione del consultorio non consiste soltanto nell'interruzione volontaria di gravidanza, ma vanta anche degli aspetti positivi, previsti proprio dalla stessa legge, relativi alla tutela della salute della donna in gravidanza. Purtroppo questo aspetto è stato oscurato nei confronti dell'opinione pubblica, mentre si è posto l'accento esclusivamente sulla parte relativa all'interruzione della gravidanza. Spesso si rivolgono al consultorio per chiedere l'interruzione della gra-

vidanza le donne italiane, le extracomunitarie, ma molte ancora ricorrono all'ospedale o al medico di fiducia.

L'altra nostra osservazione riguarda l'obiezione di coscienza, perché mantenere la normativa esistente non vuol dire certo l'abbandono della donna da parte dell'ostetrica nella fase di interruzione della gravidanza. L'obiezione infatti tende ad evitare per l'operatore obiettore soltanto le procedure dirette all'interruzione della gravidanza stessa.

Inoltre, la legge prevede la presenza di figure di volontari, ma — e non vorrei sembrare polemica — un professionista sanitario serio sa ciò che deve fare e deve quindi essere lui a valutare la necessità della partecipazione di soggetti esterni. La legge prevede questa presenza, ma secondo me va meglio chiarito il ruolo delle associazioni.

Come possiamo evitare il ricorso all'aborto? Nessuno di noi lo vuole e la legge di cui parliamo non riguarda solo l'aborto. Si dovrebbero potenziare tutte quelle situazioni che lo impediscano: l'educazione sessuale e sanitaria nelle scuole, il consultorio per i giovani, il discorso sul ruolo del consultorio, l'educazione degli stranieri, un'attenzione forte sul problema dell'abbandono, perché è vero che abortire non è bello, ma non lo è nemmeno lasciare bambini nei cassonetti dei rifiuti.

Un aspetto particolare riguarda gli extracomunitari, poiché esiste una sorta di « sottobosco », legato a vicende che coinvolgono la salute delle donne, che spesso giungono in ospedale in una condizione sanitaria grave, per cui dovremmo prevedere strumenti specifici per aiutarle maggiormente.

Non esiste una politica per la famiglia o per la donna che lavora, non esiste una politica per gli asili nido, non esiste la detrazione fiscale per le *baby sitter*. Spesso la donna ha poca disponibilità economica o comunque, anche se lavora, non può permettersi il lusso di mandare i propri figli al nido.

Occorre puntare molto sulla formazione del personale che opera all'interno

del consultorio, perché si tratta di una *équipe* che lavora intorno alla persona e alla famiglia. Gli operatori all'interno del consultorio devono aiutare senza interferire, tenendo conto dell'evoluzione sociale che accompagna la nostra società. Se ripercorriamo la storia dei consultori in Italia, notiamo che agli inizi il personale era dotato di una grande professionalità ed umanità, qualità che dovrebbero caratterizzare anche gli operatori di oggi, che vanno costantemente aggiornati a livello nazionale. Personalmente ho seguito un corso di due anni per operatore di consultorio, nonostante sia un'ostetrica ospedaliera, perché volevo capire come comportarmi all'interno di quella struttura.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Bianco per la sua presenza e per le sue valutazioni, prima tra tutte quella sull'attuazione del progetto obiettivo materno-infantile e sulla presenza dei consultori in rete.

Altri aspetti interessanti da lei sottolineati sono la mancata conoscenza della legge sull'abbandono e l'importanza della formazione del personale assegnato ai consultori, perché i corsi esistenti sono sempre di meno, mentre personalmente li ritengo fondamentali. Il personale nei consultori va costantemente aggiornato, anche dal punto di vista sociale. Bisogna quindi agire a livello regionale per formare il personale di consultorio.

Do ora la parola ai colleghi che intendano formulare quesiti.

FRANCESCA MARTINI. Ringrazio la dottoressa Bianco per la sua relazione. Sono l'unico parlamentare che in questa legislatura si è occupato di consultori; ho presentato una proposta di legge, perché condivido l'idea che il consultorio, in questi ultimi anni, sia stato sullo sfondo delle politiche per la famiglia e per la maternità. Ritengo quindi strategico rilanciare il ruolo dei consultori e di tutte le figure all'interno di questa struttura.

Ovviamente, essendo stata uno dei promotori di questa iniziativa, assieme alla

collega Leone e ad altri, non ho avvertito il problema di una legge a rischio, perché questa indagine conoscitiva è stata promossa con la coscienza libera, con l'unico scopo di conoscere la realtà concreta e di capire in che modo il consultorio operi.

Per quanto riguarda la mia realtà, la città di Verona, abbiamo un'esperienza che coinvolge le associazioni di volontariato tramite delle convenzioni e tali strumenti hanno dato buoni frutti, soprattutto per la presa in carico della donna in difficoltà, che spesso è sola. Mi sembrano gratuite le affermazioni un po' politicizzate fatte dalla signora sulle detrazioni per le *baby sitter*, poiché noi abbiamo stanziato un fondo di 300 milioni di euro per gli asili nido, primo finanziamento diretto dello Stato alle regioni dopo venticinque anni. Non voglio fare politica né polemica, perché siamo qui per conoscere e collaborare.

TIZIANA VALPIANA. Siamo in Parlamento: possiamo fare politica.

FRANCESCA MARTINI. Non la voglio fare con la signora. La faccio con te ogni giorno, con un incontro sul piano umano e con uno scontro molto forte sul piano politico. In questo senso mi sembra importante rilevare che il ruolo dell'ostetrica è fondamentale (lo può dire il nostro presidente, che è ginecologo da molti anni) perché riesce ad entrare in contatto intimo con la donna, essendo tutte le ostetriche praticamente donne.

Posso affermare la condivisione di un ruolo sempre più forte del consultorio, accompagnato però da un lavoro di rete, che metta i medici di famiglia in contatto con il consultorio e con tutte le strutture che si occupino di donne in difficoltà.

Nella mia proposta ho specificato che il consultorio deve intervenire subito dopo la nascita dei bambini, perché uno dei modi per contrastare l'aborto è proprio quello di rassicurare ed accogliere la donna, facendole comprendere che, al di là dell'aborto, il bambino potrà trovare una vita serena in un'altra famiglia.

GRAZIA LABATE. Ringrazio sentitamente la dottoressa Bianco, perché mi ha confortato in un'idea che, al di là di ciò che diceva ora la collega Martini, aveva animato la stesura del progetto materno-infantile del 1998. Torniamo sempre lì; quel progetto aveva previsto la messa in rete di tutte le figure di primo livello, con i servizi territoriali. Quel progetto parlava del potenziamento della rete consultoriale, nelle figure del giudice tutelare, dello psicologo e dell'ostetrica, nella consapevolezza che la legge n. 194 non riguarda soltanto l'interruzione volontaria della gravidanza, ma anche la tutela sociale della maternità. Le sue affermazioni hanno sempre di più rafforzato — qui differisco dall'opinione della collega Martini, ma non me ne deve volere, non c'è una contrapposizione politica — la mia irritazione sostanziale verso un'indagine conoscitiva di fine legislatura, quando nulla è stato fatto in cinque anni. È vero, collega Martini, che abbiamo previsto dei fondi per potenziare le strutture dei nidi, ma se facessimo una indagine conoscitiva sulla situazione degli asili nido in Italia scopriremmo che abbiamo risposto ad una piccolissima parte delle richieste. Per carità, è importante cominciare, ma credo che la dottoressa Bianco facesse riferimento ad una globale politica di sostegno alla famiglia, che in questo paese manca.

FRANCESCA MARTINI. Non c'è mai stata in questo paese !

GRAZIA LABATE. Onorevole Martini, in questo paese non c'è mai stata una riforma dell'assistenza; potrei citare la riforma Turco, ma non è questo che ci deve gratificare. Dobbiamo prestare attenzione al fatto che se vogliamo riconoscere nella maternità un valore sociale da promuovere, abbiamo grandi responsabilità nel non aver proposto una politica a tutto campo per la famiglia e nel non aver seguito la strada giusta, pur avendo un progetto obiettivo condiviso da tutte le regioni italiane. Il presidente Palumbo ha richiamato uno specifico capitolo del pro-

getto obiettivo materno-infantile, dedicato alla formazione degli operatori.

Il problema non è la revisione delle leggi, né obbligare il volontariato a prestare la propria opera nelle strutture, ma l'attuazione completa delle leggi che già esistono, con programmi che mettano in rete tutte le strutture figure professionali esistenti, attraverso la formazione costante e continua. Penso che usciremo sconfitti da questa legislatura, avendo avuto cinque anni a disposizione e non avendo mai fatto nulla per realizzare i progetti materno-infantili. Cito per ultimo il piano per la prevenzione, presentato dal ministro della salute, dove nulla è detto sulla prevenzione dell'aborto, né tantomeno sulle primarie strutture di prevenzione, che sono i consultori familiari. Mi auguro che i futuri legislatori sapranno attuare meglio di noi le leggi già esistenti.

ANNA MARIA LEONE. Sta emergendo, dottoressa Bianco, che l'aborto è un dramma. Sta emergendo che esistono delle carenze in materia di prevenzione. Questo è il motivo per cui ho condiviso l'iniziativa di dar vita a questa indagine conoscitiva. Evitando lo scontro, le polemiche e l'ideologia fine a se stessa, dobbiamo cercare di capire, denunciando la mancanza di una politica complessiva.

Sono state compiute scelte importanti, comunque settoriali. Una cornice complessiva di autentico aiuto alla famiglia, perché la maternità sia un valore sociale, evidentemente ancora non c'è, e questa mancanza non è da addebitare all'attuale Governo, ma ad una lunga serie di governi, che hanno fatto ciò che hanno potuto.

Il primo obiettivo è quello di potenziare tutti i servizi territoriali, atti ad aiutare la donna a scegliere in maniera libera se proseguire o meno una gravidanza. La prevenzione sembra essere soltanto di un tipo: l'educazione sessuale. Secondo me bisogna agire a monte. Deve esserci un momento in cui sia possibile prevenire l'aborto. In questo caso, all'interno della rete dei servizi sia pubblici che privati, ma anche legati al volontariato — che secondo

me sono altamente professionali e capaci di dare il supporto necessario — occorre prevedere molteplici strumenti per consentire alla donna diverse scelte.

Come ho già detto, secondo me la donna ha di fronte diverse possibilità, ma sul territorio mancano le strutture adeguate, carenza che va denunciata. Occorre però il potenziamento di una politica di autentico supporto e di aiuto alle famiglie. In uno dei miei interventi all'inizio dell'indagine, mi chiedevo perché molte volte nei bilanci regionali o nazionali la voce relativa al « sociale » (nella fattispecie mi riferisco alla parola « consultorio ») sia una sorta di parente povero. Forse perché — lo dico in maniera provocatoria — al di là delle mancanze che possiamo avere avuto nelle scelte politiche fatte, i consultori nel tempo sono andati via via nel dimenticatoio, nella non funzionalità totale e nel razionalizzare le spese è più facile colpire quei servizi che si ritengono meno utili. Questo è un motivo in più per arrivare, al termine di questa indagine, i cui risultati verranno consegnati dalla mia parte politica a chi governerà, a rilanciare degli strumenti che già esistono e che potranno assumere un ruolo rilevante se saranno in grado di funzionare in maniera efficiente.

LUIGI GIACCO. Anch'io ringrazio la dottoressa Bianco per il suo intervento. Mi permetta, presidente, di esprimere due brevissime considerazioni, prima di entrare nel merito. Collega Leone, questo Governo ha tagliato per due anni consecutivi il 50 per cento del fondo per le politiche sociali.

FRANCESCA MARTINI. Non è vero, guardati i dati !

LUIGI GIACCO. Alla collega Martini vorrei ricordare invece che nella precedente legislatura (non perché sia stato relatore) è stata approvata la legge per infanzia e l'adolescenza, che all'articolo 4 attribuisce ai consultori il riconoscimento

di una funzione importante, con lo stanziamento di 1.300 miliardi di contributi annui.

Chiudo la parentesi e, rientrando nel merito dell'intervento, vorrei partire dal progetto materno-infantile. Intanto colgo positivamente il vostro parere su come la legge n. 194 non debba essere toccata.

Il consultorio deve essere riletto e visto, non come spesso accade, come un servizio di certificazione all'aborto, ma come un servizio che ha contenuti positivi, teso alla tutela della salute sessuale e della vita. Penso che occorra quindi una cultura tesa a rivedere questi aspetti. Se si crede allora in questo servizio, occorre rafforzarlo attraverso l'accrescimento di quelle figure professionali (lo psicologo, l'assistente sociale o l'ostetrica) cui deve essere assicurata una continua formazione, tale da consentire loro di rispondere alle esigenze quotidiane.

Un ultimo aspetto è quello dell'esistenza in Italia della normativa che consente di abbandonare nell'anonimato il bambino che nasce. Dato che questo fenomeno riguarda soprattutto le persone extracomunitarie, si rende necessario metterle a conoscenza di quella normativa attraverso la figura dei mediatori culturali.

Da questo punto di vista, proprio perché non ho il paraocchi, riconosco l'azione che il Ministero per le pari opportunità sta svolgendo con il lancio di una campagna, anche a seguito di interrogazioni parlamentari presentate dal sottoscritto, su questo tema specifico, quello cioè — lo ripeto — della possibilità esistente in Italia dell'abbandono in anonimato, senza dover fare ricorso al cassetto o ad altro tipo di soluzione.

PRESIDENTE. Prima di proseguire con gli interventi di altri colleghi vorrei sottolineare un punto molto importante, che nessuno ha rilevato, dell'intervento della dottoressa Bianco, a proposito di ciò che potrebbero fare i cosiddetti obiettori nell'applicazione della legge (discorso importante per l'attività anche del consultorio) e, con riferimento a quanto diceva da ultimo

l'onorevole Giacco, della loro funzione di aiuto nella conoscenza circa l'applicazione della legge n. 194, partendo sempre dal presupposto che essa concerne le norme per la tutela della gravidanza: dunque anche gli obiettori, se preparati in modo corretto — come rilevava la dottoressa Bianco —, possono essere coinvolti nell'applicazione della legge.

TIZIANA VALPIANA. Vorrei ringraziare in particolar modo la dottoressa Bianco per quello che ha detto soprattutto sul ruolo dell'ostetrica che — credo vada sottolineato sempre — è quella figura che, fin dalla notte dei tempi, è stata vicina alla donna nei momenti di gioia e di dolore che accompagnano spesso la vita travagliata di molte nel loro accesso alla maternità, voluta, accettata o negata. Ritengo che quello dell'ostetrica sia fondamentale proprio come ruolo in sé, per il fatto di stare accanto alla donna e dividerne gioie e dolori.

Da questo punto di vista mi trovo spiazzata e mi dispiace che la collega Leone non sia in questo momento presente, perché intendo riprendere un punto del suo intervento, che riguarda un passaggio da me ritrovato anche nella relazione del ministro Storace e che mi sconvolge sempre. Mi sembra infatti che in alcuni interventi si confonda la prevenzione con la dissuasione: non penso che, nel caso di una donna che si ritrovi incinta contro la propria scelta, che chieda di interrompere la gravidanza e che poi receda da questa scelta, si possa parlare di prevenzione; si potrebbe parlare di cambio di idea, oppure di una donna che ha trovato — e credo che questo possa fare piacere a tutti — nuove motivazioni e possibilità per proseguire la gravidanza. Credo, però, che la vera prevenzione consista nel fare in modo che nessuna gravidanza non scelta abbia origine e che, ancora di più, ogni donna possa scegliere liberamente le gravidanze che desidera.

Nel nostro paese il problema reale più grande è proprio questo: nascono meno

bambini di quelli che sono desiderati dalle donne che vorrebbero averli, perché mancano le condizioni materiali e organizzative di vita che lo consentano. La figura dell'ostetrica è fondamentale anche nel sostenere le donne nel loro desiderio di maternità e nel porre in evidenza alla società e al Parlamento le carenze che impediscono alle donne stesse di scegliere la loro via e la loro vita verso la maternità.

È importante non solo la struttura del consultorio, ma anche, e soprattutto, il fatto che le donne sappiano quali competenze e realtà professionali possono trovare nel consultorio stesso e che, qualora scelgano e desiderino una gravidanza, non siano sole, ma circondate da un supporto di operatori e operatrici professionalmente preparati che potranno sostenerle nella loro scelta.

Un altro aspetto importante — e da questo punto di vista l'esperienza delle ostetriche ci potrebbe venire incontro — è quello del sostegno alla donna durante e dopo la gravidanza: la figura dell'ostetrica nell'assistenza domiciliare durante il puerperio e nei primi mesi di vita del bambino potrebbe essere un ruolo da implementare, che invece le regioni, a partire dalla mia, stanno sempre più riducendo per mancanza di fondi e di volontà politica, due aspetti molto legati fra loro.

Vorrei esprimere un'ultima osservazione, riguardo ad un caso capitato poco tempo fa relativamente alla legge sull'abbandono volontario di neonato da madre che non vuole essere nominata. È una legge che andrebbe, a mio avviso, modificata perché considera i casi marginali e di donne di un certo tipo. Ho avuto a che fare, ad esempio, con una professionista che non ha potuto non denunciare al proprio datore di lavoro la gravidanza, poiché ha dovuto, dopo aver abbandonato il bambino, restare assente dal lavoro e quindi di fatto denunciare che una gravidanza e un parto vi erano stati e che poi non aveva potuto tenere il bambino. Una norma, che è stata prevista per tutelare la donna, e quindi la sua astensione dal lavoro nel dopo parto, si ritorce, come in

questo caso, contro la donna che vorrebbe mantenere l'anonimato: per questo motivo dovremmo modificare tale aspetto.

PRESIDENTE. È obbligata a dichiararlo.

TIZIANA VALPIANA. È obbligata a dichiararlo anche se ha abbandonato il bambino e questo toglie completamente l'anonimato.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Non posso esimermi dall'apprezzare il ruolo delle ostetriche svolto sia nel passato che nel presente; non per niente — lo voglio ricordare — l'ostetrica ha sempre rappresentato in ogni piccolo comune, insieme al parroco, al farmacista, al medico, un punto di riferimento importante.

PRESIDENTE. Al maresciallo !

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Al maresciallo dove è presente; in alcuni casi non c'è !

Detto questo, non vorrei aprire la parentesi chiusa dall'onorevole Giacco, che ha citato interventi svolti dai passati governi sui consultori: se così fosse stato non saremmo qui a discutere sul fatto che i consultori non funzionano. Delle due l'una: o gli interventi vi sono stati in senso positivo (sembrerebbe non essere così), oppure non sono stati adeguati. Non mi pare che vi sia stato un momento d'oro nei precedenti cinque anni e un momento buio in questi ultimi cinque; mi sembra invece che nelle varie audizioni sia emerso che è mancata un'attenzione verso i consultori, perlomeno negli ultimi quindici anni. Non è un fatto recente e quindi non dobbiamo aprire e chiudere parentesi su questo argomento, bensì prendere veramente coscienza di ciò che questa audizione sta dimostrando, e cioè che vi era bisogno di conoscere il funzionamento dei consultori dal punto di vista della vera prevenzione e che stiamo affrontandone la problematica con serietà e tranquillità.

Come diceva l'onorevole Leone, nella prossima legislatura occorrerà fare tesoro di tutte le informazioni acquisite nel corso dell'indagine conoscitiva.

PRESIDENTE. Do nuovamente la parola alla dottoressa Bianco per la replica.

MARIA ANTONIETTA BIANCO, *Presidente della Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche*. Vorrei chiarire alcuni punti posti in evidenza dagli onorevoli intervenuti. Per quanto riguarda l'argomento delle *baby sitter* e della legge finanziaria, occorre ricordare come, in una riunione avutasi nello scorso dicembre, a proposito di un'indagine conoscitiva svolta presso il Ministero per le pari opportunità insieme all'ISTAT, sia stata evidenziata dalla segreteria dello stesso Ministero l'enorme difficoltà incontrata ad introdurre nella legge finanziaria le norme sulla detrazione fiscale per le mamme che usufruiscono di una *baby sitter*. È ormai evidente a tutti come il ricorso all'*una tantum* sia pressoché restrittivo, in quanto un figlio è per tutta la vita !

Vorrei dire all'onorevole Leone che mi preoccupa quando usa la parola « male ». Sono un'ostetrica « obiettrice » — le sembrerà paradossale questo —, però la legge prevede la tutela della gravidanza e anche la prevenzione dell'interruzione di gravidanza in tutti modi consentiti (quindi dalla politica della famiglia all'educazione sessuale e altro ancora): tutti gli strumenti che ho a disposizione li devo mettere in pratica. Quando una donna arriva ad esprimere un proprio disagio manifestando l'intenzione di interrompere una gravidanza, dovremmo cercare in tutti i modi di capirne le motivazioni, di aiutarla a ragionare, non di dissuaderla con un preconcetto né di imporglielo, visto che, tanto, quando la donna ha deciso ormai ha deciso ! Molti bambini sono stati salvati dal personale obiettore del consultorio, come anche da quello non obiettore perché vi è stata una giusta congiunzione di aiuto, di saper fare *counselling* e di

mettersi in relazione con la persona. Perché diciamo di sì alla legge? Perché vogliamo che entrambe vengano applicate: gli articoli 1 e 2 della legge n. 405 e gli articoli 1 e 2 della legge n. 194.

Ciò che desta un po' di scalpore è il fatto che nell'indagine conoscitiva del Ministero della salute non sia evidenziato il numero di distretti, con quanto personale tali distretti operino e che mole di lavoro abbiano. Se ho, infatti, un'ostetrica per tre distretti o per tre consultori che gira come una cicogna, è chiaro che non potrò fare prevenzione generale. A tale proposito, ricordo che il consultorio non riguarda solo la prevenzione prevista dalla legge n. 194, ma è prevenzione e luogo di salute, è l'unico posto dove il sanitario e il sociale convivono, lavorano: eliminare l'uno o l'altro aspetto, il sanitario o il sociale, cioè fare in modo che diventi o tutto sociale o tutto sanitario, comporterebbe un indebolimento della società.

Effettivamente, il problema dell'abbandono non riguarda solo le extracomunitarie, per le quali stiamo facendo dei lavori di traduzione negli ospedali (grazie anche alla disponibilità offerta dal ministro Prestigiacomo) per fornire l'informazione in tutte le lingue, ma spesso riguarda anche le persone italiane e in questo ha ragione l'onorevole Valpiana: dove sono la *privacy* e l'anonimato se la donna, che non ha più la tutela dei mesi successivi al puerperio, deve dire chi è e che cosa ha fatto? Viene meno tutto!

Anche se non è un discorso di classe professionale, il nostro è un ruolo fondamentale, perché accompagniamo la donna in tutta la sua vita (dalla bambina all'anziana) attraverso le confidenze, l'aiuto, il *counselling*, l'accompagnamento: è un bellissimo lavoro, una bella professione che ci consente di far emergere le potenzialità delle donne e poterla svolgere è una grazia di Dio. Abbiamo però bisogno del potenziamento delle leggi: se in una sede è prevista un'ostetrica fissa che invece non c'è, è inutile venire a partecipare a dieci audizioni quando poi il direttore generale della mia ASL non ha i soldi per assumere

più ostetriche; lo stesso vale per il puerperio domiciliare o per i reparti di ostetricia, argomenti per cui ci siamo già incontrati in questa sede in relazione ad altre leggi.

Ringrazio per l'audizione; sicuramente l'indagine sarà un utile documento per noi professionisti e per la futura legislatura: nulla di ciò che è stato fatto va mai buttato, va solo potenziato!

PRESIDENTE. Vorrei dire che, al di là delle vicende politiche, sui principi siamo tutti d'accordo: sono quelli e non si possono negare.

Ringrazio ancora la dottoressa Bianco per l'intervento e dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione per la tutela della salute femminile – Vita di donna, dell'Associazione Donne in genere, di associazioni di donne immigrate (Associazione Donne in rete per lo sviluppo e per la pace e Associazione italiana donne per lo sviluppo-AIDOS), dell'Associazione Il melograno-Centro di informazione maternità e nascita.

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 dell'Associazione per la tutela della salute femminile – Vita di donna, dell'Associazione Donne in genere, di associazioni di donne immigrate (Associazione Donne in rete per lo sviluppo e per la pace e Associazione italiana donne per lo sviluppo-AIDOS), dell'Associazione Il melograno-Centro di informazione maternità e nascita.

Avverto che i rappresentanti dell'associazione Donne in rete per lo sviluppo e

per la pace hanno comunicato di non poter partecipare all'audizione e che invieranno memorie scritte.

Sono presenti la dottoressa Elisabetta Canitano per l'Associazione per la tutela della salute femminile — Vita di donna, la dottoressa Rita Corneli e la dottoressa Emma Avallone per l'Associazione Donne in genere, la dottoressa Daniela Colombo e la dottoressa Antonietta Cilumbriello per l'Associazione italiana donne per lo sviluppo-AIDOS e la dottoressa Raffaella Scalisi per l'Associazione Il melograno-Centro di informazione maternità e nascita.

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

ELISABETTA CANITANO, Presidente dell'Associazione per la tutela della salute femminile — Vita di donna. Sono la presidente di una delle associazioni che gestiscono la Casa internazionale delle donne, lavoro presso un consultorio familiare — quindi, svolgo un doppio ruolo — ed eseguo interruzioni di gravidanza da 25 anni.

La legge n. 194, per la parte relativa all'interruzione volontaria della gravidanza, è stata applicata in tutta Italia, perché il problema rivestiva un carattere di urgenza. Poiché la donna dispone di un determinato arco di tempo entro il quale può interrompere la gravidanza, gli ospedali che non garantivano l'applicazione della legge sono stati costretti ad organizzarsi, a volte a seguito di interventi diretti da parte delle procure.

Occorre tenere in considerazione le differenze tra le varie regioni. La Puglia applica la legge, convenzionando ospedali e case di cura private. La Basilicata per anni non l'ha applicata, per il fatto che la Puglia, convenzionando all'esterno, non aveva alcun tetto. In alcune realtà non esistono medici non obiettori, quindi vengono assunti da fuori; nel nord, invece, è più frequente il contrario. Dunque, esistono varie realtà. Tuttavia, in questi anni, sono stati superati anche i momenti più critici (lunghe liste di attesa e varie diffi-

coltà); era impossibile non affrontarli da un punto di vista legale.

Il problema dell'applicazione della legge n. 194 nel suo complesso è che non gode di alcuna protezione legale; può essere quindi applicata o disapplicata, senza che vi sia alcun tipo di controllo o di pressione.

Il numero dei consultori dovrebbe garantire un'adeguata assistenza (uno ogni ventimila abitanti). Tuttavia, non è prevista una specifica sanzione nei confronti di chi non applica questa disposizione di legge. Di conseguenza, se c'è un consultorio ogni duecentomila abitanti non succede nulla. Se l'offerta è cinque rispetto ad una necessità pari a cento, l'offerta non varia. Il consultorio apre soltanto la mattina? Pazienza. Il sabato è sempre chiuso? Pazienza.

