

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 14,15.

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

Sulla pubblicità dei lavori.

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

Audizione di rappresentanti dell'Associazione Luca Coscioni, della Società scientifica ANDRIA, dell'Unione donne in Italia (UDI) e della Federazione internazionale degli operatori di aborto e contraccezione (FIAPAC).

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 Luca Coscioni, della Società scientifica ANDRIA, dell'Unione donne in Italia (UDI) e della Federazione internazionale degli operatori di aborto e contraccezione (FIAPAC).

Come è noto, questa indagine conoscitiva, che è stata promossa da alcuni parlamentari, intende, in particolare, soffermarsi sull'applicazione della legge n. 194

del 1978, che, come è stato anche ricordato, tra gli altri, dal ministro della salute Storace, non si intende modificare.

La richiesta di approfondimenti formalizzata dai proponenti è finalizzata ad acquisire elementi conoscitivi in ordine al collegamento esistente tra i consultori, alla diffusione di questi ultimi, alla loro attività rispetto al rapporto con le donne, soprattutto nella diffusione dell'attività consultoriale come prevenzione sia primaria, ovvero dal punto di vista contraccettivo, sia secondaria, nell'eventualità che vi fossero donne o coppie che decidano di non interrompere la gravidanza. Si intende inoltre esaminare il rapporto tra i consultori e le altre strutture, siano esse di carattere ufficiale, come le strutture assistenziali comunali, ovvero di carattere volontario; inoltre, si intende verificare se tale rapporto rivesta carattere informale, oppure se esso sia istituzionalizzato.

Come è stato rilevato più volte, occorre soffermarsi anche sull'incidenza dell'interruzione volontaria di gravidanza, ed in particolare su quella che riguarda le donne immigrate. Quest'ultimo profilo rappresenta un problema assai « impellente » per la nostra società, dal momento che l'immigrazione è una realtà con la quale dobbiamo sempre più convivere.

Tuttavia, come spesso ci è stato ricordato, le donne che si sottopongono all'interruzione di gravidanza non conoscono la legge italiana e quindi non vi ricorrono, continuando ad attuare l'interruzione volontaria di gravidanza nel proprio ambito in modo clandestino ed attraverso metodi che non sono i migliori.

Darei quindi la parola ad un rappresentante per ciascuna organizzazione, in modo da consentire loro di svolgere una

breve relazione. Successivamente, i parlamentari presenti formuleranno eventuali domande, alle quali seguiranno le repliche.

Ricordo che, ove gli auditi intendano farlo, può essere utile lasciare agli atti della Commissione memorie scritte o altri documenti.

MANUELA MOLINARI, *Membro della Società scientifica ANDRIA*. Vorrei in primo luogo ringraziare la Commissione per l'invito rivoltoci. Prima di parlare della legge n. 194 del 1978, credo sia opportuno soffermarsi sulla legge n. 405 del 1975, dal momento che proprio questa affida alla legge n. 194 il compito di prevenire l'interruzione volontaria di gravidanza e, ancor meglio, di tutelare la gravidanza, in modo che essa sia consapevole e responsabile.

Quali sono le specificità dei consultori familiari italiani? Prima di tutto, vorrei ricordare che i consultori italiani sono di base e quindi diffusissimi su tutto il territorio italiano, anche se in maniera non omogenea. Essi sono definibili come «a bassa soglia di accesso», vale a dire che, nella realtà del nostro paese, il consultorio familiare equivale al medico di famiglia o al pediatra di base, che è un'istituzione molto più recente e che è una peculiarità unica del nostro sistema in tutto il mondo.

Un altro profilo importante che occorre ricordare è che si tratta di servizi pubblici e laici: questo ne evidenzia il carattere di grande attualità, perché noi siamo dinanzi ad una società sempre più multiculturale, con persone che professano fedi e valori diversi, tutti egualmente degni di rispetto.

Un altro profilo importante che caratterizza i consultori familiari italiani è rappresentato dal loro carattere di servizio di ascolto: per questa ragione, si parla di «presa in carico globale», come specificità del consultorio. Per comprendere meglio: se noi pensiamo ad istituzioni tradizionali come gli ospedali, constatiamo che in questo caso la gente si presenta per richiedere una serie di prestazioni e, una

volta assolte, viene rimandata ad un altro servizio di base rappresentato, ad esempio, dal medico di famiglia. Un'ulteriore specificità dei consultori è dovuta al fatto che si tratta di servizi non direttivi, vale a dire non caratterizzati da comunicazioni orizzontali. Inoltre, non rientrano nello schema che, di solito, contraddistingue la relazione tra il medico ed il paziente: gli operatori dei consultori sono consapevoli da sempre di trovarsi di fronte a persone sane, che sono lì per acquisire competenze.

