

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 contraccezione 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-