Giustamente, si è fatto riferimento alle immigrate, che rappresentano un terzo delle persone che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza. Molte di esse, però, non possono usufruire dei nostri servizi, perché la mattina non sono libere, non è consentito loro uscire. Nonostante sia previsto un servizio di assistenza per gli stranieri clandestini, molti di essi, non essendo protetti a livello lavorativo, non possono uscire durante l'orario di lavoro. Inoltre, non esiste una disposizione che costringa gli uffici che erogano tali servizi ad essere aperti negli orari in cui la gente non lavora.

L'associazione Vita di donna presta un servizio di consulenza *e-mail*. Due volte al giorno rispondiamo gratuitamente alle *e-mail* provenienti da tutta Italia. Il grado di disinformazione sull'esistenza dei servizi è altissimo. Riceviamo *e-mail* dalla Lombardia, dal Veneto, dal Piemonte, dall'Emilia Romagna, in cui ci chiedono: «Conto i giorni, non ho usato questo, che devo fare? Con chi ne parlo?». Noi abbiamo in rete i consultori, indichiamo i numeri di telefono, svolgiamo la ricerca dei servizi. Spesso telefoniamo agli ospedali per attivare il contatto con l'utenza che non riesce a raggiungere il servizio di cui ha bisogno.

In cosa manchiamo, fondamentalmente? Manchiamo in informazione ed accoglienza. Le donne (ne sono a conoscenza anche gli uomini) sono costrette a chiedere del proprio ginecologo, un professionista che esse pagano per ottenere informazioni e protezione (che poi li ricevano, è un altro problema). I servizi erogati dalla medicina privata sono migliori. Quando i servizi non esistono, le persone sono costrette a muoversi individualmente. Questo, ovviamente, sfavorisce le categorie più deboli che non possono accedere a tali servizi. Mi riferisco alle nostre immigrate, alle nostre ragazze, alle nostre donne. Ultimamente, ci ha scritto una donna che chiedeva: «Il mio ginecologo ed il mio medico sono amici di famiglia. Posso parlare con voi?». È una tragedia.

Un altro aspetto riguarda le scuole. Il paese che ha il più basso tasso di aborti volontari è l'Olanda. In Olanda, in fase di ultima vaccinazione — 14 anni —, agli adolescenti viene fornito un profilattico con due righe di spiegazione sulla sua utilità e sul suo utilizzo. Finché non accettiamo il fatto che l'attività sessuale è connaturata all'essere umano, a noi spetta ridurre i rischi che gli esseri umani corrono quando fanno attività sessuale; è chiaro che i rischi e le conseguenze cui vanno incontro non siamo in grado di prevenirli.

RITA CORNELI, *Presidente dell'Associazione Donne in genere*. Signor presidente, onorevoli membri della Commissione, vorrei presentare in pochissime parole la nostra associazione. Alcuni la conoscono, ma, probabilmente, non il presidente ed altri commissari.

Abbiamo preparato un intervento scritto molto breve per cercare di essere puntuali, di velocizzare i vostri lavori e per dare al presidente e ai membri della Commissione la possibilità di chiedere chiarimenti ed esprimere osservazioni anche rispetto alla nostra esperienza.

Donne in genere è nata a Roma come collettivo di donne nel 1993 e si è costituita in associazione nel 1995. La nostra

finalità ed il nostro impegno sono rivolti alla difesa e all'estensione dei diritti e delle libertà femminili.

Nel 1997 abbiamo aperto a Roma il Centro donna LISA: LISA è un acronimo e sta per «libertà, internazionalismo, soggettività, autodeterminazione». Il centro svolge diverse attività completamente gratuite rivolte alle donne e si autofinanzia. Le più importanti attività riguardano le tematiche che ora andrò elencando.

Violenza contro le donne: da anni realizziamo, in collaborazione con gli enti locali, progetti di prevenzione della violenza rivolti ad adolescenti e adulti ed offriamo presso il nostro centro accoglienza, sostegno e consulenza legale alle donne che l'hanno subita.

Donne, sessualità e salute riproduttiva: dalla sua costituzione, Donne in genere fa parte della consulta dei consultori del comune di Roma. Lavoriamo in rete con i consultori familiari pubblici e svolgiamo seminari, incontri e dibattiti sulla salute delle donne sia presso la nostra struttura sia nelle scuole secondarie superiori.

Immigrazione ed interculturalità: svolgiamo attività di formazione, corsi di italiano e di informatica per le immigrate, servizio di consulenza su diritti, servizi ed opportunità, incontri e attività tra migranti e native.

Pace e solidarietà internazionale: abbiamo realizzato progetti di cooperazione internazionale e di *empowerment* per le donne e le adolescenti del sud del mondo e promosso incontri con le tante esperienze dell'associazionismo femminile internazionale.

Collaboriamo inoltre a livello locale, nazionale ed internazionale con le varie reti di associazioni e non, costruite dalle donne.

Per tornare al tema specifico dell'audizione, ossia l'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge n. 194, con particolare riferimento all'attività consultoriale, crediamo di poter offrire un contributo alla riflessione anche a partire dal nostro parziale osservatorio. In questi tredici anni di attività i consultori pubblici sono

stati per l'associazione un punto di riferimento indispensabile per le molte donne, giovani e adulte, italiane e immigrate, che si sono rivolte al nostro centro per chiedere informazioni e sostegno riguardo ai problemi inerenti la loro salute riproduttiva.

Nello specifico, le richieste di informazione hanno riguardato la dislocazione sul territorio dei consultori, i metodi contraccettivi, le modalità dell'interruzione volontaria di gravidanza, la pillola del giorno dopo, la RU 486, la richiesta di sostegno psicologico ed altro ancora.

In tutte queste occasioni abbiamo sempre trovato, nei limiti della disponibilità delle risorse professionali che operavano nel singolo consultorio, un'*équipe* multidisciplinare con buona professionalità, ma soprattutto molto motivata alla presa in carico del problema posto dalla donna da noi inviata. In particolare, per quanto riguarda la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza, la nostra esperienza ci conferma che tutti i consultori sono in grado di attuare la legge n. 194 per la presenza indispensabile di medici non obiettori. I consultori erano e sono strutturati ed organizzati come previsto dalla legge e contribuiscono in maniera significativa, nel rispetto della dignità e della scelta individuale della donna, a rendere più umano un percorso per un intervento sanitario che, in molti casi, può rappresentare nella vita di una donna un evento traumatizzante.

Un aspetto molto importante concerne la stretta collaborazione con gli ospedali. Gli ospedali, infatti, attraverso la segnalazione del consultorio, inseriscono la donna nella loro lista di richieste di interruzione volontaria di gravidanza, incidendo così fortemente sui tempi di attesa per l'intervento che rappresentano, molto spesso, uno dei fattori più importanti di diminuzione del senso di disagio, di malessere ed anche di sofferenza per le donne che hanno scelto di interrompere la gravidanza.

Purtroppo, abbiamo potuto verificare per esperienza diretta, e non solo per conoscenza di puri dati statistici, un di-

sinteresse istituzionale sempre più crescente rispetto a questo importante servizio di prevenzione. Solo per rimanere a livello di Roma, provincia e regione Lazio, in questi anni abbiamo avuto continue segnalazioni e riscontrato personalmente un'enorme sofferenza del servizio. Tantissimi consultori sono stati chiusi per la fatiscenza dei locali o per la mancanza di personale e quelli esistenti operano molto spesso in situazioni di carenza di organico con scarse risorse di strutture, strumenti e materiali (vetrini, *pap test*, spirali e via dicendo) e in locali assolutamente inadeguati, in particolare rispetto al diritto alla *privacy*, alla dislocazione, alle esigenze degli adolescenti.

In questi ultimi dieci anni siamo stati chiamati sistematicamente ad intervenire per impedire che alcuni consultori chiudessero, per fare in modo che fosse rispettata la pianta organica prevista per legge, che non fosse interrotto il servizio per l'attuazione della legge n. 194, per assenza di medici non obiettori, e per far sì che i consultori, per l'inadeguatezza dei locali e per la scarsità di risorse umane e strumentali, non si trasformassero in semplici servizi ambulatoriali.

Purtroppo, questa situazione ha inciso gravemente rispetto alle grandi potenzialità che, nei primi anni di attuazione della legge n. 405, si sono potute esprimere sul territorio, realizzando una politica efficace di prevenzione con una forte visibilità resa possibile attraverso strumenti informativi sull'attività consultoriale, l'intervento sistematico di educazione sessuale nelle scuole, la possibilità per gli operatori e le operatrici di farsi conoscere nei quartieri come punti di riferimento per le donne rispetto alle tematiche che riguardano la contraccezione, la prevenzione dei tumori femminili, il percorso maternità, l'IVG, le malattie sessualmente trasmissibili e soprattutto attraverso il peculiare e significativo tratto che distingue il consultorio da un semplice ambulatorio, vale a dire la disponibilità di un'*équipe* multidisciplinare e le modalità di accoglienza dell'utenza.

Solo per fare alcuni esempi concreti, ricordiamo che nel IV municipio (ma a Roma avveniva anche in molti altri quartieri) anni fa era in funzione un pullmino messo a disposizione dei consultori che si posizionava nei luoghi più frequentati da donne (piazze, mercati e scuole), offriva materiali informativi e, in alcuni periodi, dava la possibilità di effettuare il *pap test* — che all'epoca non era ancora prassi consolidata di prevenzione tra le donne — all'interno dello stesso pullmino, adeguatamente attrezzato dal punto di vista sia degli strumenti sia del personale.

Nei nostri innumerevoli incontri nelle scuole secondarie superiori, consapevoli della concreta richiesta di ricorso all'IVG da parte delle adolescenti, abbiamo sempre chiesto se fossero a conoscenza dell'esistenza dei consultori e della loro ubicazione ed ogni volta è emerso che la maggior parte degli adolescenti e delle adolescenti ne era completamente ignara.

Anche per quanto riguarda la situazione delle donne immigrate, attraverso l'attività che svolgiamo al Centro donna, attraverso la conoscenza delle donne che si rivolgono alla nostra struttura per chiederci informazioni o aiuto rispetto ai loro problemi e attraverso l'intervento che abbiamo svolto nelle scuole con i corsi rivolti alle immigrate, emerge che moltissime di loro non hanno informazioni sull'esistenza e le attività dei consultori. Non sanno, ad esempio, che il servizio è completamente gratuito; non sono a conoscenza della possibilità di accedervi attraverso il tessero sanitario rilasciato dalla ASL anche per coloro che non sono in possesso di permesso di soggiorno.

In particolare, per quanto riguarda l'alta percentuale di immigrate che fanno ricorso all'IVG, e di frequente sono recidive, a partire dalla nostra esperienza, vorremmo sostenere l'importanza fondamentale dell'inserimento nella pianta organica dei consultori delle mediatri culturali. Siamo a conoscenza che solo alcuni consultori, se hanno sottoscritto convenzioni, qualche volta utilizzano questa figura professionale.

Vogliamo raccontare un caso di cui siamo venuti a conoscenza pochi giorni fa. È stata chiamata da un consultorio una mediatrice culturale di origine etiope con la quale collaboriamo da anni, perché, per la quarta volta, una donna immigrata faceva ricorso all'IVG, nonostante che tutte le volte fosse stata messa a conoscenza dal servizio dei metodi contraccettivi e dei rischi per la salute. Al colloquio con la mediatrice culturale, la donna è stata in grado di raccontare tutta la sua storia. Era allergica alla pillola anticoncezionale, che le recava gravi disturbi, e sistematicamente veniva violentata dal marito. L'utilizzo della mediatrice ha permesso non solo il ricorso a metodi contraccettivi più individualizzati ma, soprattutto, l'inizio di un percorso che consentisse alla donna di uscire dalla spirale della violenza che continuava a subire.

Per quanto riguarda, invece, più in generale, l'applicazione della legge n. 194, vorremmo sottolineare la grave difficoltà che reca il fenomeno diffusissimo dell'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario. Nel pieno rispetto della libertà di coscienza di ognuno e di ognuna, crediamo che si debba soddisfare per legge l'esigenza che nelle strutture pubbliche, consultori e ospedali, sia comunque garantita la presenza di non obiettori per vari ordini di motivi, tra cui quello di facilitare le donne a rivolgersi al più vicino consultorio rispetto al luogo di abitazione, incidendo, così, sull'alta percentuale di donne italiane che si rivolgono al medico di famiglia o ad altro specialista al fine di ottenere la certificazione richiesta per l'IVG. Crediamo, infatti, che questo fenomeno potrebbe essere anche causato da una scarsa conoscenza dei servizi sul territorio e dalle difficoltà che le donne incontrano nel reperire un consultorio con disponibilità di medici non obiettori. Questo eviterebbe anche i tempi lunghi delle liste di attesa negli ospedali — i quali rendono ancora più difficile e dolorosa la scelta di IVG per la donna — e solleverebbe il personale sanitario che attua

l'interruzione volontaria di gravidanza da un carico di lavoro da molto tempo divenuto insostenibile.

Inoltre, vorremmo sottolineare che in molte strutture ospedaliere l'interruzione volontaria di gravidanza viene effettuata nello stesso reparto maternità, con grande disagio e sofferenza per le donne che hanno compiuto una scelta diversa. Evidenziamo anche i problemi delle donne che durante il *weekend* si sono rivolte al nostro centro per le difficoltà che hanno incontrato negli ospedali per la prescrizione della pillola del giorno dopo. Queste donne, naturalmente, non hanno potuto fare riferimento, nelle giornate del sabato e della domenica, al loro medico di famiglia. Noi stesse siamo intervenute presso tali strutture ospedaliere, senza riuscire, però, a superare il problema, la cui soluzione — con la distribuzione, ai pronto soccorso ospedalieri, della pillola del giorno dopo — eviterebbe il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e tutto ciò che essa comporta per la vita di una donna.

Per concludere, ribadiamo la nostra ferma convinzione che il consultorio, così come previsto dalla legge, sia ancora, in Europa, una delle strutture sanitarie più all'avanguardia. Occorre, però, intervenire con urgenza per adeguarne il numero (uno ogni ventimila, recita la legge) e le strutture (in moltissimi casi in stato di abbandono); ristabilirne le piante organiche, negli anni drasticamente depauperate; aprirne di nuovi, specificatamente rivolti agli e alle adolescenti per favorire il loro accesso; effettuare un'attiva ed efficace offerta sul territorio, come avveniva nei primi anni di applicazione della legge; inserire stabilmente nella loro pianta organica la figura dei mediatori culturali. Crediamo che, attraverso queste misure di potenziamento dei consultori, si possa incidere ulteriormente per una drastica riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

DANIELA COLOMBO, *Presidente dell'Associazione italiana donne per lo svi-*

luppo (AIDOS). Presidente, mi permetta di parlare brevemente dell'AIDOS, che è una ONG di cooperazione allo sviluppo — riconosciuta dal Ministero degli affari esteri, con *status* consultivo presso l'Ecosoc delle Nazioni Unite — e rappresenta il punto di riferimento focale, in Italia, del fondo delle Nazioni Unite per la popolazione. Nei paesi in via di sviluppo uno dei nostri principali settori di intervento è la garanzia della salute sessuale e riproduttiva. In Italia, collaboriamo con le organizzazioni nazionali che lavorano ad ampio spettro con gli immigrati, come la Caritas, per far conoscere le condizioni di partenza, le culture e le pratiche che donne provenienti da moltissimi paesi portano con sé anche in questo ambito. Riteniamo, inoltre, che la contraccezione e l'aborto non possano essere considerati separatamente ma debbano essere concepiti unitamente, nel quadro di un approccio integrato olistico alla salute sessuale e riproduttiva, in tutto il ciclo della vita delle donne e con il coinvolgimento degli uomini.

L'Italia era vista, fino a poco tempo fa, come un esempio positivo da proporre agli altri paesi. Questo perché la legge n. 194 era stata preceduta dalla disciplina sui consultori familiari (legge n. 405) la quale — configurando un approccio integrato alla salute sessuale e riproduttiva — veniva ritenuta un modello all'estero.

Alla luce di queste premesse, anche l'AIDOS ha preso a modello il consultorio — perlomeno nella sua configurazione ottimale realizzata da alcune regioni italiane (esistono, infatti, anche esempi molto positivi nel nostro territorio) — e lo ha esportato, utilizzandolo come prototipo in moltissimi paesi dell'America latina (dall'Argentina al Venezuela), come pure in Medio Oriente. Abbiamo due consultori nella striscia di Gaza, uno in Giordania, ne stiamo aprendo un terzo in Africa, un quarto in Burkina Faso, uno in Nepal: quelli richiamati sono tutti considerati progetti modello e ad essi i Governi di tali territori fanno riferimento. Era questa la fisionomia ideale del consultorio italiano: essa non prevedeva soltanto servizi di

salute ginecologica primaria, contraccezione ad ampio spettro, prevenzione del cancro all'utero e alla mammella, cure pre-parto, assistenza post-parto — peraltro importantissima — ma anche assistenza psicologica, sociale e legale (inclusa la prevenzione della violenza di genere, soprattutto violenza contro le donne), un approfondito lavoro con le adolescenti, con il maggior coinvolgimento possibile degli uomini.

Tornando all'attività della nostra associazione, l'AIDOS svolge un considerevole lavoro a livello internazionale e vorrei, in proposito, richiamare gli impegni assunti dal Governo italiano in tale campo, giacché a questi si dovrebbe guardare, verificando l'attuazione delle nostre leggi in Italia. Il Governo italiano nel 1994 ha firmato il programma d'azione della Conferenza su popolazione e sviluppo del Cairo. Era in carica il primo Governo Berlusconi, il capo delegazione era il ministro Guidi ed il programma d'azione è stato approvato senza nessuna riserva da parte del Governo italiano (in quell'occasione, fu piuttosto la Santa Sede ad avanzarne, ma questo appartiene ad un'altra sfera). Ho portato con me dei documenti — che è mia intenzione consegnare alla Commissione —, alcuni dei quali in lingua inglese (essendo stato impossibile tradurli, per difetto di tempo).

Tra questi, vi è un documento dell'Unione europea — più esattamente del gruppo di esperti sull'obiezione di coscienza, del dicembre 2005 — che noi riteniamo estremamente importante. La salute riproduttiva non è una brutta parola, né un'espressione ambigua come spesso leggiamo (ad esempio nei giornali dei « neocon »). La salute riproduttiva — cito testualmente quanto asserito nel programma d'azione del Cairo — « è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente un'assenza di malattie e di infermità su tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica, quindi, che le persone abbiano una vita sessuale soddisfa-

cente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Implicito in quest'ultima condizione è il diritto di uomini e donne ad essere informati e avere accesso a metodi di pianificazione familiare di loro scelta, che siano sicuri ed efficaci, economicamente accessibili e accettabili, come anche a metodi di regolazione della fertilità di loro scelta che non siano contrari alla legge, e il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza ed il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere un bambino sano ». Il programma d'azione del Cairo dà anche una definizione di diritti riproduttivi e — in ultimo — afferma: « è compreso in tali diritti, il diritto di tutte e tutti di prendere decisioni, in materia di riproduzione, libere da discriminazioni, coercizione e violenza, come esplicitato nei documenti in materie umane ».

Recentemente, tra l'altro, anche la Commissione sui diritti umani ha emesso una prima sentenza su un caso di aborto in Cile, condannando quel paese per non aver reso accessibile l'aborto ad una donna. Per quanto riguarda l'aborto definito « *unsafe* », cioè « non sicuro », il programma d'azione afferma che « tutti i Governi sono sollecitati a rafforzare i propri impegni nei confronti della salute della donna, e ad occuparsi dell'impatto sulla salute dell'aborto a rischio » — in Italia diremmo « aborto clandestino » — « inteso come importante problema di salute pubblica, e a far diminuire il ricorso all'aborto tramite servizi di pianificazione familiare potenziati e migliorati. In tutti i casi, le donne devono avere accesso ai servizi di qualità per affrontare le complicazioni dovute all'aborto ».

Nel documento finale approvato a seguito della revisione del programma d'azione del Cairo — io stessa ho fatto parte, insieme al professor Golini, della delegazione italiana a ciò deputata —, si dice che, laddove l'aborto non è contro la legge, i sistemi sanitari devono formare ed equipaggiare il personale medico e para-

medico e prendere tutte le misure idonee ad assicurare un aborto « safe », ovvero sicuro, e accessibile, e le misure addizionali che dovessero essere necessarie per salvaguardare la salute delle donne.

Ho ritenuto necessario richiamare questi principi, depositando agli atti della Commissione una serie di documenti significativi al riguardo. Ritengo particolarmente rilevante far riferimento all'attuale contesto internazionale, perché di questo l'Italia è partecipe, come membro dell'Unione europea e del consesso delle nazioni: credo sia importante che il nostro paese porti anche in questo ambito l'esperienza positiva maturata.

Certamente, le donne hanno sempre abortito. Ho cominciato ad occuparmi della questione al nostro esame nel 1972, di ritorno da una missione di lavoro in Afghanistan. Le donne in Afghanistan abortiscono nel modo più terribile che abbia mai visto. Una donna si distende a terra e un'altra le lancia una pietra sul ventre. Abortiscono allo stesso modo in cui fanno abortire le pecore, per fare le pellicce di breitschwanz per le donne dei paesi ricchi. È spaventoso. L'Afghanistan è il paese che ancora oggi presenta un tasso di mortalità materna elevatissimo, dovuto in gran parte proprio a tali pratiche di aborto clandestino. Insieme all'Afghanistan, vi sono il Pakistan, l'India, il Kashmir, l'Iran (ecco perché Khomeini, nel 1989, ha emesso una *Fatwa* per permettere la contraccezione in tutte le sue forme, cioè una contraccezione moderna, e l'aborto, perché nell'Islam la vita inizia la sedicesima settimana).

Di questo dobbiamo tenere conto, nell'interlocuzione con le donne immigrate. Nel processo migratorio, infatti, le donne portano con sé anche le pratiche sia di contraccezione sia di aborto. A Roma, ad esempio, esiste un problema molto serio riguardo alle donne rumene. La Romania presenta il tasso di abortività più alto del mondo, insieme a Cuba e Vietnam. Questo perché durante il periodo della cortina di ferro non esistevano anticoncezionali, i servizi abortivi erano offerti gratis e

quindi le donne abortivano e continuano a farlo nell'immigrazione. Per loro è un fatto abituale, non conoscendo altre forme di intervento. Possiamo poi citare il caso delle donne cinesi: la dottoressa Cilumbriello, che è qui con me, si occupa anche di medicina cinese e ci può spiegare come le donne cinesi abortiscono. Al riguardo, il fatto preoccupante è che stiamo assistendo ad una serie crescente di « *do it yourself* »: la RU 486 non è permessa nel nostro paese? Quelle donne riescono a procurarsela, magari vanno a prendere solo la seconda pillola che serve per l'ulcera duodenale ed è agevolmente disponibile. Generalmente, è sufficiente fingere di accusare un mal di pancia, perché il farmacista procuri loro la pillola in buona fede. La nostra esperta ginecologa — alla quale chiedo di intervenire in coda al mio intervento — potrà fornirvi tutti i chiarimenti sul fenomeno in atto.

Si dice che i consultori servano un terzo delle donne; sarebbe però più corretto asserire che questa percentuale corrisponde al numero delle donne informate: la realtà è che, purtroppo, nel nostro paese l'informazione manca. In tal senso, siamo stati molto dispiaciuti per le carenze registrate al riguardo: giustamente la Commissione per le pari opportunità — che io stessa rappresento nel Comitato interministeriale dei diritti umani, insediato presso il Ministero degli affari esteri — ha promosso una campagna di informazione per prevenire l'abbandono dei neonati — iniziativa in sé necessaria, giustificata dai frequenti casi di neonati lasciati morire nei cassonetti o nei giardini —; tuttavia, sarebbe stato opportuno promuovere anche una campagna informativa adeguata per raggiungere queste donne — che sono soprattutto immigrate, spesso impiegate come badanti, che non possono permettersi di mantenere un figlio — portandole a conoscenza dell'esistenza, nel nostro paese, della legge n. 194.

ANTONIETTA CILUMBRIELLO, *Ginecologa e coordinatrice progetti sanitari dell'Associazione italiana donne per lo svi-*

luppo (AIDOS). Vorrei soltanto aggiungere una considerazione sul tema affrontato. Oltre alle riflessioni della presidente Colombo sull'uso non corretto della prima e della seconda pillola e sul rischio di arrivare in ospedale con emorragie, a causa dell'assunzione di sole prostaglandine o di surrogato fitoterapico — come avviene spesso tra le cinesi — di RU 486, è necessario rilevare come le donne immigrate si trovino generalmente a vivere in situazioni completamente diverse da quelle del loro paese di origine, dal punto di vista sia sociale sia alimentare.

Al riguardo, si pone chiaramente anche un problema di natura preventiva per affrontare alcuni di questi fenomeni e i rischi ad essi correlati. Si pensi, ad esempio, al frequentissimo ricorso al taglio cesareo tra le donne filippine, strettamente correlato al turbamento del loro regime alimentare d'origine, e alla conseguente generazione di figli macrosomici: spesso sono proprio queste immigrate ad alzare il tasso dei tagli cesarei nel nostro paese. Ritengo necessario tener conto di questo (*Commenti*).

Da ultimo, la nostra esperienza dei consultori fuori dall'Italia è stata assolutamente di grande successo, perché siamo riusciti ad entrare in quel processo di continuità di cura che dovrebbe essere posto alla base del funzionamento dei consultori italiani. Per la prevenzione dell'aborto, la nostra azione si svolge ad ampio spettro, partendo dall'adolescenza — per esempio, attraverso le campagne di informazione nella scuola — fino ad arrivare alla menopausa: lo facciamo proponendoci in modo attivo, muovendoci su tutto il territorio. Lo *screening* del *pap test*, e quindi le campagne informative sulla prevenzione del cancro del collo dell'utero — con annessa offerta di esami gratuiti alle donne immigrate, cui agganciare una debita attività di informazione sul tema in discussione —, dovrebbero costituire un momento globale per riflettere sull'idoneità delle misure adottate e da adottare per la pianificazione familiare. L'integrazione non avviene soltanto all'interno dei

consultori, ma deve riguardare un più ampio rapporto tra consultori e territorio. I nostri consultori funzionano per questa ragione, perché c'è realmente, alla loro base, il concetto del coinvolgimento attivo delle donne, per dare ad esse la possibilità di chiedere: in assenza di una corretta informazione, infatti, non si può capire neppure cosa domandare.

ELISABETTA CANITANO, *Presidente dell'Associazione per la tutela della salute femminile — Vita di donna*. Mi sia consentito aggiungere una breve considerazione. Dove facciamo interruzione di gravidanza, vediamo spesso donne rumene: al loro riguardo, l'entità del problema da affrontare è senza dubbio considerevole. Proprio tenendo conto della complessità del fenomeno, il nostro direttore generale, la dottoressa Giusy Gabriele, all'interno del servizio di interruzione di gravidanza, ci ha consentito di rendere disponibili le spirali, che noi applichiamo alla fine dell'intervento, attesa l'inesistenza di rischi correlati convalidata e riconosciuta a livello internazionale. Ebbene, le nostre ragazze rumene letteralmente ci baciano le mani quando offriamo loro la possibilità — alla fine dell'intervento — di applicare le spirali: non è vero che non vogliono ricorrevi, hanno semplicemente bisogno che l'accesso a tali strumenti sia reso agevole e facile.

PRESIDENTE. Questi problemi non sono nuovi, me ne occupavo già 25 anni fa. La loro rilevanza comunque si ridimensionò, anche in considerazione dei casi di espulsione e di discesa dal canale cervicale, pur in presenza di un indice di sicurezza abbastanza elevato.

RAFFAELLA SCALISI, *Psicologa, socia fondatrice e membro del consiglio del Coordinamento Il melograno*. Il nostro Coordinamento è un'associazione di livello nazionale, nata nel 1981; attualmente disponiamo di otto centri, dislocati quasi in tutto il territorio italiano e riuniti in un coordinamento nazionale. Inizialmente, i

primi centri erano siti a Verona e Roma; successivamente, ne sono stati istituiti altri a Gallarate, Ancona, Treviso, Vicenza, Pescara e Abbiategrasso. La nostra associazione annovera più di 11 mila iscritti. Non siamo, però, mai riusciti a valutare (come emerso in un recente convegno) il numero di tutte le donne che, oltre alle iscritte, hanno frequentato i nostri centri.

I centri del Coordinamento Il melograno sono nati per sostenere le donne nel periodo della maternità, seguendo il preciso principio di rispettare la scelta, libera e consapevole, delle donne in questa fase. Mi riferisco, in primo luogo, alla decisione di avere o no un figlio (è una libera scelta). Secondariamente, una volta deciso di tenere il figlio, occorre decidere sul luogo del parto, sulle modalità con cui far nascere il bambino, sull'allattamento e su tutte le successive scelte educative.

Ci ha ispirato, e tuttora ci ispira, l'idea che nessuna donna debba subire passivamente questo evento, né debba esserle detto cosa fare. Abbiamo pertanto lavorato a vari progetti e servizi, anche in convenzione con gli enti locali, grazie alla legge n. 285 del 1997 sulla protezione dell'infanzia. Abbiamo, quindi, dei progetti che non riguardano più solamente le nostre iscritte, ma che sono destinati a tutto il territorio di diverse città, come, ad esempio, Roma.

Pensare che le protagoniste debbano essere le donne è oggi diventato ormai uno slogan; in realtà non è solo uno slogan, ma è un principio ben preciso che comporta, ad esempio, anche che le donne non debbano essere lasciate sole. Questo è l'altro punto importante: non è sufficiente pensare che ognuno debba scegliere per conto proprio. Per poter effettivamente scegliere in piena coscienza e libertà, è necessario che le donne siano sostenute sotto vari aspetti.

È necessario sicuramente un sostegno in materia di prevenzione e di consapevolezza della scelta della contraccezione; inoltre, occorre un sostegno al momento del concepimento e poi nelle prime fasi, quando cioè è molto forte un certa ambivalenza. In maniera molto schematica,

siamo portati a pensare che tutte le donne o siano felici di far nascere un figlio o siano contrarie. Non è così: nella scelta di avere un figlio vi è un forte elemento di ambivalenza, in cui poi prevalgono gli aspetti di accettazione, laddove si decide di far nascere il bambino. Non esiste però un sostegno che tenga conto di questo aspetto.

Uno dei primi elementi che abbiamo constatato, sin dall'inizio della nostra attività, è che in questi frangenti le donne erano sole e non osavano neanche porre la questione dell'ambivalenza da esse avvertita. I diversi episodi, come i casi di abbandono o di madri che lasciano i loro figli nei cassonetti o, addirittura, li uccidono sono solo la punta di un *iceberg*, che testimonia, in fondo, quanto sia difficile e dura per le donne questa fase. Ovviamente, portare avanti un figlio è molto bello, ma, per certi lati, è anche difficile e duro. Vi è grande solitudine, manca un sostegno, dal punto di vista affettivo ed emotivo, su tutti quei risvolti che la scelta di avere un figlio comporta.

Non voglio addentrarmi a lungo su questi aspetti, ma nelle donne è molto forte la paura del parto, che è stato reso un evento eccessivamente medicalizzato ed è stato sottratto al contesto quotidiano, familiare e affettivo, in cui è sempre avvenuto, che in parte rassicurava le donne. Oggi le donne, laddove scelgono di avere un figlio, hanno paura soprattutto dell'evento chirurgico; sotto questo aspetto non sono sostenute.

I corsi di preparazione al parto si stanno trasformando in corsi di accompagnamento alla nascita (i consultori per primi hanno cambiato questa dizione). Il Coordinamento Il melograno ha svolto corsi di formazione per gli operatori dei consultori delle ASL Roma B, Roma D e Roma F, recependo una forte richiesta degli stessi operatori di approfondire e cambiare le modalità di sostegno alle donne durante il periodo della gravidanza. In questi momenti di formazione, abbiamo colto la difficoltà degli operatori di riuscire ad offrire dei corsi di preparazione alla nascita che fossero prolungati nel

tempo e consentissero alle donne di partecipare sin dall'inizio della gravidanza. La preparazione non deve essere solo quella al momento del parto: è necessario un accompagnamento durante tutto il processo.

Gli operatori nei consultori sono pochi e non sono in grado di sopperire alle necessità. Sono molte le richieste di corsi di preparazione alla nascita che i consultori non riescono a soddisfare. Vi è però un forte desiderio di cambiare e di offrire corsi più rispondenti alle esigenze.

Vi è poi il tema del sostegno alla fase dopo il parto. Il nostro Coordinamento Il melograno ha sottoscritto una convenzione con il comune di Roma, in particolare con due municipi della capitale, prevedendo un sostegno alle donne a casa dopo il parto. Soprattutto, ricordo il progetto «Raggiungere gli irraggiungibili», che si occupa dell'assistenza domiciliare per tutto il primo anno di vita del bambino nelle situazioni più a rischio, laddove una gravidanza sopraggiunge in un contesto già di difficoltà del nucleo familiare. Si pensi ai problemi di povertà, di immigrazione, di tossicodipendenza, di madri *single*, di solitudine. Si tratta di uno dei progetti, avviati grazie alla legge n. 285 del 1997, di sostegno alla fase successiva al parto.

Con il primo municipio di Roma abbiamo avviato un progetto che non è rivolto solamente ai casi, per così dire, peggiori, ma anche a tutte le donne che si trovano nella fase dopo parto. Ricordo che quest'ultima è una fase durissima, pesante; le depressioni *post partum* sono forti. Sono questi gli aspetti che le donne temono di più nell'affrontare la nascita di un figlio e che vanno sostenuti con progetti che, per ora, sono pochi, limitati e accompagnati da scarse risorse. Tra l'altro, non si sa se la legge n. 285 del 1997 verrà rinnovata o meno e quindi su questo piano vi è ancora molto da fare. A mio avviso, è questo il vero livello di prevenzione delle interruzioni di gravidanza.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano porre questioni e chiedere chiarimenti.

GRAZIA LABATE. Ringrazio tutti i rappresentanti delle associazioni che hanno partecipato all'incontro, dandoci la possibilità di verificare i dati ufficiali in nostro possesso sia sull'andamento della legge n. 194, sia sul nucleo fondamentale intorno al quale si sta concentrando la nostra attenzione. Era nostra esigenza trovare soluzioni adeguate ad un tema che mi pare stia molto a cuore alle varie associazioni e che rappresenti il fulcro del loro agire e del loro impegno professionale. Mi riferisco alle modalità con cui rivedere e migliorare nella realtà italiana le istanze di prevenzione del fenomeno abortivo. Naturalmente, siamo convinti che le leggi del nostro Stato vadano applicate in tutte le loro parti.

Dalle varie relazioni introduttive dei nostri ospiti è emerso un aspetto molto importante: mi riferisco all'accentuazione del tema della prevenzione, nella sua accezione più ampia, non solo di tipo sanitario. L'ultimo intervento lo ha chiarito ampiamente: è necessaria una prevenzione che intervenga a trecentosessanta gradi, sapendo che molta parte della prevenzione insiste sull'informazione, sulla conoscenza e sulla sicurezza dei metodi adottati, ovviamente, nella libertà culturale e scientifica di ognuno di noi.

Gradirei rivolgere alcune domande soprattutto alla dottoressa Canitano, la cui figura racchiude in sé tre caratteristiche, quella professionale, quella associativa e quella dell'esperienza che le deriva dall'aver vissuto per lungo tempo il processo di implementazione dei consultori familiari. A seguito della vostra esperienza, cosa emerge esservi alla base delle richieste e delle motivazioni delle donne? Vi è un elemento di conoscenza, di *counselling* più globale? Oppure avete avuto la percezione che le condizioni economiche e sociali siano quelle che maggiormente ri-

levano quando si giunge alla decisione di interrompere volontariamente una gravidanza?

Inoltre, molti di voi hanno sostenuto che questi consultori sono stati considerati, per così dire, la Cenerentola povera del sistema integrativo socio-sanitario. Le affermazioni della dottoressa Colombo addirittura coincidono con quelle dei rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità nel sostenere che il modello italiano sarebbe quello assunto come riferimento in Europa e nel mondo. Ciò sarebbe dovuto sia alle intuizioni, sia alle dinamiche economiche e culturali dell'epoca. Tutte noi abbiamo vissuto la stagione del 1975, non come parlamentari, ma come soggetti impegnati nel supportare i vari movimenti femminili che sostenevano quelle istanze nel nostro paese. Ne comprendevamo la forte capacità di informare, di realizzare politiche attive di pianificazione familiare e per la famiglia.

Sulla scorta di quanto emerso nelle precedenti audizioni, in relazione ai consultori emergerebbe una strana anomalia, per così dire. Negli ultimi 20 anni i nostri consultori familiari avrebbero lavorato maggiormente sui temi sanitari, inerenti a tutto il percorso della maternità; si pensi ai corsi di preparazione al parto e alle problematiche *post partum*. Nelle precedenti audizioni, quindi, mi è sembrato di rilevare questo elemento, mentre oggi i nostri ospiti ci hanno confortato in senso opposto; ossia che andrebbe maggiormente implementata la fase preventiva e contraccettiva, che rimane la nota *dolens* di questo paese.

Pertanto, vi chiedo se, in base alla vostra esperienza, riteniate sia questo il settore ancora più carente, in particolare se pensiamo alle donne immigrate e alle adolescenti come riferimento per il futuro. Di converso, pensate che, in qualche modo, l'integrazione nel processo sanitario globale del nostro paese abbia inferto un colpo all'attività preventiva, informativa e culturale, decretandone una sorte troppo sanitarizzata?

Ritengo che dalle vostre osservazioni sarebbe possibile trarre per noi spunti per eventuali correzioni di rotta. Personalmente, considero che nel nostro paese non si sarebbero corsi questi rischi se fosse stato attuato il progetto materno-infantile del 1998. Tuttavia, in questo caso le responsabilità non competono ai nostri ospiti, quanto piuttosto ai soggetti istituzionali, politici e di governo di questa materia nel nostro paese.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Ringrazio i nostri ospiti, che ci hanno fornito l'opportunità di svolgere alcune riflessioni e considerazioni. La dottoressa Cilibriello ha affermato che, se esportata all'estero, l'esperienza italiana funziona bene; sembra un paradosso. La dottoressa Canitano, invece, ha affermato che in Italia tutto è facoltativo e quindi le leggi non vengono applicate. Per dirla con le stesse parole del padre Dante: «Le leggi son, ma chi pon mano ad esse?».

Vorrei sapere se non sarebbe preferibile che le attività di queste associazioni di volontariato fossero più articolate, magari in connessione con i consultori pubblici, analogamente a quanto avviene all'estero. Gli stessi nostri ospiti mi sembra lo abbiano auspicato. Non ritenete che ciò sarebbe attuabile anche in Italia, ossia, il funzionamento dei consultori non sarebbe più funzionale se avvenisse in raccordo con le associazioni di volontariato?

PRESIDENTE. Si tratta in pratica della domanda che anch'io inizialmente vi ho rivolto, ossia se riteniate opportuna una collaborazione, non dico per legge, ma sicuramente più fattiva, tra associazioni e attività consultoriali. Come abbiamo già affermato in altre occasioni, questo raccordo potrebbe riguardare anche le attività svolte dai centri per le interruzioni di gravidanza negli ospedali. Ricordiamo che il 70 per cento delle donne che ricorrono all'interruzione di gravidanza non si avvale dei consultori, ma si reca direttamente nei servizi ospedalieri dove si applica la legge n. 194 e dove viene espletato tutto l'iter.

Non sempre però vi è una collaborazione, una sorta di rete fra le attività dei centri (ospedalieri o dei consultori) e le associazioni in genere, di qualunque tipo esse siano. Una delle domande avanzate spesso in questa sede è proprio se non sia auspicabile e opportuna una collaborazione più stretta tra questi soggetti, magari non obbligatoria per legge, ma che sia comunque incentivata.

TIZIANA VALPIANA. Debbo anzitutto trasmettere ai presenti le scuse dell'onorevole Maura Cossutta per non essere potuta intervenire oggi a causa di impegni di partito. La collega mi ha pregato di giustificare in questa maniera la sua assenza.

Credo non sia ignoto ai rappresentanti delle associazioni oggi ascoltate che siamo stati e siamo fortemente contrari a questa indagine conoscitiva: non solo la giudichiamo tardiva, oltre i limiti del consentito e della decenza, ma la riteniamo anche strumentale. Ciò in quanto il vero obiettivo, anche se, a partire dal ministro, tutti si sono sbracciati nel sostenere che nessuno ha intenzione di toccare la legge n. 194, è di svuotare questa legge (rispondo così anch'io alla richiesta del collega Lucchese e del presidente) con l'introduzione di volontariato dissuasivo all'interno dei consultori.

La legge n. 194 prevede la presenza delle associazioni del volontariato all'interno dei consultori, a seguito di una richiesta avanzata al momento del varo della legge dalle associazioni delle donne, dall'AIED in prima linea, che nel settore aveva la più grande esperienza nel nostro paese, avendo aperto i primi consultori del 1953. Quelle istanze erano in funzione di prevedere la possibilità, per chi, grazie alla propria buona volontà e competenza, aveva fino a quel momento portato avanti dei servizi consultoriali, di contribuire, con le proprie consulenze, all'attività dei consultori pubblici, che nascevano in quel momento.

La proposta dell'introduzione dei volontari all'interno dei consultori era quindi

in senso esattamente contrario a quello che se ne vorrebbe fare oggi. Ossia, non si vuole spronare il consultorio pubblico a prepararsi e a svolgere un certo lavoro; in realtà, si vuole introdurre il volontariato all'interno dei consultori per frenarne e snaturarne il lavoro. È un elemento emerso in tutte le audizioni svolte nel corso di questa indagine conoscitiva, che noi abbiamo richiesto. Ricordo che la proposta iniziale, avanzata dal gruppo dell'UDC, prevedeva le sole audizioni dei rappresentanti del Movimento per la vita e dei consultori cattolici, oltre ovviamente ai soggetti istituzionali. Ma così non avremmo potuto prendere atto — come sta emergendo in questi incontri — di tutta la competenza e la ricchezza (credo che ciò nel documento conclusivo non potrà non essere rilevato) di chi non ha aspettato la legge sui consultori né quella sull'interruzione di gravidanza per farsi carico di un problema che, come ricordava giustamente prima la rappresentante dell'AIDOS, è sempre esistito, da che mondo è mondo, nel senso che le donne hanno sempre abortito. Prima dell'approvazione della legge sull'interruzione della gravidanza abortivano clandestinamente e, successivamente, tale pratica è continuata, soprattutto per le carenze dei servizi, che ci saranno ancora se il fondo per le politiche sociali continuerà ad essere decurtato. Nelle ultime due finanziarie, infatti, è stato operato un taglio del 50 per cento, per cui gli enti pubblici, i servizi regionali e territoriali sono in difficoltà nell'organizzazione delle loro prestazioni.

Voglio ricordare (è una delle poche cose di cui mi posso vantare nella mia attività parlamentare) la mia proposta emendativa all'articolo 20, sull'edilizia sanitaria, della legge n. 49 del 1996, per stabilire un consultorio ogni ventimila abitanti, e con uno stanziamento di 200 miliardi di lire, al fine di migliorare le strutture dei consultori pubblici. A tale proposito, il ministro della salute, durante la sua audizione, ha riferito che i citati stanziamenti sono stati « scippati » e inclusi nel calderone generale del Servizio

sanitario nazionale. In Commissione più volte è stato evidenziato che molti consultori sono chiusi, mentre altri si trovano in ambienti fatiscenti ed inidonei. È importante, quindi, ribadire che in molte località i consultori non funzionano perché in realtà manca la volontà di farli operare. È stato detto dal ministro della salute che i consultori sono strutture che servono solamente per dare certificati per abortire; al contrario, nelle audizioni sono state evidenziate le molteplici attività dei consultori, che smentiscono le dichiarazioni del ministro e di chi ha voluto l'indagine conoscitiva.

Risulta sempre più evidente la strumentalizzazione grave dell'indagine ed appare chiaramente la necessità di modificare le due leggi vigenti al fine di migliorarne il funzionamento.

Durante gli interventi sono apparse in evidenza due differenti concezioni sul significato del termine « prevenzione ». A tal proposito, vorrei leggere una frase del ministro della salute, pronunciata il 15 dicembre scorso: « Non vorrei che si confondessero le carte in tavola. Posso capire che si informino i giovani dell'esistenza dei metodi contraccettivi, ma mi rifiuto di pensare che questo possa essere un tema per la prevenzione dell'aborto. Semmai è un tema che riguarda la prevenzione della malattia e non dell'aborto. Su questo vorrei che ci fosse chiarezza ». Sarò particolarmente poco sagace, ma non riesco a capire come il ministro possa dire che la contraccezione non è prevenzione dell'aborto.

DANIELA COLOMBO, *Presidente dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS)*. È l'unico mezzo.

TIZIANA VALPIANA. Il ministro fa confusione, come ha già evidenziato in Commissione l'onorevole Leone, e mi piace sottolineare a tale proposito il fatto che nessuno di coloro che hanno voluto l'indagine conoscitiva sia attualmente presente a discutere tale questione. È evidente che il ministro — come molti altri in

Commissione — confonde prevenzione e dissuasione. Non è possibile pensare infatti che la prevenzione dell'aborto sia dissuadere la donna che non intende portare avanti una gravidanza, non voluta e non scelta. Alla base di tutto questo *misunderstanding* è la diversa concezione culturale che c'è sulla autodeterminazione della donna. Nel nostro paese c'è chi intende giungere alla prevenzione dell'aborto attraverso l'*empowerment* delle donne, rendendo le stesse, con i servizi, la cultura e l'informazione, capaci di scegliere autonomamente la propria vita, e chi vuole, invece, attuare sulle donne coercizione, deprivandole di potere. È necessario allora intenderci su tale questione, che è la base della nostra discussione.

All'Associazione Il melograno mi lega una particolare affettività. Come riferito dalla dottoressa Scalisi, si tratta di un'associazione nata nel 1981, all'indomani della sconfitta del referendum abrogativo della legge n. 194, determinata dalla volontà di tutte le donne e del popolo italiano. Anche le donne cattoliche hanno riconosciuto in quella legge la laicità dello Stato: una legge che ha cancellato (magari l'avesse cancellata!) la vergogna dell'aborto clandestino. In quel momento le donne hanno costituito associazioni per seguire una maternità consapevole e responsabile, coscienti soprattutto del fatto che una donna sola non ha la possibilità di portare avanti con gioia la maternità, se non è sostenuta da una rete di servizi.

È necessario far comprendere, *in primis* al ministro della salute, che prevenire l'aborto significa contraccezione, informazione e sviluppo del desiderio di maternità delle donne, attraverso una programmazione delle nascite, per cui è opportuno intervenire sulla precarietà del lavoro e sull'impossibilità di essere autonomi fino all'età di trent'anni e di formulare un progetto di vita. È importante allora avere quella rete di servizi che attualmente si vuole chiudere, mentre invece dovrebbe svilupparsi.

Ringrazio tutte le associazioni intervenute in Commissione perché hanno reso

giustizia al lavoro delle donne, cominciato da molti decenni ormai, in maniera non strumentale, prendendo atto dei bisogni delle donne e della necessità di soddisfarli.

LUIGI GIACCO. Ringrazio le rappresentanze delle associazioni intervenute in Commissione. Sottolineo un aspetto emerso abbastanza chiaramente e riguardante le difficoltà di applicazione della legge n. 194, che per l'attuazione di alcune parti a volte necessita dell'intervento della magistratura. Altrettanto importante è rilevare, altresì, quella parte della legge che non contiene una disposizione cogente da utilizzare per il rispetto dell'attuazione delle pratiche previste.

Dalle audizioni precedenti si evince inoltre la necessità di recuperare gli strumenti per attuare la prevenzione dell'aborto, che sono rappresentati da una maggiore informazione, da una migliore accoglienza e dallo sviluppo delle conoscenze riguardanti i rischi dell'attività sessuale, fino alla contraccezione nelle sue varie modalità.

Al di là del falso moralismo, per ottenere la prevenzione è necessario, quindi, fornire alle donne gli strumenti che ho citato, al fine di rispettare la libera scelta dell'individuo e non di determinare un processo di dissuasione. A tale scopo possono essere di aiuto i servizi consultoriali, che in questo modo non apparirebbero solo come distributori di certificazioni abortive, ma aiuterebbero alla diffusione dell'informazione sessuale, per la tutela della vita.

Se riusciamo a recuperare tali concetti, anche la nostra indagine conoscitiva, pur con tutta la sua negatività e la sua strumentalizzazione, può avere un senso ed un significato importante.

PRESIDENTE. Do nuovamente la parola ai membri delle associazioni intervenute per le risposte alle domande formulate.

ANTONIETTA CILUMBRIELLO, *Ginecologa e coordinatrice progetti sanitari del-*

l'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS). Il volontariato non può svolgere un ruolo importante per la legge n. 194. La nostra organizzazione non governativa è dedicata allo sviluppo dei progetti e non svolge assistenza; siamo persone esperte, pagate, anche se poco. Quando andiamo ad operare con le donne di un luogo, lavoriamo con loro e con le ONG locali; selezioniamo insieme il personale necessario, che sarà poi in grado, dopo la formazione, di sviluppare autonomamente il progetto.

La nostra è una missione di *back stopping*. È opportuno nei nostri consultori sviluppare la qualità della cura, che rappresenta la vera prevenzione. Formiamo gli operatori necessari, al fine di garantire univocità tra domanda ed offerta, ma tale progetto non si può affidare al volontariato. Dobbiamo essere in grado di avere personale qualificato, formato da associazioni che da anni svolgono il lavoro d'informazione e di accompagnamento delle donne verso una maternità responsabile, evitando una vicinanza semplicemente passiva.

La prevenzione è qualità della cura, che non significa aprire per più tempo i consultori o avere più personale, ma lavorare, in particolare, sul « sentire » delle donne. Nei consultori è auspicabile integrare il personale esistente con la presenza degli psicologi e degli assistenti sociali, perché ciò significa aiutare a non abortire ed a pianificare una buona nascita.

Abbiamo sempre puntato sulla qualità, per cui non possiamo assolutamente pensare che il volontariato possa essere di aiuto per migliorare il funzionamento della legge n. 194, che in tal senso può costituire invece un peggioramento assoluto.

DANIELA COLOMBO, *Presidente dell'Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS)*. Faccio un riferimento alla recente legge riguardante le mutilazioni genitali femminili, dotata di uno stanziamento finanziario, che rappresenta una modalità per raggiungere le donne, pro-

ponendo un'informazione sul loro corpo e sulla loro sessualità.

RAFFAELLA SCALISI, *Psicologa, socia fondatrice e membro del consiglio del Coordinamento Il melograno*. Da circa due anni a Roma esiste uno sportello chiamato « Nascita e prima infanzia », predisposto in convenzione con il comune di Roma, che ha lo scopo di fornire informazioni. Tra le richieste che vengono presentate, quelle per i sussidi economici sono abbastanza scarse. Sicuramente, incide molto sulle persone il vivere in condizioni precarie, senza lavoro e senza buone prospettive di vita, ma ciò che le donne in maggioranza chiedono sono forme di sostegno, attraverso i vari servizi sociali di accoglienza, che sarebbe opportuno migliorare ed implementare.

ELISABETTA CANITANO, *Presidente dell'Associazione per la tutela della salute femminile — Vita di donna*. Le nostre famiglie programmano il numero dei loro figli, per cui ciò di cui hanno più bisogno è una maggiore informazione, perché tale modalità sia più efficace. Le famiglie che programmano le nascite si fanno carico personalmente dei figli nati e non si aspettano interventi esterni.

PRESIDENTE. Meno male... !

ELISABETTA CANITANO, *Presidente dell'Associazione per la tutela della salute femminile — Vita di donna*. Siamo in uno Stato occidentale avanzato ed esiste una autogestione abbastanza estesa; tuttavia, la mancanza di una rete di servizi porta difficoltà insormontabili; anche solo un bambino che non riesce a dormire nei primi tre anni di vita, in mancanza di una rete di servizi, costituisce una grossa difficoltà per genitori che lavorano entrambi ed hanno uno stipendio non elevato: non si riesce a sostenere in tale eventualità il minimo della devianza. Se il bambino non dorme, non mangia, non si integra nell'asilo, una famiglia può passare velocemente da una condizione

normale ad una caratterizzata da gravissime difficoltà. L'informazione contraccettiva è importante, ma lo è anche il fatto di percepire i cittadini come tali e non come sudditi.

L'eccessiva sanitarizzazione rappresenta un peso per i nostri servizi e credo che i legami con le associazioni di volontari siano importanti; tuttavia nutro alcuni timori sul rischio di affidare alle associazioni di volontariato ciò di cui invece lo Stato dovrebbe farsi carico.

PRESIDENTE. Il terzo settore !

ELISABETTA CANITANO, *Presidente dell'Associazione per la tutela della salute femminile — Vita di donna*. Credo che ciò vada sottolineato con grande importanza, perché separare le due cose sarebbe gravissimo: far venire cioè i nostri adolescenti nei consultori a cinquanta alla volta, per un quarto d'ora ciascuno, come accade nei nostri poliambulatori, e affidare ad una cooperativa esterna la possibilità di farli incontrare e parlare di loro stessi danneggerebbe, secondo me, il servizio offerto dalla sanità, il volontario che rimarrebbe tagliato fuori dalla realtà di alcune necessità — che pure esistono — e l'adolescente che si vedrebbe diviso in due, da una parte il corpo e dall'altra lo spirito. Come possiamo fare una cosa di questo genere? I servizi e le collaborazioni vanno quindi ripensati con grande cautela ed attenzione.

RITA CORNELI, *Presidente dell'Associazione Donne in genere*. La legge di cui discutiamo, che ancora tutti a livello europeo ci invidiano, non è vero che non sia stata applicata; negli ultimi anni ha sofferto molto la struttura consultoriale, perché è stata abbandonata, ma la legge in sé ha funzionato e potrebbe funzionare bene: mancano le risorse, le strutture ed il personale.

Rispetto alla domanda se le associazioni di volontariato potrebbero essere utili all'interno dei consultori, vorrei far presente che la nostra, a differenza di

altre, è una associazione di volontariato, per cui ci autofinanziamo: ogni socio versa un contributo per dare la possibilità di attivare tutte le iniziative del Centro donna e per statuto nessuna delle socie può vivere del contributo del Centro donna; quindi, rasentiamo la purezza, ma questo proprio per una scelta di principio dell'associazione, perché vogliamo anche collaborare con il settore pubblico, ma soltanto rispetto a progetti che corrispondano alle finalità che l'associazione si è data fin dall'inizio.

Come associazione di volontariato possiamo permetterci di esprimere anche alcune riflessioni rispetto alla possibilità, proposta da alcuni e in massima parte dal Governo, di fare entrare le associazioni di volontariato nei consultori. Noi riteniamo che questo non debba accadere: da sempre abbiamo avuto una stretta collaborazione con i consultori, nel senso che come associazioni ci siamo avvalsi del loro aiuto e del loro sostegno inviandovi le donne con problemi che non potevamo risolvere e, allo stesso tempo, i consultori hanno inviato al nostro Centro donna le donne che avevano subito problemi di violenza, o quelle che, come ad esempio le immigrate, volevano fare un percorso di *empowerment*. All'interno nei consultori non vi è assolutamente bisogno di associazioni di volontariato, bensì di quella multidisciplinarietà che esiste sulla carta, nei fatti e in molte strutture consultoriali, come alcune di eccellenza, dove vengono rispettate le piante organiche e dove esistono consultori per adolescenti.

Nel nostro intervento abbiamo insistito molto sul tema della prevenzione, della contraccezione e della informazione, riguardo al problema degli adolescenti, dell'offerta attiva, delle immigrate e degli immigrati. Certo, occorre ricontestualizzare la legge stessa, anche rispetto ai cambiamenti culturali e storici avvenuti nella nostra società. Occorre dire però che noi, come associazione di volontariato, abbiamo fatto l'inverso: siamo andati a formarci, partecipando ad alcuni corsi organizzati dalla ASL per i volontari del-

l'associazione e che riguardavano, tra l'altro, l'informazione sulla prevenzione dei tumori femminili.

Probabilmente avrebbe dovuto esservi un maggiore impegno istituzionale e finanziario dello Stato rispetto ad un servizio che tutti ci invidiano e che forse dovremmo valorizzare di più.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Vorrei fare una battuta per verificare se ho capito. Mi sembra che le associazioni di volontariato sarebbero « battitori liberi » in termini sportivi (si potrebbe anche dire « una voce fuori campo »), quindi con altri compiti e che, nei confronti dei consultori, esse si pongano in una posizione critica e non di collaborazione.

GRAZIA LABATE. Hanno detto esattamente il contrario, cioè che vogliono collaborare !

PRESIDENTE. Il discorso è diverso. Una cosa è l'istituzionalizzazione e un'altra è la collaborazione. Ritengo la collaborazione ancora oggi fondamentale, come ha detto giustamente la dottoressa intervenuta. L'ideale sarebbe se il consultorio potesse far tutto e conseguentemente aiutare i soggetti prima, durante e dopo (anche se durante già lo fa, pur nella carenza di strutture, di medici, che sono pochi, e di ostetriche, che sono spesso del tutto assenti !). Però questa struttura già fa quello che può fare, con i numeri che ha a disposizione. In molti consultori, come già sottolineato, la parte clinica viene applicata correttamente: i ginecologi, infatti, constatano che sono scomparsi gli aborti clandestini e che oggi non si verifica più quello che accadeva trenta o quaranta anni fa. È invece meno sviluppata la parte socio-economica, che andrebbe quindi maggiormente valorizzata.

Non vi sarebbe nulla di scandaloso nell'utilizzare (nel senso buono della parola), nell'ambito di tale sviluppo, anche

l'attività di eventuali associazioni di volontariato, al di là dell'obbligatorietà della loro presenza nel consultorio. Le figure istituzionali già sono presenti nell'ambito dei consultori, essendo previste per legge, e sono d'accordo sul fatto che dovrebbero essere sempre tutte presenti; oggi, ad esempio, ci si diceva di incrementare la presenza degli psicologi che spesso mancano, soprattutto per le minorenni, verso le quali si avverte la carenza di una consulenza psicologica.

Da ciò che emerge sembra che stia nascendo una collaborazione fra le varie componenti e che non vi sia bisogno di modificare le leggi o di stravolgerle, bensì di farle applicare meglio di quanto non lo siano oggi: in tal modo forse le situazioni potrebbero essere migliorate. Certo — parlo come ginecologo — non cancelleremo mai completamente l'aborto, perché — lo dico fra virgolette — nessuno è favorevole ad esso, ma è nato con la donna stessa e con l'uomo!

Ancora una volta ribadisco che stiamo svolgendo solo una indagine conoscitiva e che nessuno vuole stravolgere o cambiare la legge, la quale può essere però migliorata; da questa indagine sta emergendo con evidenza il fatto che si tratta anche di un problema economico e di scelte che devono essere effettuate, se si intendono portare avanti determinati discorsi: e questo si sta evidenziando benissimo. Ci è stato opposto che siamo alla fine della legislatura: a tale proposito rispondo che è meglio tardi che mai!

GRAZIA LABATE. In questo caso è un po' troppo tardi!

PRESIDENTE. Chi sarà in Parlamento nella prossima legislatura potrà prendere visione degli atti dell'indagine e farsene carico, per migliorare la situazione.

Nel ringraziare i nostri ospiti, dichiaro conclusa l'audizione e sospendo la seduta.

La seduta, sospesa alle 13,50, è ripresa alle 14,50.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita, dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus) e della Caritas Italia.

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 dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita, dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus) e della Caritas Italia.

Ricordo che sono stati già ascoltati dalla Commissione i rappresentanti dei Ministeri della salute e della giustizia, gli operatori nel campo sanitario e molte associazioni, al fine di verificare l'attuazione della legge n. 194 nel suo complesso. Siamo giunti quasi alla conclusione della nostra indagine conoscitiva: nei prossimi giorni si procederà ad un'altra serie di audizioni, cui farà seguito l'elaborazione del documento conclusivo che rimarrà agli atti del Parlamento.

Un problema che più volte è stato sollevato nell'ambito di questa indagine riguarda il rapporto tra i consultori e l'applicazione della legge n. 194 e l'attività svolta nei reparti degli ospedali dove viene applicata questa legge. È stato rilevato che soltanto il 30 per cento di chi sceglie l'interruzione volontaria di gravidanza passa attraverso i consultori; il 70 per cento si reca direttamente in ospedale. I medici di famiglia non svolgono dunque questa grande attività di certificazione o di « consulenza » nell'ambito della legge n. 194. Non abbiamo avuto il piacere di sentirli; non sono potuti intervenire, a causa dei loro impegni.

È stato posto in luce anche la problematica legata all'immigrazione, che aggrava la situazione con riferimento all'applicazione della legge e all'integrazione di queste persone, che spesso viene a mancare. Abbiamo appreso che alcuni consultori funzionano meglio, altri meno. In alcune realtà, la collaborazione tra i consultori e gli ospedali è stata più attiva, in altre meno.

Le domande che sono state poste hanno riguardato soprattutto l'applicazione della legge n. 194 dal punto di vista clinico. È stato rilevato che, sotto questo profilo, la legge n. 194 viene ben applicata; effettivamente, gli aborti clandestini e le conseguenze degli stessi sono diminuiti ed il lieve aumento del numero degli aborti registrato recentemente è legato al fenomeno delle donne immigrate.

È emerso inoltre un problema riconducibile all'assenza della componente sociale che, probabilmente, andrebbe sviluppata ed integrata meglio. È stato posto l'accento sull'opportunità di una collaborazione tra le associazioni di volontariato, di qualunque tipo esse siano, i consultori o i centri ospedalieri. È questo che abbiamo chiesto e che continuiamo a chiedere. Non si vuole cancellare la legge; il tentativo è di migliorarla, se necessario, e soprattutto di farla applicare nella sua interezza.

Darò ora la parola ai rappresentanti delle associazioni presenti. I parlamentari, eventualmente, potranno poi porre delle domande a cui si potrà replicare. Chiunque volesse lasciare memorie scritte o documenti, potrà farlo; oggi la Commissione non è al completo, ma gli atti saranno a disposizione di tutti i deputati.

Sono presenti per l'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), il professor Filippo Boscia e il dottor Vincenzo De Filippis; per l'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, don Oreste Benzi e il signor Enrico Masini; per l'Associazione di volontariato Movimento per la vita, l'onorevole Carlo Casini, il dottor Pino Morandini, la dottoressa Elena Vergani e il dottor Giorgio Libertini; per l'Associazione

Progetto famiglia (Onlus), il signor Marco Giordano, la dottoressa Anna Pisacane ed il sacerdote Silvio Longobardi; per la Caritas Italia, il dottor Giancarlo Corsi.

FILIPPO BOSCIA, *Vicepresidente nazionale vicario dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI)*. Signor presidente, le siamo grati per aver promosso questa indagine e per aver previsto la partecipazione dei rappresentanti dell'Associazione medici cattolici italiani.

I medici cattolici intendono esprimere il loro parere anche sulle recenti vicende che hanno riaperto il dibattito sulla legge n. 194 e sul ruolo dei servizi consultoriali.

Va precisato che il sostegno alle gravidanze inattese e la difesa del diritto alla vita del concepito è materia intellettualmente impegnativa. Mi occupo di questa materia, ho scritto e ne ho parlato in mille circostanze e credo di poter portare anche la concreta esperienza degli operatori medici cattolici che rappresento, i quali, avendo conosciuto i volti di centinaia di bambini nati grazie al nostro intervento, sono indotti a condividere questa indagine conoscitiva sull'attuazione della prevenzione. È una gratitudine che, nel tempo, si manifesta anche da parte dei loro genitori che esprimono la stessa condivisione.

Noi dell'AMCI sentiamo che è giunto il tempo per una riflessione seria. Non sarebbe possibile un ulteriore sviluppo e diffusione di una civiltà senza dare dimostrazione tratta dalla esperienza — e dalla nostra in particolare — e senza proporre un modello ripetibile anche nel pubblico. C'è ancora — lo dico con soddisfazione — chi parla e scrive di diritto di nascere e, quindi, di vera prevenzione dell'aborto, ma, purtroppo, tante volte incontriamo il vero attuale nemico della vita nascente che si chiama silenzio, neutralità e censura.

È un dramma quello dell'aborto, ma nel momento in cui è diventato libero e si è moltiplicato non è più oggetto di dibattiti, di verifiche, di confronti, di tentativi di interventi. È necessario, si è detto nel passato, programmare il silenzio. Forse questo è una conseguenza di un mecca-

nismo inconscio di difesa; forse la censura è il solo modo di inghiottire l'inquietudine e di impedirle di emergere. In questa situazione di silenzio, l'audizione odierna si inserisce a titolo alto e qualificante per la prevenzione dell'aborto, partendo da un concetto che è quello dell'indicare l'individuo vivente appartenente alla specie umana e del riconoscerne il valore. Una riflessione che vuole proclamare il valore della vita incipiente, che non difende soltanto questa, ma anche noi stessi, e ridona speranza.

Da 28 anni, la n. 194 è legge dello Stato e di fatto ha introdotto in Italia un aborto libero da qualsiasi condizionamento e motivazione — è riportato all'articolo 4 — e, su indicazione medica, anche in qualsiasi momento della gravidanza (articolo 6). Tutte le affermazioni di principio dell'articolo 1 non sono suffragate dai fatti. Tuttavia, la legge contiene, obiettivamente, spazi positivi che è doveroso utilizzare e saper utilizzare.

Vorrei soffermarmi sull'articolo 2, quello che maggiormente riguarda il tema della prevenzione e che — ne estraggo soltanto alcune parti — fa riferimento ai servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti nelle strutture operanti sul territorio, fa riferimento alle strutture sociali che devono predisporre speciali interventi quando la gravidanza e la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi, di cui alla lettera a).

I quattro paragrafi, dalla lettera a) alla d), fanno obbligo ai consultori familiari pubblici di aiutare positivamente la gestante a rimuovere le cause che potrebbero condurla all'interruzione della gravidanza. Questa competenza, di cui il consultorio si trova investito, è in realtà omessa o difficilmente realizzabile, sia per l'attuale medicalizzazione sia per una certa degenerazione delle funzioni consultoriali, assai più ambiziose nell'intenzione del legislatore ma attualmente non applicate, soprattutto perché i soggetti sociogiuridici, cui dovrebbero essere delegate molte delle mansioni, non sono pratica-

mente previsti nel personale di consulenza e di assistenza; chiaramente, sono indicati il medico, lo psicologo, il pedagogo e l'assistente sociale. A nostro avviso, questo personale di consulenza va certamente integrato.

L'ultimo capoverso dell'articolo è particolarmente interessante, in quanto legittima a pieno titolo la collaborazione con le istituzioni di volontariato. In tale termine vanno inclusi alcuni organismi: in primo luogo, i centri di aiuto alla vita e, secondariamente, ogni altra associazione di volontariato riconosciuta e i cui iscritti abbiano conseguito e conseguano un regolare titolo che ne attesti l'idoneità dopo aver seguito appositi corsi formativi.

Quanto a quest'ultimo capoverso, bisogna anche tenere presente la buona volontà del legislatore in ordine a quelle che vengono definite «finalità liberamente scelte dalla coppia nel rispetto delle condizioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti». A questo proposito, non possiamo non rilevare una certa carenza da parte degli operatori, per esempio in merito alla conoscenza e alla proposta dei metodi naturali per la regolazione della fertilità che, invece, sono quelli più carichi di prospettive future. In genere essi, oltre ad essere ritenuti metodi di secondo piano rispetto alla contracccezione ormonale o meccanica, vengono sfiduciosamente relegati a metodi non efficaci. Niente o quasi nulla viene detto, perché poco si è documentati sulla materia, su tutti questi metodi.

Mi piace ricordare in questa audizione che nel gennaio 2004 le facoltà di medicina delle università romane — Tor Vergata, Sapienza, Campus e Cattolica — hanno realizzato una *Consensus Conference* che è giunta, anche grazie al contributo di numerosi cattedratici, nonché della AGUI - Associazione Ginecologi Universitari Italiani, — ad alcune conclusioni che rimarcano la validità di questi metodi, la necessità che venga riconosciuta dignità scientifica e che si attivi anche l'insegnamento della regolazione naturale della fertilità. A conclusione di questi lavori va

sottolineato che un'università statale, quella di Tor Vergata, ha tributato ai coniugi Billings, ideatori dell'omonimo metodo che costituisce una pietra miliare nella moderna regolazione naturale della fertilità, una laurea *honoris causa*, dando un sicuro riconoscimento a questa attività che procede nel rispetto della dignità della persona e per la promozione e la difesa della vita umana sin dal concepimento.

Una sottolineatura a me pare debba essere fatta in merito alla legge n. 194 e alla certificazione. La legge n. 194 consente l'aborto a comando: ogni donna, in base all'articolo 3, non occorre che invochi problemi di salute, ma solo l'esistenza di condizioni economiche e sociali che, in maniera fumosa, non documentate, non documentabili, potrebbero apportare un serio pericolo per la sua salute fisica e psichica. Prova di questo è che il certificato, anzi, quel modulo che tutti conosciamo, squallidamente burocratico, non porta alcuna indicazione rispetto all'intervento. D'altra parte, a chi toccherebbe l'incombenza dei controlli? Ai consultori, che sono poco efficaci, che certificano soltanto il 30 per cento, come lei, presidente, sottolineava? Agli operatori sanitari, che dovrebbero aiutare la donna a rimuovere le cause che la indurrebbero all'IVG? A chi spetta il compito di valutare le condizioni economiche e sociali?

A noi risulta che mai nessun medico si sia rifiutato o abbia avuto la possibilità di rifiutarsi di consegnare questo salvacondotto, che è diventato un atto dovuto. È importante che la donna autogestisca la legge: la sua volontà è insindacabile, il padre è escluso, il concepito è un oggetto, una cosa, il medico è un passacarte.

È molto importante il problema delle motivazioni. In tutte le relazioni che sono state presentate dal ministro della salute al Parlamento sull'applicazione di questa legge, tale aspetto appare lacunoso; non si può neppure evincere qualche dato — che sarebbe importante — sulle vere motivazioni, sulle cause che inducono all'IVG, per discriminare le cause sanitarie da quelle sociali. Quante volte questo con-

flitto si manifesta? Per quanto mi riguarda, da medico e da ginecologo, posso dire che cause mediche non ce ne sono quasi mai. In realtà, l'attuazione della legge n. 194 si caratterizza in una realtà sanitaria in cui fanno spicco la carenza di strutture consultoriali ben organizzate ed orientate al sostegno della genitorialità in difficoltà, l'assoluta assenza di strutture poliambulatoriali e carenze anche funzionali e strutturali (lei, presidente, lo sottolineava) dei presidi ospedalieri, rese ancora più gravi dall'assenza di personale interessato agli aspetti preventivi della legge n. 194.

Questo ha comportato il venir meno di quegli strumenti previsti dalla legge a tutela dei diritti della donna e della sua preventiva e corretta informazione. La conseguenza è stata l'omissione sistematica degli obblighi previsti per il medico certificatore dall'articolo 5 della legge n. 194 e lo sviluppo parallelo — bisogna dirlo — di un mercato di certificati tanto reale quanto difficilmente quantizzabile, nonché la mancanza per la donna di un punto di riferimento stabile.

L'assenza, inoltre, di strutture alternative all'ospedale che fungessero da filtro ha fatto sì che sugli ospedali già vicini al collasso, strutturalmente e amministrativamente incapaci di un intervento medico preventivo al di fuori dello schema classico di diagnosi e cura, si riversasse una richiesta di intervento qualitativamente e quantitativamente nuova in termini di rapporto medico-struttura-utenza.

Il problema che vorrei sottolineare e che mi sta più a cuore riguarda gli aborti tardivi. Credo che su tale aspetto la legge debba essere rivista o, quanto meno, che vi siano circolari di indirizzo su questo argomento. È un problema emerso nel momento in cui è stata stabilita, all'articolo 6, la possibilità — dopo i primi novanta giorni — non solo di dar corso all'interruzione volontaria di gravidanza quando sia a rischio la vita della madre (ciò che si è fatto sempre), ma anche quando si riscontrino serie anomalie e malformazioni fetali capaci di incidere gravemente

sulla salute fisica e psichica. In realtà, osserviamo che, spesso, le « gravi malformazioni fetali » si riducono alla presenza di un labbro leporino, o alla dilatazione di un ventricolo cerebrale, problemi sovente transeunti, passeggeri, che non impedirebbero la tutela della vita. Eppure, le interruzioni di gravidanza si effettuano ugualmente, addirittura a 22, 23, 24 settimane, con bimbi che nascono di peso superiore ai 500, 600 grammi e che spesso — con un intervento operativo di rianimazione neonatale — riescono a sopravvivere per mesi e qualche volta anche per anni. E questo avviene senza che alcuno sappia chi siano i loro tutori. Chiaramente, la prevenzione è molto importante, ed è un problema che riguarda tutte le coscienze.

Ritengo doveroso riflettere anche sull'utilizzo di talune sostanze chimiche quali il norlevo e la RU 486: in realtà, non abbiamo bisogno di nuovi metodi per abortire; occorrono, piuttosto, nuove iniziative per evitare le maggiori difficoltà e permettere ai figli di vivere. Chiedo, pertanto, a nome dei medici cattolici, che sia garantita e tutelata dalla legge la libertà della donna di non abortire. La legge n. 194 prevede e obbliga a presentargliela, ma quali alternative vengono offerte? Quali sono le chiarezze che vengono poste nell'ambito dell'informazione? Esiste un *counselling* di assistenza sociale ma questo, nei consultori, non viene assolutamente praticato. La psicoterapia, per esempio, di nevrosi reattive all'imprevista gravidanza non viene affrontata nei consultori, né la valutazione quantitativa del rischio di malattie ereditarie. Non vi è neppure un'adeguata assistenza delle gravidanze a rischio, nel quadro della quale non si ritenga temeraria, come purtroppo oggi accade, la donna che abbia rifiutato la più facile soluzione dell'aborto.

I problemi sono dunque molteplici e, spesso, la prestazione tecnica passa in secondo piano rispetto alla più pressante necessità di trovare ospitalità per le ragazze madri, per le adolescenti che vorrebbero tenere nascosta la loro gravidanza, per le coppie in cerca di un mo-

mentaneo alloggio in attesa di una sistemazione più adeguata, per le donne da allontanare dal partner perché da questi maltrattate, per le ragazze da sottrarre ad ambienti malsani, frequentemente destinate alla prostituzione e allo spaccio di droghe. Dietro ognuna di queste esemplificazioni, si affacciano alla mente numerose esistenze vittime di violenze realmente riscontrate. L'aborto, per queste persone, diventa un'ulteriore violenza.

Sarebbe quindi opportuno rideterminare le funzioni dei consultori, attraverso l'informazione, la formazione e l'educazione. Le metodologie consultoriali non devono prevedere azioni assistenziali ma soprattutto azioni di ricerca ed intervento, secondo un progetto dettagliato basato sugli obiettivi a breve, medio e lungo termine, che siano realistici, controllabili, con la elaborazione di indicatori di qualità. Ho svolto un'indagine in tutti i consultori del sud d'Italia per chiedere la documentazione sulla recessione dalla domanda di aborto. Ebbene, nessuno di essi ha potuto presentare un fascicolo attestante almeno un caso in cui l'attività di un consultorio fosse servita a salvare una vita. Viceversa, nell'ambito di tante altre istituzioni benefiche, questi sono casi numericamente rilevanti e ovviamente tale aspetto deve essere assolutamente affrontato.

In merito, poi, all'adempimento, già previsto per legge, di inserire volontari all'interno dei consultori, proprio per venire incontro a simili situazioni, in questo momento esistono delle paure, delle resistenze anche da parte dei ginecologi consultoriali; ho letto su Internet un comunicato, diramato in occasione di un recente congresso, in cui si dice — in chiara opposizione ad un'iniziativa di questa natura — che una misura del genere andrebbe a ledere gravemente la loro dignità professionale. Personalmente, credo che i consultori debbano essere rivisitati ed integrati con le associazioni di volontariato e soprattutto — ritengo quest'ultima un'innovazione, che anche il dottor De Filippis qui presente ha evidenziato — con i servizi

sociali comunali, come previsto, nell'ambito dei piani sanitari di zona, dalla legge n. 382 del 2000 e dalle specifiche leggi regionali di recepimento ed attuazione (in Puglia, la legge n. 17).

Pertanto, il porre l'attuazione piena della legge n. 194 tra le priorità di azione dei piani sanitari di zona consente di creare una rete di sostegno alla maternità e paternità responsabili e all'accoglienza della vita nascente, tra il distretto socio-sanitario, i servizi sociali comunali, le unità operative di ostetricia e ginecologia territorialmente agenti, i consultori familiari e le associazioni del volontariato, reperendo ed ottimizzando l'utilizzo specifico di risorse economiche e di professionalità. In tale ottica, le cause socioeconomiche ostative al proseguimento della gravidanza potrebbero avere concrete risposte risolutive, economiche, assistenziali, sociali e lavorative, ponendo il problema dell'IVG nel prevalente ma non esclusivo ambito sanitario.

ORESTE BENZI, *Presidente dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII*. Sono rimasto molto impressionato dall'incontro che abbiamo avuto un mese fa con il primario di ostetricia del Mangiagalli di Milano. Costui, che non è obiettore di coscienza, ha però dichiarato che se sua moglie dovesse concepire un figlio affetto dalla sindrome di Down la inviterebbe, per quanto è nelle sue possibilità, a tenerlo. Dopo averci spiegato che in quella clinica il numero degli aborti nel primo trimestre è pari a 1.500 all'anno, e che proprio lui deve firmare il permesso di abortire negli altri tre mesi (cosiddetto aborto tardivo), in un momento di riflessione ci ha rivelato di firmare ogni anno dalle 170 alle 200 condanne a morte di bambini che potrebbero vivere ma che, talvolta, solo a causa di qualche inezia — come è stato già sottolineato nel corso del precedente intervento —, vengono uccisi. La verità è che si è creato uno stato di orrore, nel quale si ritiene compatibile l'essere persona umana e l'uccidere i figli della persona umana. Questo orrore di opinione, dive-

nuto predominante in tutta la società, è la prima causa dei delitti commessi verso i bambini. Si è arrivati, dunque, ad un totale capovolgimento della mentalità umana rispetto alla vita: appare così addirittura strano che possa nascere un bambino con un deficit di qualsiasi tipo; ci si chiede perché, alla luce di tutti i mezzi disponibili per individuare la situazione di salute, possa ancora venire al mondo un bambino portatore di handicap. Siamo davvero nell'orrore!

Ritengo, ad ogni modo, che la diffusione di questa mentalità sia imputabile a tutti. Di fronte all'aborto, nessuno ha le mani pulite: sono le mani di molti a grondare di sangue, quelle dei fautori di questo inspiegabile delitto umano — segno di una enorme decadenza — e quelle di coloro che stanno zitti! Diceva bene Martin Luther King quando dichiarava: «io non temo la cattiveria dei malvagi, ma il silenzio dei buoni». Oggi sono troppi i buoni che tacciono di fronte a questo permanente delitto. Occorre cambiare anche i termini: è infatti errato parlare di interruzione volontaria della maternità a proposito di ciò che invece è un omicidio premeditato, aggravato dal fatto che il bambino non si può difendere! È mero assassinio! Ed io questo l'ho sempre denunciato, ovunque! Si tratta del tradimento più grande che viene fatto verso le donne. Una donna non uccide mai il suo bambino e quando arriva a farlo ci sono molte ragioni, che muovono tutte dal tradimento della donna stessa.

Ho avuto occasione di parlare con il direttore della ASL di Rimini, tempo fa. Noi andiamo a pregare di fronte agli ospedali e siamo contenti di farlo; quando ci dicono di recarci a pregare in chiesa rispondiamo che questo lo facciamo già, aggiungendo che quando degli innocenti vengono sgozzati, uccisi, noi dobbiamo essere presenti al delitto, altrimenti ne saremmo compartecipi. Ebbene, conversando di questo con lui, ho sentito il direttore dirmi: «Don Oreste, io la combatterò sempre, però, se lei non facesse così, non crederei mai che lei è prete». Nel

parlare così, mi ha chiesto poi di non dire in giro che sono i problemi economici a spingere la donna ad uccidere un bambino, perché non è vero, come del resto noi documentiamo. La causa è soltanto questo orrore di pensiero umano orribile! Basta sentire i *mass media*, o i discorsi dei politici: il tradimento viene operato continuamente. Se ad un cagnolino viene rotta una gamba si finisce in galera, eppure noi accettiamo questo orrore! E coloro che stanno nelle stanze dei bottoni sono i primi traditori di queste creature.

In conclusione, vorrei solo dire che, circa tre mesi fa, mentre ci trovavamo ad Ancona, davanti al Salesia a pregare, ad un certo momento sono arrivati carabinieri. Mi hanno chiamato, chiedendomi le generalità, ed io ho manifestato loro tutta la mia collaboratività, dichiarandomi disponibile — se del caso — a seguirli in caserma. Ho spiegato anche, però, che si stavano sbagliando, facendo loro presente che il luogo in cui ammazzavano i bambini si trovava 20 metri più in là, e domandandogli perché fossero venuti da noi. La risposta è stata: « Ci hanno chiamato ». Vi rendete conto? Siamo arrivati all'assurdo! Dico questo non per riportare meramente un episodio, in sé poco rilevante, ma per evidenziare un fatto molto grave: chi uccide questa massa enorme di bambini, in Italia e nel mondo, è proprio questa compatibilità. Siamo arrivati al punto in cui la vita deve rimanere soltanto se il genitore la vuole. Ma questo è un errore. Alla denominazione « Ministero della sanità » o « della salute », bisognerebbe aggiungere « e della morte »! Nessuno può pagare la vita di queste creature! È una battaglia ideologica che scaturisce dal diritto di ogni essere umano a venire alla luce una volta che è stato concepito, e questo diritto noi affermiamo!

Infine, dobbiamo arrivare al punto di rendere inutile l'aborto. Se fosse possibile dar luogo ad un tavolo di lavoro, per operare insieme, vorremmo riflettere sulle modalità per ottenere — oggi, nel 2006 — proprio questo risultato, perché crediamo nella bontà della donna e nel valore

grande che ha: non è la miseria che spinge ad abortire, basta guardare le statistiche. Gli aborti avvengono laddove non ci sono figli, o ce ne sono pochissimi, non dove ce ne sono molti. Di fronte a questo, io dico che bisogna recedere. Secondo una statistica più o meno credibile, ma a mio parere dotata di un buon fondamento, rappresentano un'alta percentuale le madri che dopo aver chiesto l'aborto recedono spontaneamente, e la percentuale aumenta quando è data a costoro la settimana di riflessione, cosa che generalmente non viene più assicurata. Lo scandalo è nell'orrore dei consultori: ci chiediamo perché lo Stato italiano debba pagare personale che non fa quello che deve fare! Il dottor Flamigni non è esattamente un clericale, eppure ha definito il consultorio un puro « timbrificio ».

ENRICO MASINI, *Responsabile generale servizio maternità difficile dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII*. Nella consapevolezza di non poter far modificare la legge n. 194, da circa dieci anni la nostra comunità ha iniziato ad attivarsi perché quella disciplina venga attuata. Ciò prima di tutto si è manifestato nella nostra disponibilità all'accoglienza, all'incontro e al sostegno di tutte le madri chiamate a fronteggiare una gravidanza inattesa, difficile, affinché questa non sia rifiutata ma accolta: abbiamo verificato che nella stragrande maggioranza dei casi ottenere tale risultato è possibile, rimuovendo le cause che hanno portato la donna a pensare all'aborto. E questo dovrebbe essere il punto di partenza dei consultori.

Abbiamo quindi tentato, in varie parti d'Italia, di aprire all'interno dei consultori stessi dei confronti con i responsabili di varie aziende sanitarie locali, ottenendo così risultati interessanti, sebbene purtroppo — come abbiamo potuto appurare poi — questi, per motivi perlopiù ideologici, non abbiano avuto seguito. Nell'ASL di Rimini, per citarne una, abbiamo elaborato un « pieghevole » insieme, proprio per assicurare una disponibilità concreta alle donne che entrano nel consultorio,

con l'accordo che fosse distribuito a tutte coloro che avessero richiesto l'aborto. Ne sono stati definiti congiuntamente testo e composizione; poi, nel momento dell'attuazione, agli operatori è stato vietato — dai loro superiori — di darne distribuzione, per evitare di coinvolgerci in un'attività, quella dell'incontro con le donne in difficoltà, pur prevista dalla legge n. 194.

In questi anni, nella maggior parte delle città dove operiamo, nessuna donna ci è stata inviata dai consultori e le centinaia che abbiamo incontrato le abbiamo incontrate per altre vie, loro stesse sono venute a chiederci soccorso conoscendo la nostra disponibilità. A volte, è bastata una sola parola di incoraggiamento; sappiamo come sovente, attorno alle donne, ci sia tutta una rete di persone pronte a chiedere loro cosa intendano fare, se tenere o meno il bambino, come se si trattasse di opzioni tra loro uguali. Quindi, manca, in questo momento una politica per la vita che invece sarebbe espressa dalla legge n. 194, a partire dall'articolo 1.

Chiediamo pertanto che, in questa fase, tutti gli articoli della legge 194 a salvaguardia della madre e del nascituro vengano attuati. Tra l'altro, sono state previste sanzioni penali, addirittura fino a tre anni di reclusione, per chi non applichi l'articolo 5, ove sono definite tutte le condizioni necessarie a permettere l'aborto, il quale, oggi, è stato invece reso di fatto possibile su semplice richiesta della donna. Questo è contro la legge, eppure nessuno, sino ad oggi, ha obiettato che si sta disapplicando la normativa, considerato, tra l'altro, che non si vuole cambiarla né metterla in discussione.

Analogamente, per la rimozione delle cause che inducono la donna a richiedere l'aborto, sia gli operatori del consultorio, sia i medici privati, all'interno dell'ospedale avrebbero il compito di seguire un determinato percorso. Perché questo non avviene e nessuno dice niente?

Ci attendiamo dunque che da questa Commissione emerga un forte richiamo affinché gli articoli della legge vengano

rispettati e si possa davvero parlare di rispetto della vita umana e di tutela della donna, come diritto di quest'ultima non solo all'aborto, ma anche a saper accogliere il figlio che porta in grembo. Sappiamo, infatti, che molte volte le donne sono costrette a certe soluzioni. In questo momento, tra l'altro, è riconosciuta proprio l'esistenza della sindrome post abortiva. Non è ancora stato dimostrato che una donna possa subire degli effetti a livello psichico perché non ha abortito. Vi sono invece dimostrazioni evidenti di donne che, avendo abortito, hanno avuto problemi psichici e psichiatrici gravi. Altresì, in caso di nascita di un bambino con problemi di salute, anche gravissimi, non vi è nessuna evidenza scientifica che una donna possa subire conseguenze per la propria salute psichica e fisica. Oggi, però, agli psichiatri è sostanzialmente chiesto di apporre una firma in bianco sui certificati che consentono di eseguire un'interruzione di gravidanza oltre la dodicesima settimana.

Presentiamo oggi alla Commissione un libro frutto di un convegno da noi svolto proprio sui temi dell'aborto eseguito oltre il terzo mese, nel quale, in particolare, una psichiatra denuncia proprio questo atteggiamento (riguardante la possibilità di abortire oltre il terzo mese). In particolare, ella evidenzia che le giungono, ripetutamente, richieste di certificazioni cui non è in grado di far fronte, per l'urgenza con cui le vengono sottoposte e per le indicazioni insussistenti.

CARLO CASINI, *Presidente nazionale dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita*. Signor presidente, tenterò di svolgere un intervento conciso nonostante la complessità della materia. Premetto che anche la nostra associazione ha trasmesso alla Commissione una relazione scritta e alcuni volumi, fra i quali ve n'è uno pubblicato nel 2002, avente ad oggetto il tema del volontariato e della prevenzione dell'aborto, e che è successivamente stato integrato annualmente. Abbiamo infine allegato l'ultima relazione del nostro centro

di coordinamento dei centri di aiuto alla vita. Possiamo pertanto fornire dati aggiornati.

Vorrei brevemente presentare la delegazione del Movimento per la vita, qui oggi intervenuta. Sono presenti la professoressa Elena Vergani, psichiatra, che è stata primario all'ospedale Le Molinette di Torino, il dottor Pino Morandini, vicepresidente dell'associazione, insieme al dottor Giorgio Gibertini, responsabile del settore giovani e responsabile organizzativo della nostra associazione.

Ritengo che fra i contributi che possiamo fornire vi sia anzitutto una testimonianza della nostra esperienza. Grazie alla nostra trentennale attività, emergono dei dati che a nostro giudizio possono costituire un modello per un'eventuale correzione applicativa della legge n. 194. Inizialmente, non avevamo la possibilità di raccogliere i dati del nostro lavoro. Attualmente, i centri di aiuto alla vita sono 288, ai quali si affiancano 80 case di accoglienza ed una serie di centri dei movimenti per la vita. Dal 1990, circa a metà di questo periodo trentennale, abbiamo iniziato una raccolta di dati precisi, scientifici, rilevati anche dai docenti universitari che hanno svolto le indagini. Relativamente ad un periodo di 15 anni, possiamo fornire alcuni dati che, in ogni caso, sono approssimati, perché le schede di rilevazione sono state inviate da circa metà dei nostri centri. Posso comunque affermare che dal 1° gennaio 1990 sino al 31 dicembre 2004, grazie al supporto dei nostri centri di aiuto alla vita sono nati 47.342 bambini (si tratta dei casi registrati nelle schede).

Se realizziamo delle proiezioni per il quindicennio precedente (quando la nostra presenza era certamente più debole, anche se comunque operavamo sul territorio) ed in base anche al numero dei centri che non hanno inviato le schede, sostenendo di aver aiutato 70 mila bambini a nascere sappiamo di fornire una cifra largamente inferiore alla realtà. Nelle pubblicazioni trasmesse alla Commissione troverete anche altri dati che potranno risultare utili.

Uno degli elementi di sintesi, a mio avviso importanti, che emergono da queste documentazioni è che la prevenzione dell'aborto, anche in caso di gravidanza difficile o non desiderata, è comunque possibile. Si tratta di un dato certo, lo ha già affermato il professor Boscia, ma possiamo sostenerlo in base ai grandi numeri.

Una delle logiche che hanno presieduto, a nostro avviso, ad una cattiva gestione della legge è l'idea che tutta la prevenzione si riduca alla prevenzione del concepimento e che in presenza di una gravidanza indesiderata non vi sia altra via se non l'aborto. Noi possiamo sostenere che ciò non è vero. Possiamo anche affermare che non risponde al vero — ciò è corredato dai fatti — che una volta che la donna ha assunto una decisione, è finita. Non è vero! È esperienza comune che la donna in gravidanza attraversa periodi di oscillazione, in un senso o nell'altro, di angoscia, con decisioni prese che poi vengono riviste sino all'ultimo momento.

Posso fornirvi un ulteriore dato, che forse è di portata minore, ma, ovviamente, una operatrice di un centro di aiuto alla vita che parla con una donna in difficoltà non deve certo realizzare un'indagine sociologica; deve soprattutto porsi in un atteggiamento di empatia, di simpatia, di amicizia. Normalmente, in questi casi l'operatrice non si limita a registrare o scrivere quanto la donna le dice. Quest'ultima, spesso, racconta la realtà delle cose spontaneamente.

Vi è un dato parziale: non sempre si dice di aver già abortito o di essere in possesso di un certificato di aborto, ma, in base ai casi in cui ciò è avvenuto spontaneamente, possiamo affermare che, negli ultimi 15 anni, e con i limiti che ho poc'anzi ricordato, di 7.401 donne che avevano già in mano il certificato per abortire o addirittura avevano già fissato l'intervento, 5.476 hanno poi proseguito la gravidanza, mentre 1.925 hanno invece abortito. Ci pare che questo sia un dato obiettivo di cui tener conto.

Come saprete, svolgiamo due servizi particolari. Il primo, il « progetto gemma »,

è costituito da un aiuto economico, fornito da una famiglia o da un gruppo ad una mamma in difficoltà. Si tratta di un piccolo aiuto, 160 euro al mese: noi lo definiamo una « carezza » economica. In questo caso, abbiamo dati più precisi, avendo svolto un'indagine sugli ultimi 100 casi, ancora in corso, e sugli ultimi 100 casi dello scorso anno. Nella documentazione che abbiamo allegato si evince che su 100 casi di adozione a distanza di madri in difficoltà economiche, che avevano già preso la decisione di abortire, sono nati 101 bambini (vi sono due gemelli). Per la precisione, 37 donne avevano già fissato la data per l'intervento. Possiamo citare il numero dei bambini nati perché si tratta di casi risalenti ad un anno fa.

Per quanto riguarda l'anno in corso, non possiamo ovviamente citare il numero dei bambini nati, trattandosi di gestazioni tuttora in corso; però, in 45 casi era già stato rilasciato il certificato di aborto, oppure era già stato fissato l'intervento. Questo tipo di prevenzione quindi è possibile.

Un'altra considerazione importante è che questa prevenzione è possibile anche quando la segnalazione, o meglio, la mediazione tra la donna e i centri di volontariato avviene tramite terze persone. Si potrebbe obiettare che, avendo queste donne già deciso, qualcuno, così facendo, si intromette in questa decisione, magari invitandole a rivolgersi ai centri di aiuto alla vita. Anche al riguardo disponiamo dei dati di un'indagine che prende in considerazione gli ultimi 15 anni. Il 27 per cento delle donne si è recato spontaneamente nei nostri centri; il 28 per cento lo ha fatto a seguito della presentazione di amici; il 5 per cento proviene dai consultori pubblici. Ci sono casi di consultori pubblici sui quali non abbiamo nulla da dire — potrei farne i nomi — e che valutiamo ottimamente: vi sono dei consultori che funzionano. Il 12 per cento dei casi proviene da parrocchie e da associazioni; il 6 per cento giunge da noi tramite da altri utenti.

È interessante notare quindi (come testimoniato anche dalla documentazione proveniente dal servizio SOS vita) che la prevenzione è possibile anche in presenza della mediazione di un terzo soggetto.

Un'ulteriore considerazione svolta dal professor Boscia, che ribadiamo, è che non abbiamo notizia di un solo caso di madre che si sia rammaricata con noi per l'azione compiuta. Conosciamo almeno 70 mila donne, come detto (potremmo scrivere un libro, per motivi di riservatezza non lo facciamo) che ci ringraziano. Viceversa, purtroppo, conosciamo la sofferenza delle donne che hanno abortito; anche al riguardo disponiamo di alcuni dati.

Un altro aspetto da evidenziare è che, il più delle volte, quale motivazione dell'aborto verrebbe indicata la causa economica. Secondo l'esperienza delle donne che giungono nei nostri centri, ci pare che quella economica non sia la vera causa degli aborti. Vi è invece un comune denominatore, largamente diffuso, che si chiama solitudine, di qualsiasi tipo (psicologica, sentimentale, da abbandono, da pressioni ambientali). Vi è anche la questione economica, ma non è irrisolvibile: il problema grave è quello della solitudine. Non è sufficiente un colloquio burocratico, occorre un'amicizia che si espliciti mediante incontri, eventualmente ripetuti. È necessario farsi realmente carico dei problemi di fondo; non basta un consiglio, occorre anche un aiuto concreto, non momentaneo, ma diluito nel tempo. Occorre che insieme alla volontà positiva, tipica del volontario, vi sia anche una preparazione tecnica, psicologica, professionale. Infatti, è necessario che, unitamente al risultato che solo il volontariato può conseguire, ossia il senso di partecipazione emotiva, vi sia anche la competenza e la capacità di intervenire.

Un ulteriore elemento che riteniamo di dover suggerire in questa sede è la pubblicità. Mi riferisco al ruolo importante delle parole che si ascoltano in televisione, sui media. Abbiamo maturato una certa esperienza su questi aspetti. Vi sono casi

di donne che hanno deciso di abortire per aver letto un articolo di un giornale e di donne che non hanno abortito per aver visto un servizio televisivo. Possiamo fornire un dato circa la trasmissione di uno *spot* televisivo che segnala il nostro numero verde « 80013000 », attivo 24 ore su 24. Ebbene, il numero delle richieste di aiuto è aumentato di nove volte nel meridione e di cinque volte nel nord d'Italia. Questo testimonia l'esistenza di un bisogno; perché non si fornisce risposta a questa esigenza?

Questa nostra esperienza ci consente anche di evidenziare alcuni aspetti circa la legge n. 194. Le madri che si recano nei nostri centri spontaneamente ci raccontano cosa hanno fatto in precedenza nella loro vita: se hanno avuto altri aborti, se in passato si sono recate nei consultori o dal medico di fiducia. Ovviamente, l'efficacia del colloquio e il rispetto della donna non ci consentono di svolgere inchieste sociologiche; però veniamo a conoscenza di alcuni dati. Ad esempio, risulta che nell'80 per cento dei casi il medico privato o del consultorio non solo non prospetta alla donna un'alternativa all'aborto, ma non le chiede neanche il motivo della domanda di interruzione volontaria della gravidanza. In un numero significativo di casi, la donna ha avvertito l'incontro con il personale consultoriale o sanitario addirittura come una vera e propria sollecitazione all'aborto. Si tratta di una minoranza di casi, ma che comunque esiste, in palese contrasto con la legge n. 194.

Credo sarebbe veramente positivo se le strutture pubbliche, in particolare il Ministero della salute, potessero riferirci non soltanto il numero dei morti — come li definiamo noi — ma anche quello dei vivi, cioè di quelli che attraverso questo servizio è stato possibile salvare, per effetto delle misure previste dalla stessa legge.

Tralascio di fornire altri dati interessanti; ne evidenzio solo uno — importante — che risulta anche dalle relazioni ufficiali: l'urgenza che fa decadere il termine di sette giorni. La media italiana di tali casi è il 10 per cento, come indicato

dall'ultima relazione ministeriale. Ma vi sono due regioni, la Toscana e l'Emilia-Romagna, che da sole registrano il 40 per cento dei casi. In particolare, in Toscana si registrano 2.230 casi e in Emilia-Romagna 2.525; mentre nelle regioni vicine si registrano percentuali diverse. Più specificamente, in Umbria vi è il 2,6 per cento dei casi, in Veneto il 7 per cento, il 4 per cento in Liguria, l'8 per cento nel Lazio. Perché si verifica questo andamento? È possibile che le donne toscane ed emiliane siano più malate di quelle di regioni limitrofe? Evidentemente vi è un uso non corretto della dichiarazione di urgenza.

Segnalo poi il tema dell'aborto oltre il terzo mese. Ne ha già accennato il professor Boscia, quindi sarò breve. Ci risulta, in base alle dichiarazioni delle madri, che spesso anche l'accertamento medico delle anomalie o malformazioni sia errato. Vi è un numero rilevante di casi in cui la previsione di anomalie o malformazioni nei primi tre mesi di gravidanza o addirittura l'accertamento delle anomalie e malformazioni dopo il terzo mese era non veritiero. A chi obietta su come facciamo a saperlo, rispondo che è così. Lo sappiamo e possiamo citare il numero di casi in cui alcune madri, che avevano il certificato per abortire per le suddette ragioni, hanno avuto il coraggio di proseguire la gravidanza ed è nato un bambino sano. A me personalmente è capitato di trattare uno di questi casi. Vi è quindi il problema dell'accertamento rigoroso e serio, che assume particolare gravità.

Segnalo l'esistenza di un servizio particolare, il « telefono rosso », gestito dalla facoltà di ginecologia e ostetricia dell'Università cattolica del Sacro Cuore, che svolge consulenze soprattutto nel campo dei farmaci. Al riguardo, le cifre sono chiarificatrici. In questo servizio, dal 2000 ad oggi, sono state realizzate 28.430 consulenze, delle quali l'89 per cento è riferito a gravidanze in atto. Di queste ultime, il 10 per cento riguarda donne indirizzate all'aborto o per paura personale o perché consigliate da sanitari o parenti. In questi casi, è stato dimostrato che il reale au-

mento del rischio concreto di malformazioni (presente naturalmente in ogni gravidanza), è stato aumentato dell'1 per cento. Si può quindi calcolare che ogni anno, grazie al solo servizio telefonico, che con rigore scientifico e aggiornamento internazionale dice la verità sugli effetti teratogeni dei farmaci, sono nati circa 300 bambini. E si tratta di un servizio privato! Quanto sarebbe più bello se si trattasse di un servizio pubblico, svolto su tutto il territorio nazionale ed adeguatamente finanziato!

È un tema serio: molto spesso non si tratta di gravidanze indesiderate, ma di madri che desiderano quei bambini e che si sentono costrette all'aborto solo perché indotte in errore. Vi è il problema di restituire veramente loro la libertà, di non far piangere le mamme, anche qualora siano disposte ad abortire di fronte ad un pericolo di malformazione.

Giungono — drammaticamente — anche notizie di sopravvivenze non curate, ossia di bimbi che restano sul tavolo operatorio. Al riguardo esistono una casistica e delle pubblicazioni. Credo che questo avvenga in violazione dell'articolo 7 della legge, la quale stabilisce che non si può procedere all'interruzione volontaria della gravidanza quando vi è possibilità di vita autonoma e che comunque devono essere adottate tutte le misure necessarie. Relativamente alle nostre proposte a tale riguardo, riteniamo che sarebbe positivo se il documento della Commissione potesse chiarire cosa si intenda per prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza. La prevenzione non è soltanto quella del concepimento, ma è anche la prevenzione dell'aborto quando la gravidanza è già in atto. In tal senso, le nostre tesi sono particolarmente supportate da un recente documento del Comitato nazionale di bioetica in materia di donne in gravidanza (che conferma quanto da me evidenziato) e dalla sentenza della Corte costituzionale n. 35 del 1997.

Come ho già ricordato, la relazione ministeriale dovrebbe essere molto più ricca. Sotto questo profilo, rimando al

testo scritto consegnato alla Commissione. Ritengo vi sia una misura che potrebbe essere assunta tramite semplici provvedimenti amministrativi. Più specificamente, quando l'aborto è motivato dall'accertamento di anomalie o malformazioni, dovrebbe essere obbligatorio il riscontro diagnostico. La relazione ministeriale dovrebbe indicare, al riguardo, il numero dei casi e il tipo di malattie — anche per combatterle meglio —, nonché quale sia stato il risultato dei riscontri diagnostici.

Per quanto riguarda la questione della presenza dei volontari nei consultori pubblici, questo sembra essere diventato un tema giornalistico. Lo dico chiaramente: nessuno può e deve pretendere che il personale pubblico, professionalmente qualificato, sia sostituito da volontari. Non lo abbiamo mai chiesto, non lo chiediamo e non lo chiederemo. Il problema è un altro, e cioè che il personale pubblico conceda spazio alla passione dei volontari e che i volontari, in questa materia, non siano considerati *contra legem* ma *secundum legem*. Inoltre, i volontari in questo settore dovrebbero essere considerati come tutti gli altri volontari, ossia come quelli che si occupano di terzo mondo, di anziani, di malati e di tossicodipendenti. Non chiediamo nulla di più. Il raggiungimento di questo obiettivo, nel concreto, può richiedere una collaborazione intensa: lo strumento privilegiato di chiarezza in tal senso dovrebbe essere la convenzione. Ripeto, non chiediamo nulla di più.

Sono passati trent'anni dalla legge sui consultori: ormai si impone una riforma non tanto della legge n. 194, per ragioni politiche e per altre ragioni, quanto piuttosto dei consultori. Sono passati trent'anni ed è giusto rivedere questo settore. Vi è una proposta del foro delle famiglie, alla quale abbiamo lavorato anche noi e che, naturalmente, condividiamo. Faccio rinvio a questa proposta, che fa tesoro delle esperienze da me appena illustrate.

ELENA VERGANI, *Responsabile nazionale del Servizio SOS vita dell'Associazione*

di volontariato Movimento per la vita. La domanda fondamentale a cui la Commissione deve rispondere riguarda ciò che è stato fatto per evitare i 4 milioni di aborti rilevati. Ma accanto al problema di valutare la questione dei 4 milioni di bambini che non sono nati, esiste anche quello riguardante i 4 milioni di donne che hanno abortito, le quali oltre ad avere consumato il dramma della loro decisione hanno vissuto il dramma successivo a tale decisione: il *post* aborto dura infatti una vita, così come un figlio. Affermo l'esistenza di tale problema per la mia esperienza professionale e per quel servizio telefonico citato da Carlo Casini, che ha visto ricevere 850-900 telefonate di donne che hanno abortito e che chiedono un sostegno successivo.

SILVIO LONGOBARDI, *Responsabile ambito accoglienza dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus)*. L'indagine parlamentare sull'applicazione della legge n. 194 risponde a nostro parere ad una avvertita esigenza del mondo del volontariato. Lo Stato si impegna a garantire il diritto alla procreazione, riconosce il valore sociale della maternità, tutela la vita umana sin dal suo inizio. Eppure tutto ciò non è stato mai adeguatamente sviluppato, come ben sanno gli operatori sociali.

Se l'aborto è il frutto di un disagio ed è una scelta compiuta come *extrema ratio*, come mai di fronte a tale disagio che coinvolge tante persone — i dati ufficiali parlano di 130 mila madri coinvolte e si suppone di altrettanti 130 mila uomini coinvolti — esiste una sorta di congiura del silenzio? Se andiamo in una qualsiasi scuola e vogliamo parlare di aborto, ci dicono che di tale argomento è meglio tacere, perché esiste già una legge. Salutiamo perciò veramente con interesse e gratitudine l'indagine conoscitiva in atto.

La prevenzione dell'aborto nei termini prescritti dalla legge è rimasta sostanzialmente incompiuta, senza alcuna seria applicazione. Il nostro impegno si è indirizzato sempre su due versanti complementari, quello culturale e quello solidale. In

particolare, l'ambito culturale si svolge attraverso l'annuncio della dignità della vita, compiuto durante gli incontri e i convegni che facciamo. Ma i due versanti sono strettamente uniti, perché non è possibile annunciare il valore della vita senza poi impegnarsi a sostenere chi ha bisogno di aiuto per accogliere la vita. Sarebbe ipocrita annunciare i valori senza farsi carico di chi ha necessità di essere accompagnato. Cosicché in questi anni abbiamo sviluppato un impegno educativo e culturale, che ha permesso di raggiungere migliaia di persone, ed al tempo stesso un impegno forte di solidarietà. Tale impegno si concentra in particolare sui colloqui per la vita.

La nostra non è una battaglia vagamente ideologica: voglio citare un caso da cui abbiamo cominciato la nostra esperienza di vita. Abbiamo saputo quasi per caso che una donna era più che intenzionata ad abortire, avendo prenotato oramai l'operazione. Che cosa potevamo fare? Potevamo rimanere in silenzio? Mi sono ricordato allora il doloroso fatto di cronaca riguardante il piccolo Alfredino, che commosse tutta l'Italia. Tutti volevano aiutare quel bambino ma, purtroppo, non si riuscì a salvare la sua vita. Anche nella nostra situazione c'era il dramma di una madre e del suo bambino ed abbiamo fatto perciò la cosa più semplice: una coppia di nostri amici volontari è andata a casa della famiglia semplicemente per parlare e per conoscere i suoi problemi. La donna si è sfogata ed alla fine ha deciso di tenere il suo bambino. Non abbiamo offerto granché in quel caso, non c'era bisogno di un sostegno economico, ma siamo andati e abbiamo parlato con lei, facendoci carico del suo dolore e della sua situazione.

Questo primo colloquio ci ha aperto le porte della solidarietà, per cui non si poteva più stare in silenzio. Insieme all'annuncio della vita, con la sua infinita dignità, c'era bisogno di accompagnare e di sostenere le donne nel loro percorso di maternità. Così è cominciata la nostra avventura, che ha permesso in questi anni

di incontrare centinaia di famiglie e di donne. Duecento bambini sono nati grazie ad una parola, alla nostra presenza nella vita di queste coppie, all'offerta della nostra amicizia. Non si tratta soltanto di offrire un contributo economico, che pure serve, ma è necessario soprattutto stare accanto alla donna per aiutarla a vincere la sua paura di fronte ad una gravidanza che in un momento particolare della sua vita può porla in grande difficoltà.

Dall'intervento citato siamo poi passati ad un altro caso per cui è stato opportuno aprire le porte delle nostre case. Un giorno infatti una persona mi ha parlato di una ragazza in gravidanza che viveva in una macchina. Accolta, senza domandarci chi fosse, abbiamo poi scoperto la sua dipendenza dalla cocaina ed è cominciata così l'avventura di aprire le case di accoglienza per fornire aiuto alle persone in difficoltà. Quando facciamo un colloquio per la vita con una donna immigrata che fa la badante, riconosciamo il suo bisogno di essere accolta e la ospitiamo nelle nostre case; diversamente dove andrebbe?

Le leggi tutelano le donne con figli, quando però sono già nati, mentre nella gran parte dei casi non tutelano le gestanti. È molto difficile trovare servizi sociali che si occupino di proteggere le gestanti. Da ciò è nato quindi il servizio necessario a curare tale esigenza e si è sviluppata questa straordinaria opera di carità.

ANNA PISACANE, *Responsabile ambito vita dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus)*. Don Silvio afferma che il nostro impegno per la vita nasce da situazioni concrete che, casualmente, sono giunte a noi. Ciò ha sviluppato in seguito un progetto organizzato a favore delle donne in attesa, al fine di aiutarle ad accogliere la vita.

La nostra attività di informazione e di sensibilizzazione sul tema della tutela della vita è ampia e capillare: ci sono stati dodici anni di incontri, compiuti nelle scuole e nelle parrocchie, cinquanta campagne di sensibilizzazione nelle piazze

delle nostre città, svariati corsi di formazione per operatori, educatori e genitori e altri di formazione bioetica, riconosciuti anche dal Ministero della salute, come crediti ECM.

Tale attività si traduce in un impegno concreto nell'insegnamento dei metodi naturali. Le persone che conosciamo, attraverso migliaia e migliaia di incontri, sviluppano il desiderio di approfondire le conoscenze sul dono della fertilità ed i suoi meccanismi e ciò consente a tutti di affrontare meglio la possibilità di prevenire il fenomeno dell'aborto. In questi anni si sono rivolti a noi 450 donne per conoscere i metodi naturali, come il metodo secondo Camen e quello Billings, che noi insegniamo. Tuttavia, l'impegno di aiuto alla vita si concretizza soprattutto nell'incontrare le donne che hanno difficoltà ad accogliere la vita e sono incontri di amicizia e di dialogo. Tali donne vengono segnalate da amici e da chi ci conosce; con la nostra attività di sensibilizzazione facciamo sapere che in città esistono persone sensibili al tema della vita che si occupano di madri in difficoltà e che, soprattutto, comprendono il valore della nascita di una nuova vita.

Dal maggio 1993 al dicembre 2005 abbiamo svolto 633 colloqui con donne, per la maggior parte coniugate. Infatti, il 74 per cento delle donne ascoltate sono sposate, il 12 per cento sono nubili, altre sono conviventi, separate o divorziate. Ciò rileva che il fenomeno dell'aborto grava in diversi ambienti sociali ma non riguarda solo le donne senza alcun sostegno familiare, anzi, come detto, si tratta di un problema che si sviluppa in un contesto familiare stabile. Infatti, la fascia di età riscontrata conferma tale analisi, perché la maggior parte delle donne incontrate sono tra i 26 e 35 anni, anche se esistono donne minorenni e nubili.

Le difficoltà di tali donne sono concrete, ma spesso i loro problemi crescono smisuratamente per effetto della solitudine e della disperazione. Nei colloqui esse esprimono le loro perplessità ed i loro dubbi e rivelano, soprattutto, una carat-

teristica fondamentale: sono ben disposte al dialogo, hanno bisogno di parlare e di confrontarsi, perché non sono sicure delle decisioni da prendere. Le difficoltà che verifichiamo per queste donne riguardano gli aspetti economici (il 41 per cento ha difficoltà economiche), ma molte di loro sono traumatizzate dalle diagnosi di presunti rischi di malformazioni del feto. Esiste poi la preoccupazione di dare la giusta educazione al bambino che verrà e che però diventa un problema economico quando i figli sono tanti; in altri casi invece le donne non si sentono in grado di sostenere una nascita perché il lavoro che si svolge non lo consente.

Spesso i problemi sorgono per i conflitti familiari con il marito o con la famiglia d'origine. A tale proposito desidero parlare di un'esperienza di una donna di Tramonti, sposata a quarant'anni, che scopre di essere in attesa di due gemelli. I due genitori sono finalmente contenti, ma la donna, giunta al quinto mese, scopre che i due bambini sono malformati; sebbene spaventata, vuole comunque portare avanti la gravidanza. Tuttavia, il padre della donna, il marito ed i medici provano insistentemente, fino al limite del terrorismo psicologico, a farla abortire. Quando l'abbiamo incontrata, la donna si è sentita sollevata, trovando qualcuno con cui condividere il suo dramma. Tale storia rivela fino a che punto è possibile affermare che le donne sono libere di abortire.

Voglio ricordare che dopo 633 colloqui svolti con donne che volevano abortire, sono nati 199 bambini. La maggior parte delle donne che hanno accolto la nuova vita sono soprattutto quelle che avevano soltanto problemi economici e sono straniere, che abbiamo aiutato nella ricerca di lavoro. Le storie di malformazioni sono molte e la maggior parte risulta essere costituita da presunti casi di malformazione.

Le nostre case di accoglienza accolgono in particolare le gestanti ed i minori abbandonati negli ospedali. In questi anni sono state accolte da noi 38 gestanti,

mentre altre 8 sono state ospitate in case di privati e più di 10 bambini abbandonati negli ospedali per malformazioni sono stati ricevuti dalle nostre famiglie, in attesa di trovare le adozioni necessarie.

GIANCARLO CURSI, *Collaboratore ufficio promozione umana della Caritas Italia*. Voglio evidenziare le molteplici situazioni di grave disagio che in Italia ormai da anni vivono le famiglie, le madri ed i bambini. Tali situazioni non beneficiano purtroppo di alcun sostegno adeguato rispetto alle problematiche relative alla maternità. Le politiche sociali nel nostro paese sono assai svantaggiate rispetto a quelle di carattere sanitario, se è vero il dato secondo cui mentre i livelli essenziali di assistenza sanitaria sono stati fissati adeguatamente, quelli riguardanti il campo delle politiche sociali non hanno conosciuto altrettanta cura.

Non ci sorprende dunque scoprire — è la realtà che parla — i volti concreti di mamme e bambini che l'impianto di una legge, che avrebbe dovuto essere per la tutela sociale della maternità, oltre che per l'interruzione della gravidanza, non riesce a tutelare. È vero che si tratta di una legge nata in un paese che 28 anni fa si trovava in condizioni piuttosto diverse da quelle attuali e che, da quella data ad oggi, ha vissuto una curva verticale che lo ha portato ad essere al *top* nel mondo per denatalità e serie situazioni di infertilità. Se avessimo dovuto approvare oggi quella legge, ci saremmo mossi in un contesto molto diverso da quello del 1978.

D'altro canto, questo paese, che si trova al *top* mondiale per la denatalità, ha sempre più bisogno della presenza di immigrati, anche per funzioni essenziali alla vita sociale, oltre che per ampie sacche dell'economia del paese. Anche in questo senso, il quadro legislativo, soprattutto con le sue applicazioni, appare inadeguato a tutti quei cittadini che il nostro paese va accogliendo.

Se veramente si deve parlare di tutela sociale della maternità e degli strumenti previsti dalla legge n. 194, occorre ren-

dersi conto che chi si rivolge ai nostri centri, sportelli e luoghi di accoglienza e chi incontra il volontariato disconosce i consultori. Stiamo parlando delle persone economicamente più povere e deprivate, ma anche di quelle affette dai nuovi tipi di povertà, riguardanti soprattutto la condizione relazionale, i legami e la significatività sociale delle persone: anche in questo senso la pratica delle strutture consultoriali è minima e del tutto irrisoria, mentre dall'altra parte vi sono chiare indicazioni che vengono date a queste persone di rivolgersi direttamente all'ospedale per l'interruzione della gravidanza. Che cosa accade? Dato che la maternità è tutelata, o si presume che lo sia, anche solo la divisione delle coppie genitoriali rispetto a questo tipo di servizio crea seri problemi per chi vive la maternità (la quale non è tutelata in quanto tale, laddove perde, ad esempio, la responsabilità del partner), determinando in tal modo seri problemi ai nascituri.

Un altro dato eclatante è quello per cui le donne immigrate non riescono ad avere rapporti con i consultori per la carenza delle mediazioni culturali, delle stesse strutture consultoriali e per gli orari in cui tali servizi vengono offerti, che portano queste donne a passare per altre vie; sappiamo che queste « altre vie » si trovano al confine tra il macabro ed il tragico e che vi sono persone che si arricchiscono proprio alle spalle di queste situazioni.

Un ulteriore problema riguarda i rapporti tra le strutture che dovrebbero tutelare socialmente la maternità e i nostri centri di accoglienza e i nostri servizi, i quali riescono con molta fatica a collaborare con le strutture che, anche a causa dell'esiguo personale sociale di cui dispongono, sono molto spesso oggetto di diffidenza e di esclusione, categoria quest'ultima che non riguarda soltanto le persone povere ma anche quelle scomode. Molto spesso, e sapete quanto ciò sia tragico nel campo della povertà, doversi muovere tra diversi operatori senza avere un collega-

mento costruttivo genera in queste persone, già castigate dalla vita, un frazionamento molto penalizzante.

Alla luce di tutto ciò, segnaliamo due prassi positive, una delle quali riguarda le valide esperienze di collaborazione tra le strutture pubbliche previste dalla legge e quelle di accoglienza e di servizio, quando sono regolamentate da protocolli d'intesa stipulati in maniera equa tra le diverse parti. È un aspetto di garanzia e portatore di buone prassi.

L'altro aspetto positivo concerne la possibilità di costituire tra il servizio pubblico e quello privato sociale accreditato presso il territorio quei servizi per l'adolescenza che lavorino in direzione preventiva non tanto sull'informazione farmaceutica e terapeutica, quanto soprattutto sulla educazione relazionale e interculturale.

PRESIDENTE. Vorrei rilevare che uno dei temi più importanti evidenziati nella seduta odierna è quello relativo alla differenza tra prevenzione della gravidanza (nel senso della contraccezione) e prevenzione post-concepimento, che sono due aspetti implicanti atteggiamenti e interventi completamente diversi: una cosa è fare contraccezione (è giusto parlare di maternità responsabile e che chi la desideri possa farlo consapevolmente), altra cosa è quando la gravidanza è già in atto e il problema appare più complicato da gestire, con mezzi ed ipotesi applicative diverse. Ciò è stato rilevato in maniera abbastanza chiara oggi.

Un altro aspetto importante che è stato evidenziato riguarda la collaborazione che ci potrebbe essere tra le istituzioni di volontariato, di qualunque tipo esse siano, e quelle (i consultori ad esempio) che lavorano ufficialmente e che sono — come ha detto Carlo Casini — deputate a farlo e « pagate » per questo. Personalmente non ho nulla da eccepire — l'ho detto e lo dico apertamente in pubblico — sul fatto che possa esservi una sana collaborazione tra questi due tipi di « attività sociali », senza intralciarsi a vicenda, bensì aiutandosi l'un l'altro, soprattutto nell'interesse del terzo,

che è poi quello che deve essere aiutato più di tutti.

Do la parola ai colleghi che intendano intervenire.

GRAZIA LABATE. Ho ascoltato con molta attenzione le riflessioni espresse in questa sede dai vari rappresentanti oggi intervenuti, ai quali vorrei rivolgere alcune domande, tenuto conto che siamo qui in qualità di componenti di una Commissione parlamentare, che siamo dei legislatori e che il nostro primo compito è quello di far applicare pienamente le leggi dello Stato, nel rispetto delle reciproche concezioni culturali o filosofie di vita.

A nostro avviso, l'audizione odierna giunge tardiva alla fine della legislatura; avendo a disposizione le relazioni tecniche dei ministri interessati nell'ottobre di ogni anno, il fine comune di questa Commissione avrebbe dovuto essere da tempo quello di procedere ad una verifica puntuale di quei dati, considerati meri dati statistici, numerici o quantitativi. Le audizioni fin qui svolte dalla Commissione hanno invece svelato una sostanza dietro quei dati, che non sono così grezzi o quantitativamente non leggibili, nelle accezioni che oggi avete espresso, illustrando la vostra opinione.

Dal punto di vista istituzionale sapete che l'opposizione non ha condiviso la metodologia e i tempi con cui si è arrivati a questa indagine conoscitiva per ragioni di merito, poiché è assai singolare che una Commissione così importante come la nostra abbia sentito l'esigenza solo a fine legislatura, avendo negli anni precedenti l'opposizione stessa fatto più volte richiesta — e la collega Valpiana potrà ribadirlo — di entrare nel merito della valutazione.

Non voglio dilungarmi su questo tema più squisitamente politico-istituzionale, sul quale siamo già intervenuti, bensì intendo rimanere da un lato ai documenti che ci sono stati forniti dal Movimento per la vita e dall'altro alle riflessioni svolte dagli altri intervenuti.

Vorrei rivolgere una serie di domande di merito ai presenti, per capire meglio il

metodo di rilevazione, l'analisi e i rapporti, relativamente ai dati numerici offerti, dove si dice «relativamente ad un quindicennio», e poi alle stime che partono dall'inizio della vostra attività e che sono persino in difetto nella loro rappresentazione; avete presentato un dato reale per un quindicennio e poi le stime relative agli anni precedenti.

Dal momento che su questi dati, anche nella comparazione del campione 2004-2005, riconoscete, come anche altri soggetti fin qui ascoltati, che l'interruzione volontaria di gravidanza nel nostro paese è rappresentata ormai per oltre un terzo dalle immigrate straniere, e le cifre da voi consegnate sono globali, sarebbe molto interessante se foste in possesso di una distinzione tra donne italiane e straniere. Ho letto con attenzione il dato globale e poi l'ho esaminato con riferimento alle regioni in cui avete svolto l'osservazione sui casi trattati e quindi sulle nascite avvenute rispetto ai casi trattati.

Sono ligure e conosco molto bene l'andamento del fenomeno nella mia regione e l'attività dei centri da voi rappresentati. Vorrei dire che i 388 casi della Liguria comprendono ben 192 casi di cittadine straniere: sarebbe molto interessante avere la disaggregazione del dato proprio per le questioni da voi poste. Come proporsi di fronte alle cause che possono generare la decisione da parte delle donne? Il dato disaggregativo, che vi sollecito a fornirci qualora ne foste in possesso, ci aiuterebbe a comprendere le motivazioni economiche, sociali, culturali e persino — come voi dite — le possibilità d'informazione: è infatti evidente che una donna straniera nel nostro paese ha bisogno, in un approccio con i servizi pubblici, di modalità informative e di quelli che chiamiamo i mediatori culturali, utilizzati anche in altri campi e non solo per l'applicazione di questa legge, che favoriscono un circuito virtuoso di conoscenza e di approfondimento. I dati fin qui forniti ci hanno mostrato che, laddove la figura del mediatore culturale esiste, non si verifica, ad esempio tra le straniere, il caso della recidività, in quanto

la straniera viene inclusa nel circuito informazione-prevenzione dal fenomeno abortivo.

Il mio lavoro è fare il ricercatore e, conoscendo le metodologie di rilevazione, ho trovato alcuni elementi di contraddizione, non so se per brevità di sintesi, ad esempio laddove affermate che in moltissime regioni italiane grazie all'attività si verifica un recupero di nati. A tale proposito citate tutta una serie di regioni: tra queste non vi è la mia regione, la Liguria, mentre nel passaggio successivo dite che la Liguria ha dato 380 casi alla nascita. Quali rapporti sussistono tra le regioni citate, dove è stata più intensa la vostra attività per il recupero? Questo non viene menzionato. Vi è una più intensa attività perché in quella determinata regione avete rilevato un miglior rapporto con le istituzioni pubbliche ed i consultori familiari? Nel dato di partenza osservate invece in generale che solo il 5 per cento delle donne che arrivano da voi provengono dai consultori. Vista la vostra presenza in tutte le regioni italiane e il massimo di operatività che associate ad alcune di esse, vorrei capire se in quelle regioni vi sia effettivamente un miglior rapporto collaborativo o se invece ciò sia dato solo da una vostra storica e più consolidata presenza, al di là del rapporto collaborativo con le istituzioni.

Vi è poi un passo della vostra relazione di sintesi che mi ha molto colpito. Comprendo che, se dovessi approfondire questa affermazione, non basterebbe l'audizione di oggi; vorrei però spiegarvi il motivo per cui mi ha colpito. Rilevo infatti nella vostra osservazione (che credo farebbe lo stesso effetto a tutti i colleghi qui presenti, di nessuna parte politica esclusa) una grande contraddizione rispetto a tutto ciò che abbiamo finora ascoltato da parte delle diverse istituzioni, comprese quelle tecnico-scientifiche di cui si avvale il Ministero della salute.

Voi affermate che, in un significativo numero di casi, le donne che si rivolgono a voi hanno avvertito l'incontro con il personale sanitario consultoriale come una

vera e propria sollecitazione all'aborto. Questo aspetto mi turba molto ed è la prima volta che ne sento parlare. Abbiamo approfondito varie tematiche e appreso molte cose sulle attività consultoriali, non solo per avere ascoltato gli operatori dei consultori (potreste obiettare che si tratta di un altro punto di vista), ma anche perché conosciamo questa realtà sia a livello professionale sia come rappresentanti delle istituzioni parlamentari ed appartenenti ai collegi territoriali in diverse regioni d'Italia, dal nord al centro al sud. Effettivamente, è la prima volta che sento parlare di ciò.

Possiamo affermare che i consultori, complessivamente, non hanno funzionato, che non svolgono tutte le funzioni ad essi assegnate, che manca il personale per il sostegno psicologico o per l'assistenza sociale, che forse hanno fatto cose molto più «sanitarizzate» che sociali, che oltre all'IVG si sono preoccupati dei corsi di preparazione al parto e alla maternità. Tuttavia — lo dico con sincerità — nel corso della mia attività di parlamentare (dieci anni) e di ricercatrice presso il CNR (mi sono occupata di questa materia e sono stata sottosegretario alla sanità) non ho mai sentito dire, né dalle donne né dalle associazioni cattoliche (vi prego di credermi: per questo sono molto turbata) né dagli operatori, che gli incontri con il personale sanitario dei consultori siano stati una vera e propria sollecitazione all'aborto. Questo mi ha molto colpito. Se così fosse stato, noi avremmo ricevuto denunce e voi avreste avuto il dovere di invitare queste persone, nel rispetto dell'anonimato, a denunciare il personale che, nella struttura pubblica, avesse compiuto azioni di sollecitazione al fatto abortivo. Ciò non è previsto dalla legge; anzi, la legge disciplina la tutela e la promozione della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza.

Presidente, vorrei assicurare gli intervenuti che ogni forza politica qui presente ha sempre ritenuto che il principio del rispetto della vita sia eticamente rilevante, costituzionalmente protetto e considera

questa legge dello Stato come un'efficace mediazione nel nostro paese, nel rispetto dello spirito religioso. È una legge che, attraverso l'obiezione di coscienza, consente di rispettare le diverse culture filosofiche e religiose, ma, contemporaneamente, è un'efficace mediazione tra lo spirito religioso e la realtà sociale del paese. Credo sappiate (a noi, come donne, non è sfuggito) che, in quegli anni, nel nostro paese si verificavano un milione e mezzo di aborti clandestini che si svolgevano in condizioni...

ELENA VERGANI, *Responsabile nazionale del Servizio SOS vita dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita*. Ma no... !

GRAZIA LABATE. Possiamo fare le battaglie delle cifre, dottoressa Vergani, può essere anche di meno, ma era un paese che ignorava una realtà sociale e drammatica e lo Stato vi ha posto rimedio con una legge i cui principi, ovviamente, è interesse di tutti noi che siano rispettati per la salvaguardia della vita e per la tutela della maternità. Tuttavia, se prendo per buone tutte le motivazioni, punto per punto qui elencate, occorre svolgere in questa Commissione un'indagine seria per capire come le politiche per la famiglia e dei servizi abbiano sostenuto la maternità nel nostro paese, come si siano sviluppate le politiche per la prevenzione e per la contraccezione.

Ovviamente, le responsabilità sono istituzionali e politicamente rilevanti e tutti i movimenti di volontariato, di qualsiasi ispirazione, non hanno fatto altro che essere un grande veicolo della sussidiarietà dei bisogni.

Leggeremo attentamente i vostri suggerimenti, perché, come tutte le esperienze, sono sempre preziosi per operare bene e meglio per il futuro. In questo campo così particolare, se si vuole rimuovere la solitudine, il disagio e l'abbandono (credo siate d'accordo anche voi), o ci sono le istituzioni ed uno Stato accogliente, oppure non ci sarà opera meritoria, da

qualsiasi parte venga, che, nella solitudine del buon gesto e della buona volontà, possa risolvere i problemi che, con il tempo, diventano sempre più complicati, perché ci confrontiamo con multietnie e con problematiche che sfuggono alla nostra stessa cultura pubblica delle istituzioni e dei servizi.

Vi invito, dunque, a considerare che queste nostre deboli strutture di prevenzione possono aver operato bene o male, ma certamente non sono state incentivo all'aborto. Vi prego di credere: così è la realtà italiana, dimostrata da tante ricerche multiscopo finora svolte nel nostro paese.

FRANCESCA MARTINI. Ringrazio tutti i soggetti che oggi sono stati ascoltati. Il plauso va ad un'indagine conoscitiva che ha rappresentato e rappresenta per la Commissione affari sociali e per i suoi membri uno sforzo, ma anche una grande volontà di fare chiarezza e di mettere in contatto tutte quelle forze sociali, quelle rappresentanze associative che, per molti anni, hanno lavorato sullo sfondo di una legge che, come è stato evidenziato, all'articolo 1 sancisce un principio ispiratore di natura liberatoria. Tutti coloro che la leggono come una conquista di libertà, come un diritto, sbagliano, perché è una legge che ha preso atto di una piaga sul piano sanitario e sul piano sociale e regolamenta le modalità di uscire da situazioni talvolta di violenza.

Più volte è stato ricordato l'articolo 2, perché fa un ampio riferimento all'attività consultoriale e, specificatamente, all'attuazione di tutta la parte sociale, che è una parte di supporto, un'opportunità, un'alternativa attraverso un progetto di reale accoglienza delle donne e delle coppie che si rivolgono ai consultori.

Non mi scandalizzo, collega Labate, di fronte a quella che forse è stata una forzatura, ma comunque di fronte alle dichiarazioni rese in questa sede da chi ha posto l'accento sulla sollecitazione all'aborto, perché, talvolta, la sollecitazione all'aborto è fatta non di parole o di azioni,

ma di assenza di parole e di azioni. Quindi, a mio avviso, anche l'asetticità, la burocratizzazione, la non applicazione completa delle norme e la facilitazione di un percorso che, in realtà, è l'assenza di una reale applicazione di un percorso rappresentano un'istigazione, anche se non diretta.

Per quanto riguarda le relazioni tecniche, cui si è fatto riferimento più volte durante queste audizioni, è inutile continuare ad ispirarsi a relazioni tecniche quando i moduli fino ad oggi distribuiti non sono utili alla completa fotografia degli aspetti riguardanti l'attuazione della legge n. 194. È inutile continuare a dire che è sufficiente conoscere il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza, le modalità, le fasi stazionarie ed il numero dei raschiamenti. Ciò che mi interessa è capire qualcosa di più profondo. Le regioni, senza dubbio, dovranno essere aiutate ad abituarsi ad un modo diverso di percepire anche la rilevazione dell'applicazione di questa legge.

Consentitemi, a livello personale, un ringraziamento a tutti coloro che sono intervenuti sul tema molto delicato del rispetto e della accoglienza della vita umana sempre, anche nei casi in cui sia diagnosticata una patologia o un'ipotesi di patologia. Oggi, sul finire di questa legislatura, vorrei esprimere il mio personale pensiero su questo tema. Credo che quella della soppressione dei feti affetti o ipoteticamente affetti da patologie in età gestazionale avanzata sia, in questo paese, una strage legalizzata degli innocenti, una selezione della specie che permette di dividere i feti tra sani e malati. Rendiamoci conto della realtà in cui viviamo.

Per quanto riguarda la collaborazione con le associazioni, mi ha fatto piacere venire a contatto con realtà che conosco meno, come ad esempio l'Associazione Progetto famiglia, e con il Movimento per la vita, di cui conosco l'attività (sono molto presenti sul mio territorio). Credo fermamente nella necessità di un forte servizio pubblico, ma vorrei ricordare che, prima ancora che iniziasse questa indagine co-

noscitiva, sono stata l'unico parlamentare ad aver presentato, un anno e mezzo fa, una proposta di legge di riforma sui consultori. Ha più volte sollecitato la Commissione affari sociali a trattare il tema dei consultori come tema strategico per lo sviluppo dei servizi e per il sostegno alle persone e alle famiglie, ribadendo come i consultori abbiano perso la natura per cui era stata ispirata la loro creazione: una valenza di tipo non solo sanitario (altrimenti, sarebbero stati sufficienti gli ospedali, i medici di famiglia), ma anche sociale che è andata sempre di più regredendo, fino ad affievolirsi, diventando un doppione o un servizio collaterale rispetto ai servizi sanitari che conosciamo.

La domanda che rivolgo ai rappresentanti delle associazioni qui presenti è finalizzata alla necessità di comprendere in che modo le associazioni si siano messe in rete con i servizi pubblici, per fornire alle donne e alle coppie un'assistenza psicologica, ovviamente attraverso il personale adeguato, ed informazioni sulle risorse del pubblico e del privato sociale presenti in quel determinato territorio. In questo senso, sappiamo quanto sia variegato il nostro paese anche nell'offerta.

Vorrei sapere se sarà possibile disporre in futuro di una mappatura (da consegnare alle istituzioni come eredità di questo nostro lavoro) delle convenzioni presenti oggi nel nostro paese e delle modalità attraverso cui queste *partnership* hanno dato i frutti migliori e le maggiori soddisfazioni dal punto di vista dell'erogazione dei servizi e del buon esito degli interventi e dei colloqui.

ANNA MARIA LEONE. Mi riconosco moltissimo nelle parole della collega Martini, quindi non ribadirò alcune sue riflessioni. Ringrazio tutti coloro che sono intervenuti.

Insieme al collega Lucchese e al capogruppo, sono tra coloro che hanno chiesto l'avvio dell'indagine conoscitiva. Fin dalle prime battute ho sempre sottolineato che lo scopo fondamentale di questa iniziativa è quello di riflettere sul tema. Mi do-

mando: è tardivo riflettere o riproporre tale argomento? Non è tardivo. Non sono nate da noi certe sollecitazioni. Le abbiamo sapute e volute cogliere, perché riteniamo che quello della tutela della maternità sia un valore talmente importante che non c'è tempo che tenga: quando si pone o si ripropone, va colto.

L'altro obiettivo che intendiamo raggiungere è quello di consentire l'abbattimento di quel pregiudizio ideologico che, molte volte o quasi sempre, investe il tema della legge n. 194, il tema della vita; a volte si alzano alcune barriere e non si riesce a comunicare su un dato che emerge. Questa mattina abbiamo appreso di esperienze assolutamente diverse rispetto a quelle di oggi, ma uguali per la volontà, espressa da ciascuno secondo il proprio punto di vista culturale, di aiutare la donna, di coglierne le difficoltà in un momento particolare e di sconfiggere la solitudine.

Questo scopo ci accomuna tutti; non è patrimonio di una parte rispetto ad un'altra. Vi è il tentativo da parte nostra di abbattere i pregiudizi e di cercare di operare una verifica sull'applicabilità oggettiva della legge n. 194, sulla sua attuazione e, come strumento di prevenzione, sulla legge n. 405, che deve essere aggiornata e rivista. Sono cambiati i moduli di realizzazione e dei servizi; è stata elaborata recentemente la legge n. 382; ci sono strumenti nuovi ed innovativi.

Non vogliamo creare un ulteriore scontro. Per questo mi dispiace quando si continua a ripetere la parola « tardi ». Non finisce con la legislatura il dovere morale, che abbiamo come legislatori, di migliorare le leggi esistenti e la loro applicazione. Lasciamo questo compito a chi verrà, eventualmente. Si è posta un'opportunità: l'abbiamo colta e la vogliamo cogliere.

Giunti quasi al termine di queste audizioni, ci stiamo accorgendo che abbiamo fatto bene. Se vogliamo essere onesti con noi stessi, dobbiamo riconoscere che la rivoluzione e lo scontro sono sorti quando si è detto di coinvolgere nelle strutture dei

consultori il Movimento per la vita. Tale iniziativa in molte realtà già è stata avviata e non scandalizza nessuno.

Abbiamo verificato che, al di là della presenza di diverse associazioni di varia natura e cultura, deve esserci il rispetto della legge dello Stato: la legge esiste, va rispettata ed applicata; tutti lo stanno dicendo. Però si aggiunge che va applicata in tutte le sue parti. In più parti, sia della legge n. 194 sia della legge n. 405, si prevede la possibilità di stabilire convenzioni, protocolli. Non si è parlato della possibilità dell'eliminazione del pubblico a favore del privato sociale. Occorre interagire nel rispetto della legge e comunque della donna che usa quella struttura per sentirsi meno sola e per venire concretamente a conoscenza anche della possibilità di non abortire.

Credo non faccia paura ad alcuno riconoscere che sta emergendo un altro soggetto di diritto: mi riferisco alla possibilità di un soggetto altro rispetto alla madre (io lo chiamo « bambino », qualcun altro lo chiama « feto ») di nascere, anche di nascere. Mi pare che, svestendoci delle nostre appartenenze partitiche e ponendoci l'obiettivo di cosa fare concretamente, sia possibile realizzare — l'indagine conoscitiva ce lo sta mostrando — tutti gli aspetti della legge n. 194.

Vorrei, peraltro, precisare che per prevenzione si deve intendere non solo il ricorso a misure contraccettive, ma anche la promozione di forme di intervento successive alla gravidanza, con l'offerta di opzioni diversificate. Si sta appurando l'esigenza di modificare la legge n. 405, per adeguarla ai tempi, ma si sta anche concretamente dimostrando che è possibile, nel rispetto reciproco, collaborare in rete, nel quadro di un percorso più ampio, e perseguire — anche attraverso la realizzazione di progetti sociosanitari — gli obiettivi che gli enti locali ci danno, instaurando la collaborazione di soggetti diversi.

Qualora poi riscoprissimo, attraverso l'indagine conoscitiva — punto sul quale do ragione alle colleghe che continuano a

sostenerla — l'utilità, l'importanza (anche ai fini della realizzazione del progetto materno-infantile) della valorizzazione di certi servizi territoriali, perché non arrivare a riconoscere di aver fatto insieme qualcosa di veramente importante, collaborando, quanto meno, alla stesura di un documento che potrà essere ripreso all'inizio della prossima legislatura, in cui puntualizzare quanto stiamo dicendo congiuntamente ed evidenziare ciò di cui stiamo prendendo atto e che potrebbe essere modificato?

Ringrazio davvero tutti voi, perché quello che poteva essere un motivo di attrito rispetto alla presenza di alcuni soggetti in questa sede si sta invece dimostrando una possibilità vera di interagire, anche tra culture diverse, per ottenere l'obiettivo che tutti vogliamo, ossia consentire ad una donna di poter avere il suo bambino.

KATIA ZANOTTI. L'onorevole Labate mi ha preceduto in alcune considerazioni; pertanto, mi limiterò a concentrare il mio intervento in pochi punti, svolgendo prima solo una premessa che mi preme fare: non so se viviamo nella stessa realtà di questo paese, o se le nostre esperienze, le nostre esistenze si muovano in territori diversi, così diversi da rendere a volte arduo il nostro riconoscimento reciproco, rispetto all'ampia rappresentazione delle rispettive realtà. Dico questo perché anche nella presentazione del vostro lavoro, delle vostre pratiche, delle vostre esperienze, faccio fatica a ritrovarmi, e non già per un pregiudizio di carattere ideologico (accolgo, in questo senso, anche le sollecitazioni della collega Leone), ma semplicemente perché vengo da un seminario tenuto una settimana e mezzo fa a Bologna sui consultori, promosso dal comune e dall'azienda sanitaria locale, e ciò che ho ascoltato, ciò con cui abbiamo interloquito, anche come parlamentari, non è esattamente quello che viene presentato qui oggi. Ho cioè riscontrato l'esistenza di una realtà interessata ad investire per il rilancio dei consultori e a conseguire un

obiettivo che è anche vostro, ovvero la possibilità di rimuovere le cause responsabili di indurre le donne alla scelta dell'aborto. È vero, però, che rimuovere le cause non sempre è possibile.

Penso che una donna, proprio in termini di rispetto per la vita, decida di fare un figlio quando lo desideri, allorché esistano le relazioni che lo consentono, quando vi sia un'assunzione di responsabilità precisa e ne sia coinvolto il suo corpo. Non sono qui per affermare comunque l'esistenza del diritto ad abortire; non è questo il tema che intendo affrontare. Penso piuttosto che ci sia la necessità di costruire, con le donne che si rivolgono ai consultori, una relazione tale da garantire il rispetto della decisione di abortire — qualora sia stata compiuta tale scelta —, e la definizione di un percorso comune per rimuovere le difficoltà esistenti — qualora sussistano — e che io reputo essere prevalentemente di ordine sociale, materiale, concreto, persino economico. Altrimenti, non mi spiegherei, di fronte ad una società che fosse realmente accogliente, la dinamica del fenomeno che stiamo oggi esaminando.

In tal senso, mi sarei aspettata — anche dalle vostre relazioni — che, a proposito di accoglienza, si ragionasse in termini di strutturazione sociale, di definizione di un *welfare* che fosse molto più forte, assai più capace di offrire a queste madri la possibilità di decidere con maggiore serenità di fare un figlio. Attualmente, infatti, queste condizioni non sussistono: non sono io a dirlo, sono i dati statistici, le rilevazioni dell'ISTAT, che evidenziano come, spesso, donne lavoratrici in attesa del primo figlio siano costrette a licenziarsi, non godendo a livello sociale delle condizioni di supporto e di sostegno tali da poter contemporaneamente lavorare ed accudire il proprio bambino. Qualcuna si licenzia, qualcun'altra può fare scelte molto più dolorose.

L'onorevole Labate ha parlato del suo turbamento nel leggere alcune righe della relazione del Movimento per la vita; io sono stata turbata, invece, da quanto di-

ceva don Silvio Longobardi, che rappresenta l'Associazione Progetto famiglia, il quale sosteneva l'esigenza di una legge in cui si dichiarasse esplicitamente che la donna non è obbligata ad abortire. Ebbene, io trovo raccapricciante tutto questo, perché non credo vi siano luoghi o contesti in cui una donna debba misurarsi con questo obbligo. Reputo, semmai, necessaria la presenza di altri contesti che davvero siano più accoglienti, a partire da misure di intervento sociale finalizzate a questo scopo.

Mi rivolgo, quindi, all'onorevole Martini, quando definisce genocidio la decisione di abortire bambini non sani. Io vorrei chiedere alla collega, affinché mi risponda (credo, peraltro, che abbia molte ragioni per farlo) senza limitarsi a replicare un'affermazione così forte, quale accoglienza offra la nostra società a bambini non sani e se sia legittimo che quelle madri che portano in grembo un figlio non sano possano patire anche la grande, enorme paura di proseguire la maternità di fronte ad una società non accogliente. In realtà — come dimostrano le riflessioni sul «dopo di noi», svolte ripetutamente dalla XII Commissione, in occasione delle quali si è sempre lamentato il problema del disinvestimento, da almeno cinque anni a questa parte —, dovremmo essere molto più onesti anche fra di noi nell'affrontare questi ragionamenti, anziché dare patenti di criminali a quelle donne in gravidanza che eventualmente scegliessero di abortire. Chiediamoci, piuttosto, cosa stiamo facendo per assicurare una reale possibilità di vivere per questi bambini, permettendo loro di avere una vita decente in un contesto realmente capace di accoglierli.

Vorrei quindi rivolgere una domanda molto precisa al Movimento per la vita, perché l'onorevole Leone forse ha svelato quello che probabilmente era sottotraccia nel lavoro di indagine della Commissione. Ricordo che, subito dopo la proposta del ministro Storace di dare piena applicazione alla prima parte della legge n. 194, con riferimento in particolare all'apertura

all'associazionismo — che era poi definito in modo preciso, con nome e cognome, il Movimento per la vita — e alla implementazione della sua presenza nei consultori, è stata avviata l'indagine attualmente in corso. Per questo, rivolgo ora una domanda puntuale al Movimento per la vita, al di là dell'esigenza — che pure avverto — di conoscere il contesto di relazioni istituzionali in cui l'associazione opera, e non avere, così, una visione reciprocamente distorta dei nostri territori, delle nostre esperienze.

Chiedo al Movimento, in relazione alla modifica della legge n. 405, quale percorso abbia in mente. Nel corso dell'odierna audizione, ho sentito far riferimento alla presenza di volontari all'interno di consultori, e quindi ad un'integrazione del volontariato in una rete di servizi sociali del territorio, a partire, appunto, dalle strutture consultoriali. Ho preso quindi conoscenza della proposta di legge avanzata dal Movimento per la vita in ordine alla modifica della legge n. 405 — della quale non ho letto il testo ma solo il resoconto diffuso dalla stampa —, che prevede un riordino dei consultori tale da eliminarne la funzione di certificazione originariamente prevista dalla legge n. 194. È noto, peraltro, che solo un terzo delle certificazioni di gravidanza è attualmente rilasciato dai consultori, i quali, dunque, non costituiscono quel famigerato «abortificio» di cui tutti ci preoccupavamo. In altri termini, si escluderebbe il rilascio della certificazione di interruzione di gravidanza all'interno dei consultori — competenza riconosciuta solo in capo ai medici dell'ospedale —, pretendendo, tuttavia, che questi siano ugualmente informati dell'avvenuta richiesta di interruzione di gravidanza.

Se ciò fosse, la cosa creerebbe in me una preoccupazione enorme: mi riferisco alla possibilità che il consultorio, concepito più come «centro vita», diventi la sede, il luogo legittimato, istituzionalizzato di intervento dissuasivo rispetto ad una scelta di aborto della donna. Vorrei capire se sia questa la corretta lettura della

vostra proposta, se il percorso preveda un'entrata graduale nei consultori per arrivare poi ad una modifica della legge n. 405, nel senso sopra illustrato, sempre che sia corretta la versione della proposta del Movimento per la vita diffusa dalla stampa. Scusandomi anticipatamente di eventuali imprecisioni commesse, esprimo sin da ora la mia personale gratitudine per gli ulteriori chiarimenti che vorrete fornirci al riguardo.

CARMELO PORCU. Ritengo che l'apprezzamento e il ringraziamento per gli amici qui presenti oggi sia assolutamente fondato e per nulla formale. Vorrei approfittare della loro presenza, in particolare di alcuni esponenti che hanno storicamente segnato la battaglia per il diritto alla vita nel nostro paese, per svolgere una riflessione di carattere storico, a mio parere opportuna in questo momento.

Nel 1981 — ero molto giovane allora — partecipai alla battaglia referendaria sull'abrogazione di questa legge e ricordo con forte angoscia il fatto che le nostre ragioni fossero ignorate, messe in un angolo. Eravamo degli « ufo », perché la cultura allora dominante presentava chiaramente un impianto abortista. Essa ha prodotto i suoi effetti, anche nel risultato di quel referendum: abbondantemente passò, infatti, la non abrogazione della legge, esito all'epoca comprensibile sul piano culturale, elettorale e politico.

Molta acqua è passata da allora sotto i ponti, grazie all'eroica — mi si permetta questo termine — presenza sul territorio del volontariato che oggi è rappresentato. Se infatti è cresciuto il dibattito, se i temi della coscienza — che tutti noi, anche a livello individuale oltre che collettivo, dobbiamo avere — sul diritto alla vita, sulla bellezza della vita, si sono affermati, se si è imposta l'esigenza di riflettere sul valore dell'esistenza anche di fronte alle maggiori difficoltà, sfatando il mito che ogni cosa può essere risolta tramite la soppressione della vita stessa, questo è accaduto perché siamo cresciuti, come paese e cultura. Tutti abbiamo accettato una cultura del-

l'altro. Oggi non esiste, in Italia, una formazione abortista, dobbiamo riconoscerlo: anche gli amici che si contrappongono a noi, in questo senso, anche loro dicono di essere per il diritto alla vita. Io credo in questo, so che è così!

Allora, muoviamo un passo in avanti, per cercare di codificare, in termini non solo legislativi ma anche culturali, questo nuovo senso di comunanza, di appartenenza, rispetto al valore della vita riconosciuto dalla società italiana, in quanto fatto collettivo che coinvolge tutti. Ecco perché, francamente, ritengo che questa indagine — anche se potrebbe sembrare per taluni un poco forzata — rappresenti, in realtà, un passo positivo verso un traguardo al momento non chiaro ma al quale tutti debbono partecipare. Nessuno, infatti, è titolare esclusivo di queste tematiche, nessuno ha il diritto di arrogarsi una difesa di principi che invece debbono appartenere ad ognuno di noi, in quanto uomini. Tutto ciò che è umano mi appartiene, quello che è umano non può non appartenermi, essendo io essere vivente, persona umana! Ritengo che questa voglia di vivere, questo senso della vita insito in tutti quanti noi, sia presente in tutte le forze politiche, in tutti gli uomini; dobbiamo solo fare uno sforzo per cercare di tirarlo fuori.

Detto questo, presidente, in ordine a quanto abbiamo sentito in questi giorni, vorrei dire agli amici e alle amiche della sinistra di essere anche un poco dalla loro parte: sento la difesa della dignità della donna come una priorità culturale e avverto molto anche questa sofferenza della donna, come pure la cultura della donna, il cui patrimonio positivo abbiamo acquisito anche noi, pur partendo da posizioni diverse. È un patrimonio che appartiene culturalmente a tutta la società italiana, così come deve appartenere ad essa il concetto della difesa della vita e della sua sacralità. Nessuno, nemmeno i laici, mette in discussione la sacralità della vita. Tutto questo ci appartiene e siamo orgogliosi che sia così.

Non mi convince, però, un aspetto. Dalle audizioni precedenti — ma sostanzialmente viene riconfermato anche oggi — sembrerebbe emergere l'esistenza di una solitudine dei consultori come istituzioni nella società e una solitudine di coloro che in tali strutture operano. Lo dico agli operatori dell'Associazione dei medici, all'amico Carlo Casini e agli altri: anche la scelta dell'obiezione di coscienza — che ovviamente rispetto e che non è criticabile, non è condizionabile — forse lascia una solitudine, una trincea sguarnita in certi servizi del territorio; forse anche quella può essere una fuga dalla realtà, e lo dico perché sono dalla parte di quelli che sposano tale posizione. Se c'è una trincea della vita, non sguarniamola, rafforziamola! Bisogna interpretare in maniera positiva e moderna anche questo tipo di esigenza, per così dire, di trincea. È necessaria una valutazione critica di ciò che è stata in questi anni l'obiezione di coscienza. A 25 anni di distanza da quei fatti, va avviata una sorta di autocritica; è opportuna una nuova visione dell'obiezione di coscienza. Fare ciò equivarrebbe ad un passo in avanti verso l'acquisizione di una nuova cultura, di una crescita positiva ed essenziale per tutti.

Mi scuso se il mio intervento è risultato disordinato, ma le parole della collega Francesca Martini mi sembrano coinvolgenti sul piano personale (tutti conosciamo le ragioni di questa posizione). In conclusione, considero questo un bel momento della vita parlamentare e, se servirà per far crescere collettivamente un senso comune di appartenenza a valori condivisi, allora sarà un fatto senza dubbio positivo.

TIZIANA VALPIANA. La collega Leone poc'anzi, come in altre occasioni, ha lamentato che noi dell'opposizione avremmo più volte sottolineato la tardività con cui si svolge questa indagine conoscitiva. Giustamente, la collega sostiene che, quando si pone un problema, questo va affrontato. Ribadisco per l'ennesima volta (ma chi è nostro ospite oggi ascolta queste parole per la prima volta) che io personalmente,

ma anche a nome di tutti gruppi della sinistra, per tutta la legislatura, quindi per cinque anni, ogni qualvolta in questa Commissione si predisponiva il calendario trimestrale dei lavori, quindi quattro volte all'anno, per un totale di venti volte nella legislatura (*Commenti*)... È inutile che ogni volta lei obietti, signor presidente; ho conservato questi dati nel mio *computer*. Ebbene, quando si predisponiva il calendario dei lavori, ho personalmente proposto una discussione della relazione sulla legge n. 194 e ogni volta la maggioranza ha respinto questa proposta. Quindi, collega Leone, è vero che quando si presenta un problema questo lo si deve affrontare, ma avrei gradito che il suo capogruppo lo avesse fatto quando io l'ho proposto, sin dal 2001...

ANNA MARIA LEONE. Non ero in questa Commissione quando tu hai avanzato quella proposta: ero in un'altra Commissione!

TIZIANA VALPIANA. Non posso dimenticare questo atteggiamento, né posso dimenticare l'atteggiamento che il Movimento per la vita e le altre associazioni oggi intervenute hanno avuto sino al 1978. Sino ad allora, nel nostro paese tutte le donne costrette ad abortire dovevano farlo clandestinamente. Credo che una donna che abortisca sia sempre costretta a compiere questa scelta; lo è dalla vita, dal fato, dalle circostanze: sicuramente è una scelta che, in prima istanza, nessuna donna al mondo compie. Ebbene, quando le donne nel nostro paese erano costrette ad abortire clandestinamente, nessuno, se non i gruppi laici (io allora lavoravo con l'AIED), se ne faceva carico.

Ad esempio, sino al 1973 ci siamo fatti carico delle denunce per aver fatto propaganda alla contraccezione. Ricordo che allora la prevenzione dell'aborto attraverso la contraccezione era reato. Inoltre, sino al 1978 ci siamo fatti carico delle denunce per aver accompagnato delle donne ad interrompere le gravidanze in luoghi clandestini. Questi, però, erano

meno insicuri per la loro salute e meno drammatici di quello che avveniva normalmente in precedenza.

Non possiamo neanche dimenticare che ancora oggi nel nostro paese esiste un elevato numero di aborti clandestini. Questa indagine conoscitiva non ha voluto affrontare tali temi. In sede di predisposizione del programma dell'indagine avevo avanzato una proposta in tal senso, ma non si è voluto affrontare una ricerca sugli aborti clandestini, che rappresentano l'elemento più oscuro e drammatico, per il paese e per le donne. Vi sono aborti clandestini che derivano da tutta una serie di problematiche differenti.

Stamani abbiamo incontrato alcuni rappresentanti di associazioni di donne che lavorano con donne straniere ed è emersa la difficoltà di molte donne provenienti da situazioni sociali e culturali differenti dalla nostra. Ma questo problema esiste anche in Italia. Nella mia regione, il Veneto, si pratica l'aborto clandestino, e questo avviene anche in virtù della diffusione dell'obiezione di coscienza. In particolare, a Verona, città da cui provengo, tale obiezione vieta che istituzioni pubbliche, gli ospedali pubblici, svolgano il ruolo loro attribuito dalla legge. Un servizio pubblico in un paese laico e sovrano — quale speriamo sia il nostro — dovrebbe poter garantire lo svolgimento di questo ruolo.

Ancora oggi tutti voi affermate, a partire dal ministro della salute, sino ai colleghi della maggioranza, che nessuno vuole toccare la legge n. 194. Eppure, siete gli stessi che nel 1981 hanno proposto il referendum abrogativo. Questo significa che, dal 1981 ad oggi, vi siete resi conto che tale legge — che volevate cancellare — ha invece funzionato. Io aggiungo che avrebbe potuto funzionare meglio, se fosse stata finanziata e attuata in tutte le sue parti. Avrebbe potuto funzionare meglio se la rete dei consultori pubblici fosse quella da noi prevista con la legge del 1996, che prevede un consultorio ogni 20 mila abitanti. Infine, avrebbe potuto funzionare meglio se i 200 miliardi delle vecchie lire

da noi destinati agli operatori dei consultori fossero stati utilizzati per l'obiettivo originario, invece di essere inglobati nel fondo generale della sanità, come il ministro Storace ha dichiarato 15 giorni fa in questa sede. A tale proposito, domani presenterò un'interrogazione a risposta immediata in Assemblea per chiedere esattamente quale sia stata la sorte di quei 200 miliardi di lire che noi avevamo destinato ai consultori. Non si è voluto destinare quei fondi ai consultori, per far sì che queste strutture non funzionassero e non si avviasse una discussione sulla loro implementazione.

Dopo queste precisazioni, mi dichiaro anch'io sbigottita come la collega Zanotti: mi sembra che in Italia in questi trent'anni si sia assistito a due film diversi. Stamani, in Commissione si sono svolte altre audizioni, così come è avvenuto prima di fine anno: abbiamo ascoltato i rappresentanti dei consultori e di altre associazioni di donne. Oggi voi avete fatto riferimento al silenzio che in questi anni ha fatto da contorno al problema dell'aborto. Questo silenzio noi non l'abbiamo rilevato, perché su questi temi abbiamo sempre lavorato. Alcuni di voi hanno affermato di aver aiutato 450 donne. Stamani, i rappresentanti dell'Associazione Il melograno hanno fatto riferimento ad 11 mila donne, da loro aidate durante il percorso della gravidanza. Non abbiamo avvertito un silenzio, perché in questi anni abbiamo lavorato accanto alle donne che hanno scelto la maternità e accanto a quelle che non hanno potuto scegliere la maternità e hanno intrapreso altri percorsi, difficili, dolorosi.

Abbiamo, allo stesso modo, cercato di sostenere anche queste donne, partendo da due principi fondamentali: l'autodeterminazione della donna ed il principio secondo cui la donna non può essere considerata un mero contenitore, ma un essere senziente, che sceglie. Ma vi è anche un altro principio di cui tener conto: il diritto di ogni bambino di nascere desiderato e non di nascere comunque. Credo infatti che la relazione tra madre e figlio

sia al fondamento della società; è una relazione interpersonale, ma fondamentale, perché riassume in sé tutte le relazioni della società. Ritengo che tutti noi dovremmo lavorare per far sì che ogni donna possa scegliere di avere solo le gravidanze che desidera.

Non mi sento di avanzare delle specifiche domande ai nostri ospiti. Ho estrapolato alcune frasi dalle relazioni che essi hanno svolto: « noi abbiamo passione per l'uomo » e ancora « noi svolgiamo colloqui per la vita ». Vi sentite così buoni da lasciarci senza parole ! Quindi, non posso rivolgervi delle domande. L'unica cosa che posso fare (rivolgo questo invito anche a qualche collega che stamani non ha partecipato alle altre audizioni) è consigliarvi di leggere i resoconti stenografici di questa importante — lo è, a questo punto — indagine conoscitiva. Infatti, leggendo i resoconti stenografici vi renderete conto che non siete i soli ad essere buoni al mondo, così come vi definite. Vi accorgete che molti altri compiono del lavoro, molto più di voi, che molti altri hanno aiutato un numero maggiore di donne a scegliere la loro strada verso la vita, che molti altri hanno aiutato molti più progetti di vita a svilupparsi. Solo che lo hanno fatto senza la vostra vanagloria !

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Sono orgoglioso di aver proposto, insieme al mio gruppo e all'onorevole Anna Maria Leone, un'indagine conoscitiva, così detta tardiva (così la definiscono). Invito la collega Valpiana a correggere in qualche modo ciò che afferma in ogni audizione. Lei ha proposto di leggere e commentare la relazione ministeriale in materia di aborto. È un atto dovuto, non un'indagine conoscitiva.

TIZIANA VALPIANA. Ma non lo avete mai fatto !

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Oltre a quelle della maggioranza, esistono anche le responsabilità della minoranza. Se è vero che non abbiamo proceduto,

come sostiene la collega Valpiana, ad un approfondimento sul tema dei consultori e della legge n. 194, è anche vero che poteva farlo la minoranza. Ad esempio, ciò è avvenuto nella scorsa legislatura quando, a seguito di una mia iniziativa, è stata svolta un'indagine conoscitiva sulla Croce rossa. Esistono reciproche responsabilità: nessuno ha affrontato questo problema. Anzi, noi abbiamo l'orgoglio di averlo fatto, anche se in maniera tardiva, come è stata definita.

Detto ciò, mi pare che il complesso delle audizioni svolte nel corso di questa indagine conoscitiva fornisca più di un chiarimento e ci renda soddisfatti per aver visto bene nel voler promuovere questo lavoro. Stanno, infatti, emergendo degli elementi importanti, alcuni anche condivisibili.

Richiamo quanto affermato poco fa dagli onorevoli Valpiana e Porcu. Non vi sono tra noi buoni e cattivi: tutti auspichiamo la tutela della vita. Ma l'onorevole Valpiana ci distingue in due categorie: quelli che difendono le donne e quelli che non lo fanno; quelli che difendono i nascituri e quelli che non lo fanno. Mi pare che questa visione sia piuttosto semantica e anche schematica: non è così. La vita è uguale per tutti, che si tratti di donne o di nascituri. Non dobbiamo dividerci su questo tipo di visione, più volte ribadita dall'onorevole Valpiana.

Mi pare che l'odierna audizione abbia messo in evidenza due particolarità della legge n. 194. La prima è quella definita dal professor Boscia come « aborto a comando ». Vi è poi il tema della prevenzione, quindi della tutela della maternità e della vita: la cosiddetta libertà di non abortire. Onorevole Zanotti, lo stesso professor Boscia ha fatto ricorso a questa formula. È un'espressione che non mi turba, perché nel frattempo ne ho avuto conferma grazie alle affermazioni della dottoressa Pisacane. Infatti, ella ha citato il caso di una donna che stava portando avanti una gravidanza gemellare e che è stata fatta abortire, solo perché non ha avuto la libertà di non farlo. È la con-

ferma di quella espressione che, onorevole, l'ha molto turbata quando è stata pronunciata dal professor Boscia.

Concordo con le affermazioni del professor Casini circa l'intenzione di non modificare la legge. Mi pare un modo corretto di affrontare il problema. Qualcuno fa un processo alle intenzioni, addirittura citando posizioni di 25 anni fa. Vi è una legge dello Stato che noi vogliamo applicare, non modificare. L'ho già detto in sede di dichiarazione di voto sul provvedimento in materia di procreazione assistita: è quindi agli atti. Non vogliamo riaprire la questione, né lacerare le coscienze. Non vogliamo modificare la legge n. 194, che è una legge dello Stato. Lo ha già ricordato il professor Casini. Vogliamo esclusivamente apportare una correzione applicativa, soprattutto in materia di consultori. Lo affermiamo chiaramente, senza sotterfugi. Anzi, mi pare che tutti, alla luce del sole, stiamo affermando la stessa cosa.

È chiaro che il settore dei consultori deve essere rivisto. Né mi turberei, come ha fatto l'onorevole Labate quando ha letto un passaggio della documentazione consegnataci dai nostri ospiti. Vorrei riproporre quel passo dove si scrive, infatti, che in un significativo numero di casi la donna ha avvertito l'incontro con il personale sanitario e consultoriale come una vera e propria sollecitazione all'aborto. Lo ripeto: non vi è stata un'istigazione all'aborto; la donna ha solo avvertito questa sensazione.

Nelle audizioni svolte stamani in Commissione, è emerso che in nessun consultorio si registrano casi di donne che, dopo aver deciso di abortire, ritornano sulla loro decisione. Mi pare che ciò confermi quanto scritto nella suddetta documentazione. Nei consultori non avviene un ripensamento. Prima della fine dell'anno, abbiamo ascoltato in audizione i rappresentanti dei medici degli ospedali. Si registrano alcuni casi, in piccoli ospedali, di donne che sono ritornate sulla propria decisione di voler abortire. Questo non è avvenuto nei consultori. Onorevole Labate,

mi pare che nel passaggio letto non vi sia niente di nuovo rispetto a quanto abbiamo appreso fino ad ora.

Vorrei svolgere ora un cenno in merito agli aborti tardivi, relativi alle malformazioni acquisite o congenite. Questo tema è stato sollevato sia dall'onorevole Martini sia, come fatto personale, dall'onorevole Porcu. Io personalmente vi ho accennato in sede di dichiarazione di voto in aula sulla legge in materia di procreazione assistita. In quella occasione, in relazione alle malformazioni ebbi modo di sostenere che è meglio esserci che non essere nati. Questa mia espressione ha avuto l'onore di essere riportata in prima pagina l'indomani su *l'Unità*. Quel giornale scriveva che io avevo affermato che l'embrione è uno di noi e non dev'essere congelato e che è meglio essere malformati che non nascere. Inoltre, il quotidiano si chiedeva cosa direbbe Luca Coscioni. Ho avuto l'onore di essere citato in rosso su *l'Unità*.... Comunque, questo è un tema che ritorna sempre.

Ancora in materia di malformazioni, sarebbe opportuno conoscere le tipologie di malformazioni dei feti. Anche sotto un profilo scientifico (lo dico da neonatologo e pediatra), sarebbe utile sapere quali malformazioni caratterizzano alcuni nati; sarebbe utile anche per coloro che devono nascere sani.

Un breve cenno in merito alla definizione di aborto, richiamata anche in un'altra audizione. Secondo la definizione, l'aborto è quello che viene praticato entro 180 giorni. Apprendiamo invece che le tecniche di terapia intensiva neonatale consentono di sopravvivere anche ai feti di 500 grammi. Personalmente, come neonatologo ho assistito a casi di feti di 500 grammi che, dopo che è stato praticato aborto, sopravvivono ancora e non si sa di chi siano. In questa nuova situazione, sarebbe il caso anche di definire nuovamente cos'è l'aborto. È un fatto importante. Come pediatra e neonatologo, mi rivolgo soprattutto agli ostetrici.

Concludo ringraziando gli intervenuti, che ci hanno consentito di verificare la

correttezza della nostra volontà di affrontare questo problema anche se siamo alla fine della legislatura.

In questa legislatura abbiamo affrontato altri importanti problemi di bioetica, come la procreazione assistita, i diritti del nascituro e il diritto alla vita fin dal concepimento. In questa fase, tali tesi vengono sostenute anche da altri, come, in questi ultimi tempi, lo stesso Papa. Tutti ormai si richiamano al Pontefice, credenti e non. Quindi, rifacendomi a quanto detto dagli onorevoli Porcu e Valpiana, mi pare che nel richiamarci al diritto alla vita siano compresi tutti, anche il Pontefice.

PRESIDENTE. Non essendovi altre richieste di intervento, osservo che in effetti, più che delle domande, i colleghi hanno svolto delle considerazioni, anche in funzione dell'importanza dei temi trattati. Certi valori, comunque, non sono in discussione e ognuno può esprimersi liberamente.

Do la parola nuovamente ai nostri ospiti per la replica, invitandoli a contenere la durata dei loro interventi.

GIANCARLO CURSI, *Collaboratore ufficio promozione umana della Caritas Italia*. Ritengo importante avviare una forma di cooperazione credibile ed autentica tra i vari soggetti che agiscono sul territorio, in quanto siamo di fronte ad una situazione che ci soverchia. Affermo ciò non solo come volontario, ma anche come cittadino.

CARLO CASINI, *Presidente nazionale dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita*. Desidero rispondere, in quanto magistrato, all'onorevole Labate su un argomento di carattere giuridico riguardante la questione dei consultori che avrebbero favorito l'aborto e che bisognerebbe denunciare. A tale proposito esistono due pubblicazioni, una intitolata « Vite salvate » e l'altra « Se questo è un uomo », che raccontano esperienze di donne che hanno abortito. Anche la stampa quotidiana si è occupata di tale questione e, tra le altre,

cito una inchiesta de La Nazione di qualche anno fa, in cui l'intervistatrice, Letizia Cini, racconta le esperienze di un consultorio di Firenze.

L'articolo 19 della legge n. 194 stabilisce determinate sanzioni per chi viola le norme, ma il reato deve essere definito chiaramente e, soprattutto, deve essere provato. Tuttavia, in un colloquio è difficile determinare i confini precisi di reato. In molti casi, le donne non vogliono raccontare ai loro figli ed alle loro famiglie che hanno abortito o che volevano abortire. Abbiamo presentato diverse denunce per aborto clandestino, ma in molti casi preferiamo garantire il rapporto di fiducia instaurato tra noi e le donne.

Ci sono consultori che svolgono un ruolo positivo di prevenzione, ma sono forti le resistenze per avviare convenzioni tra noi ed i consultori stessi: ad esempio, in Emilia-Romagna, a Zola, abbiamo fatto un tentativo, ma inutilmente. Sulla riforma dei consultori è stata presentata una proposta di legge da parte del Forum delle associazioni familiari, che raccoglie 42 associazioni, di cui anche noi facciamo parte. Alcuni articoli della proposta, allegati alla documentazione presentata in Commissione, riguardano i cosiddetti centri di aiuto alla vita; tali istituti rappresentano un esempio di ciò che dovrebbero fare i consultori, secondo quanto prescritto dalla legge.

Non chiediamo una nostra presenza esclusiva nei consultori — nemmeno in modo sussidiario —; tuttavia, vogliamo che nei consultori ci sia uno spazio doveroso, intelligente e competente per la prevenzione dell'aborto.

ORESTE BENZI, *Presidente dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII*. L'aspetto più carente riscontrato nell'odierna audizione è il fatto che non si parla del diritto del nascituro. La donna è provvista di diritti verso la società, ma non ne ha nei confronti di suo figlio: ha solo il dovere di farlo vivere. È scandaloso sentire parlare in una certa maniera, perché si offende la donna e la madre.

Non si può condizionare la vita di una persona al benessere o al non benessere di un'altra; se ci fosse conflitto tra la vita e la morte dei due individui, sarebbe la madre a decidere, ma il resto è scandaloso.

Coloro che sono nati malformati o disabili sono i veri grandi benefattori dell'umanità di oggi. Abbiamo accolto oltre duemila di queste creature, che rappresentano coloro che fanno umanità. Andate in mezzo ai giovani ed ascoltate le loro voci. Il nostro movimento giovanile — i caschi bianchi o il servizio civile internazionale — non fanno pietismo, bensì rivoluzione. Nelle nostre comunità terapeutiche ci sono seicento giovani in terapia e sono loro i migliori operatori. Se c'è una gioia di vivere, la troviamo proprio in mezzo a loro.

Mi sarei aspettato da voi, sorelle donne, ben altre parole di quelle ascoltate.

TIZIANA VALPIANA. Siamo noi che ascoltiamo loro e non il contrario!

ORESTE BENZI, *Presidente dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII*. Per quanto riguarda le leggi, alcune sono giuste, altre inique. Quelle giuste bisogna salvarle, quelle inique bisogna cancellarle! Dobbiamo avere il coraggio di affermare ciò che è giusto e ciò che è sbagliato: il dovere di rispettare i diritti del bambino è al primo posto!

VINCENZO DE FILIPPIS, *Consigliere nazionale dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI)*. L'attuazione della legge n. 328 del 2000 sul sistema dei piani sociosanitari di zona è stata un'esperienza molto positiva in Puglia. Tale provvedimento consente infatti di porre in rete sia i soggetti sottoscrittori (comuni, ASL e distretti sociosanitari) sia gli enti e le associazioni aderenti allo stesso piano sociosanitario di zona, in particolare nei comuni che hanno una popolazione pari e non superiore ai 90 mila abitanti, in modo da incidere realmente sul territorio. Quando ciò accade si produce una sinergia straordinaria.

Abbiamo verificato che il consultorio, che di per sé risente pesantemente della mancanza di risorse economiche e della carenza di una rete sociale, quando si trova in sinergia con le altre realtà sociali territoriali e pone in primo piano la priorità dell'accoglienza della vita nascente, automaticamente riesce a risolvere i problemi delle donne. Durante la mia esperienza quinquennale di assessore comunale, è stato verificato che l'avvio del piano di zona ha determinato una concreta risposta sulle questioni dell'interruzione di gravidanza e della violenza sulle donne e sui minori, superando in tal modo il problema dell'attuazione dell'articolo 2 della legge n. 194.

È importante ribadire allora che si registra una forte carenza di risorse economiche da destinare ai servizi sociali nei comuni. Se, inoltre, le scarse disponibilità finanziarie esistenti sono ulteriormente ridotte, è vero che l'accoglienza della vita nascente diventa una progettualità monca. Ad esempio, nelle nostre realtà territoriali la nostra utenza è costituita in maggioranza da donne albanesi, per cui sarebbe opportuno comprendere la loro lingua attraverso la formazione di personale capace di parlare l'albanese, al fine di porsi in empatia con loro. I finanziamenti della legge n. 328 del 2000 possono servire per tali casi, anche se sarebbe opportuno che le regioni intervenissero, aumentando ulteriormente tali risorse.

I medici cattolici credono molto nell'attuazione concreta dei piani di zona che possono servire per superare le problematiche delle leggi n. 194 e n. 405. Il Parlamento potrebbe intervenire con una legislazione *ad hoc* per migliorare le potenzialità della legge n. 328 del 2000, affinché la sinergia tra pubblico e privato divenga un fatto reale.

SILVIO LONGOBARDI, *Responsabile ambito accoglienza dell'Associazione Progetto famiglia (Onlus)*. Non ci sentiamo buoni o più buoni degli altri; siamo, semplicemente, cittadini che si sentono come gli altri responsabili: siamo chiamati ad

operare per la giustizia sociale ed a riequilibrare le situazioni ingiuste. Pur non condividendo la legge n. 194, pur ritenendola inconsistente sotto l'aspetto etico, ci impegniamo ad attuarla proprio nel caso in cui la legge prescrive di aiutare la donna non ad affrontare l'aborto, ma a rimuoverne le cause: questo è il nostro impegno, fatto di giustizia sociale. Se la solidarietà umana è un valore per tutti, qual è la prima solidarietà, se non quella alleanza tra madre e figlio che è la solidarietà più naturale? Se spezziamo tale solidarietà o se permettiamo che la si spezzi, per ragioni umanamente comprensibili ed a volte meno comprensibili, su che cosa poi possiamo costruire una società?

Si è parlato di due Italie; ma l'Italia è una nazione grande, dalle molte facce e forse sarebbe il caso di guardare anche ciò che non va; tuttavia, non siamo disfattisti, perché rileviamo anche che esistono cose che funzionano. Ad esempio, nel nostro territorio esiste un consultorio presso un ospedale che lavora molto bene; ma come mai in tale consultorio è stato possibile convincere 150 donne a non abortire? Perché invece in altri consultori ciò non avviene? È evidente che il personale di quel consultorio considera la vita un valore.

Se siamo venuti in Commissione è perché vogliamo parlare di esperienze personali, perché conosciamo situazioni e persone, perché ci sta a cuore anche quel bambino non ancora nato, che consideriamo una persona. Vogliamo far conoscere casi e situazioni. Siete proprio sicuri, allora, che tutti gli operatori dei consultori siano preparati? Siete tanto sicuri che nel consultorio si operi effettivamente per consentire alla donna di scegliere liberamente? La libertà è consapevolezza delle proprie scelte: secondo voi, offriamo alla donna la possibilità di accogliere la vita?

Bisognerebbe perciò domandare ai comuni ed ai servizi sociali quanto spendono per aiutare le donne in gravidanza. Il comune del nostro comprensorio, ad esempio, non sa quanto spende in propo-

sito, perché c'è solo un impegno generico sulla famiglia. Credo allora che l'indagine conoscitiva serva soprattutto per consentire di affrontare e risolvere tali problemi.

Nel mese scorso nel nostro territorio abbiamo svolto un colloquio con una donna rumena, che rappresenta un campione delle donne straniere costrette ad abortire per cause sociali. Questa donna, mancante del permesso di soggiorno, ha pagato mille euro ad un medico per abortire in un ospedale pubblico. Il fatto è stato denunciato dalla nostra associazione al magistrato presso la procura di Salerno. Ricordo altresì che nel nostro territorio diversi anni fa alcuni medici sono stati indagati e condannati ed erano tutti medici abortisti. Ciò rappresenta la continuità tra aborto legale e clandestino, per cui siamo favorevoli alle indagini sull'aborto clandestino, al fine di valutare la portata del fenomeno. Purtroppo, non è facile denunciare il reato di aborto clandestino.

PINO MORANDINI, *Vicepresidente nazionale dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita*. Da parte del nostro movimento non c'è nessuna vanagloria, esiste solo un dato esperienziale, basato su incontri con donne di svariata provenienza, che avevano difficoltà a portare avanti la loro gravidanza, senza mai giudicare nessuno. Tuttavia, è chiaro che giudichiamo una cultura ed una mentalità che propinano come progresso e civiltà le cose contro cui ci battiamo da trent'anni.

Riteniamo che il dovere di uno Stato laico e di diritto sia la protezione della vita umana in ogni stadio in cui si trovi e che ciò rappresenti la ragione costitutiva di uno Stato moderno. Il valore della vita è costituzionalmente protetto dal punto di vista formale; tuttavia, prendiamo atto dell'esistenza di leggi, nella gerarchia delle fonti inferiori alla Costituzione, che sovente nella loro applicazione pongono tale valore in discussione: una di queste è, nell'ambito della sua applicazione, la legge n. 194. A tale proposito, anche la Corte costituzionale, attraverso diverse sentenze,

come la n. 35 del 1997, ha ribadito che il diritto del concepito ha valenza costituzionale.

Ciò significa che è opportuno porre in essere tutti gli strumenti più adeguati per sviluppare un'alleanza tra madre e figlio e non, invece, il contrario. Se la donna fa fatica ad accogliere la vita per varie circostanze, di cui spesso è responsabile il maschio, noi siamo dell'avviso che, di fronte a tali difficoltà, occorra offrire tutta la solidarietà possibile alla donna in particolare. Questo intendiamo come valorizzazione della vita della donna e come autodeterminazione della stessa. Siamo, infatti, a favore dell'autodeterminazione della donna ma all'interno di uno Stato di diritto, un'autodeterminazione che deve fermarsi là dove inizi il diritto di un altro, tanto più se si tratta di un diritto fondamentale come quello del figlio.

Occorre lavorare tutti insieme (e qui vi è una questione trasversale che non riguarda i partiti o le ideologie, ma che coinvolge tutti) affinché si possa realmente dire che in Italia vi sarà domani, speriamo il più presto possibile, libertà per la donna di non abortire.

Mi sia consentito di replicare con molta pacatezza in relazione alla cifra davvero infondata che ho sentito enunciare circa gli aborti clandestini. Lorisignori sanno, e non vorrei offendere la loro intelligenza e preparazione, che l'unico studio serio sugli aborti clandestini è stato redatto dall'Istituto di demografia e di statistica dell'Università degli studi di Padova, diretto dal professor Bernardo Colombo, il quale stimò che, nel periodo anteriore alla legge n. 194, vi erano circa 100 mila aborti clandestini: una cifra significativa, ma non certo come quelle diffuse a man bassa proprio in occasione e durante l'approvazione della legge medesima.

Per quanto riguarda la richiesta di messa in rete del rapporto dei centri di aiuto alla vita con le istituzioni — ringrazio fra l'altro anche per questa domanda — faccio presente che vi sono in Italia circa 30 convenzioni tra movimenti per la vita e aziende sanitarie locali, proprio al fine di

attuare quella parte dell'articolo 2 della legge n. 194 che prevede una virtuosa collaborazione fra pubblico e privato. Crediamo fermamente in questo, lo abbiamo detto. Non intendiamo assolutamente sostituire gli operatori pubblici con quelli privati, ma crediamo invece (visto che ormai accade in tutti i versanti e in tutte le frontiere) in una collaborazione virtuosa fra pubblico e privato: laddove non arrivi il pubblico, il privato sarebbe disposto, qualora fosse necessario anche gratuitamente, a dare la propria disponibilità. Vi sono ancora 20 convenzioni in Italia fra movimenti per la vita e amministrazioni comunali. Sempre in linea con l'articolo 2 della legge n. 194, vi sono circa 25 convenzioni limpidissime, e a tutt'oggi in vigore, fra centri di aiuto alla vita ed ospedali sempre per la stessa attuazione.

Da questo punto di vista, la proposta da noi fortemente sostenuta di modifica della legge n. 405 sui consultori, che ormai ha trent'anni ed è datata, è la seguente. La *ratio* per cui era nata quella legge era di aiutare il singolo, la coppia e la famiglia, quindi di aiutare le future mamme. In questo senso i consultori vanno sostenuti e a tale proposito, trattandosi di una legge quadro, devono muoversi le regioni anche attraverso le leggi attuative di dettaglio: la loro funzione è in sostanza quella di aiutare ad essere sempre più all'altezza (la coppia, il singolo e la famiglia) di affrontare quelle difficoltà che, come in questo caso, rendono difficile una gravidanza ed una maternità. Separare i due versanti e appuntare in capo al consultorio le funzioni primarie, per le ragioni per cui essi sono nati, ci pare un dovere importante.

Occorre anche dire che — ne rendo atto all'onorevole Porcu — siamo veramente contenti del fatto che in Italia sia aumentata la cultura per la vita e una certa sensibilità su questo versante. Mi sia consentito osservare, come corollario di quanto detto poco fa, che l'affermazione secondo cui il diritto di ogni bambino di nascere vi è allorquando egli sia desiderato cozza veramente contro i diritti fondamentali: il diritto di nascere di ogni bam-

bino sta nel fatto che a lui, come a tutti noi, è spettato e spetta il diritto di vivere; e in questo senso, se la donna fa fatica, non solo il volontariato ma anche le istituzioni debbono aiutarla. A tale proposito vi sono centinaia di esperienze di accoglienza sia di bambini sani che di diversamente abili, i quali danno molte volte una ricchezza particolarissima alle famiglie che li accolgono e che sono aiutate ad accoglierli.

Già si è parlato della distinzione tra la prevenzione dell'aborto e quella del concepimento, che sono due cose assolutamente diverse: tanto per essere concreti diciamo che, qualora si fosse inteso prevenire il concepimento e questo comunque fosse avvenuto, sarebbe chiaro che bisognerebbe farsi carico di come prevenire l'aborto. Per noi questo è un aiuto concreto alle donne, non solamente con il sostegno economico, ma attraverso un'amicizia e un rapporto che continua.

Se mi è consentito, vorrei presentare in conclusione tre proposte amministrative che già da domani, con una semplice circolare o una relazione della Commissione, potrebbero essere presentate al ministro e al Governo senza modificare la legge. Chiediamo che nella scheda siano indicate le cause per le quali la donna viene indotta ad abortire: è questa la base di ogni prevenzione. Chiediamo che vengano indicati i percorsi da effettuare e quelli effettuati per evitare l'IVG, il numero dei bambini nati grazie ai meccanismi previsti dalla legge n. 194, che sia data esatta menzione di quali malformazioni del feto abbiano giustificato il ricorso all'IVG oltre il terzo mese, i casi di sopravvivenza di bimbi dopo gli aborti tardivi. Chiediamo, inoltre, che vi sia un riscontro obiettivo, diagnostico, obbligatorio sui feti abortiti per una pregressa previsione di malformazione, i cui risultati andrebbero e andranno comunicati ai genitori.

ELENA VERGANI, *Responsabile nazionale del Servizio SOS vita dell'Associazione di volontariato Movimento per la vita.*

Vorrei rispondere in modo schematico ad alcuni punti degli interventi in particolare degli onorevoli Labate e Valpiana.

Riguardo alla richiesta di dati sul rapporto tra comunitari ed extracomunitari, in base alla nostra esperienza possiamo dire che nei centri di aiuto alla vita la grande maggioranza è rappresentata da extracomunitari, che poi manteniamo anche in carico per motivi di assistenza.

Per quanto concerne il Servizio telefonico SOS vita, che ha già raccolto 25 mila telefonate, la percentuale di quel rapporto è totalmente diversa: l'80 per cento delle telefonate che arrivano al servizio proviene da donne italiane, quindi il problema esiste anche in questa fascia.

Mi sembra vi fosse stata poi una richiesta circa l'esistenza eventuale di un rapporto, nelle statistiche da noi effettuate, tra il numero dei bambini nati e la presenza di consultori in quelle regioni. Non abbiamo questo tipo di collegamento: posso però portare l'esperienza del Piemonte, dove vi è un'alta percentuale di certificazione che passa attraverso i consultori e si registra un continuo aumento del numero degli aborti effettuati. Tutti i dati del numero telefonico di SOS vita sono in corso di elaborazione presso l'Università di Milano, al dipartimento di statistica. Spero entro pochi mesi di metterli a disposizione, elaborati in un modo più corretto e preciso rispetto a quanto abbiamo potuto fare fino a questo momento.

Aggiungo che è vero che i consultori e le strutture pubbliche lavorano per la vita e in molti casi anche bene, quando la donna che si presenta non abbia alcun problema di scelta rispetto alla vita stessa: donne in maternità che si presentano presso il consultorio sono seguite molto bene in molti di essi. Ho lavorato a lungo nelle strutture pubbliche. Il problema sta nel fatto che vi sono stati milioni di aborti in questi anni: per questi casi è stato fatto tutto affinché non si arrivasse all'aborto? La nostra risposta chiara è che non è stato fatto tutto, assolutamente, e che vi sono dei vuoti enormi!

La struttura pubblica è importantissima, e in questo mi rifaccio ad una frase detta da una delle onorevoli: certo, la struttura pubblica è fondamentale nell'intervenire in questo campo; il volontariato non può sostituire la struttura pubblica e questo è assolutamente scontato, ma ha una esperienza che a questo punto vuole far diventare « proposta ». Sono convinta che vi sia una fascia di sovrapposizione d'intenti, pur partendo da posizioni molto diverse, nella lettura del problema. Tale fascia di sovrapposizione consiste nel cercare di prevenire l'aborto, superando i condizionamenti. Non si può parlare di libertà rispetto all'aborto se non si interviene per aiutare a superare i condizionamenti che portano ad abortire, da quelli economici a quelli molto spesso di tipo relazionale; il ricatto c'è e la posizione di « o questo figlio o me ! » è molto diffusa: dobbiamo entrare nel profondo !

Ritengo che, affinché la collaborazione in quella fascia di sovrapposizione si compia, sia necessario impostare la prevenzione anche a gravidanza iniziata e che occorra una ricerca nel tentativo di rimuovere le cause. Senza i consultori questo non è possibile. Penso all'esperienza di chiunque lavori nei consultori o nel volontariato ed alle cause che da un po' di tempo a questa parte portano all'aumento di decisioni di aborto: se si è in gravidanza e non viene rinnovato il contratto di lavoro, come si fa se poi il bambino

nasce ? Oppure, se è una badante ad essere incinta, vi è per lei il rischio di perdere il lavoro e di rimanere a casa se il datore di lavoro viene a conoscenza della gravidanza ! È questo uno dei punti su cui la struttura pubblica e i consultori dovrebbero elaborare quelle proposte eccezionali che la legge n. 194 affida ai consultori stessi. Come si fa a sostenere che in quella situazione la donna è libera di scegliere ? È necessario che tali proposte vengano formulate soltanto da una struttura pubblica.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti, sia gli ospiti che i colleghi parlamentari. Sicuramente faremo tesoro di questa audizione, così come delle altre, nella stesura del documento conclusivo, che speriamo possa contenere tutte le proposte avanzate per migliorare l'applicazione della legge e soprattutto gli aiuti alle donne e alle famiglie.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 18.

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

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 7 febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 1,32



14STC0019920