Questa è la novità esistente già dal 1978 per i nostri servizi: pensiamo soltanto al contributo recente della letteratura scientifica internazionale, soprattutto di origine anglosassone, relativo all'istituto del consenso informato e a quanto questo abbia dato rilevanza al fatto che le persone siano consapevoli e responsabili delle scelte che compiono rispetto al tema della propria salute. Il legislatore, già negli anni '70, aveva anticipato questo concetto.

Occorre poi evidenziare il carattere multidisciplinare dell'*équipe*, perché l'approccio alla maternità è un approccio integrato e deve esserlo di fatto (probabilmente sotto questo profilo, vi sono problemi nel nostro paese). I consultori infatti seguono la vita della coppia in tutte le varie fasi e non soltanto per l'interruzione volontaria di gravidanza. Essi sono inseriti in un servizio di base rappresentato dal distretto e collaborano con i medici di famiglia e con i pediatri di base.

La particolarità dei consultori familiari è rappresentata dal fatto che, rispetto alle disposizioni legislative attuali, essi presentano una distribuzione ottimale sul territorio: ne esiste infatti uno ogni ventimila abitanti, perlomeno a Mantova dove lavoro come ostetrica; questo ci differenzia anche dalla stessa Lombardia, dove c'è un consultorio ogni cinquantamila abitanti.

Un ulteriore elemento che caratterizza la nostra realtà è che i consultori sono inseriti con i «punti nascita»: mi sembra che tale aspetto sia stato già sottolineato

dal presidente Palumbo nelle precedenti audizioni. Si tratta di consultori inseriti e collegati in rete rispetto agli ospedali. Questo sicuramente fa in modo che l'utenza si rechi presso le nostre strutture: noi seguiamo quasi il 50 per cento delle gravidanze, come avviene anche in altre realtà del nostro paese.

Cosa fa, nell'ambito del consultorio, l'ostetrica, che è una sorta di *gate keeper*, nel senso che nella stragrande maggioranza dei casi le ostetriche sono le prime ad accogliere le donne? Cerca fondamentalmente di incontrare la donna, e la coppia, anche se non si tratta di un obbligo di legge: infatti la legge n. 194 del 1978 non chiede di ascoltare anche il padre del concepito. Tuttavia, per noi è cosa buona coinvolgere anche il partner della donna, se questa lo desidera. Cerchiamo di comprendere le ragioni per le quali è rimasta incinta: non chiediamo se intenda abortire, bensì perché è rimasta incinta. È una domanda strategica. Cerchiamo, quindi, di capire quale metodica abbia portato alla gravidanza, che lei sembra non volere (ho riscontrato ultimamente che sempre di più le donne dichiarano il fallimento di un metodo).

L'aborto rappresenta un'ultima spiaggia, non quindi una soluzione alla quale affidarsi fortuitamente. Invece, le donne straniere, che in Lombardia ed in altre regioni del nord e del centro Italia richiedono più del 30 per cento delle interruzioni volontarie di gravidanza, spesso non conoscono neppure la fisiologia della riproduzione; si pongono il problema della contraccezione, ma non conoscono la fisiologia. Vi sono poi problemi di tipo logistico: non abbiamo mediatrici culturali e spesso le donne immigrate non conoscono i nostri servizi; faticano anche ad acquistare la pillola, che costa 12-13 euro al mese.

Cosa fa un'ostetrica dopo avere effettuato una prima analisi? Cerca di capire quale sia il profilo rispetto al quale sostenere, eventualmente, la gravidanza. Questo è il nostro lavoro: sostenere la gravidanza. Se la donna ha un problema di tipo lavorativo, si coinvolgono servizi

quale l'ispettorato del lavoro, ovvero i servizi di sicurezza sul posto di lavoro, le assistenti sociali ed anche le associazioni di volontariato. Non vi è alcuna contrapposizione ideologica tra gli operatori dei consultori e i movimenti di volontari, quali essi siano.

Un altro aspetto importante è quello relativo alla pianificazione degli incontri anche con altri operatori dei consultori. Vorrei puntualizzare un profilo: le donne che si recano da noi con una richiesta di interruzione volontaria di gravidanza, sicuramente hanno grossi dubbi nel portare avanti la gravidanza, ma se volessero realmente interromperla, si rivolgerebbero ad un ginecologo privato, non obiettore, che sicuramente non le «tornerebbe» come facciamo noi: si tratta infatti quasi di attraversare le «forche caudine», tra ostetrica, ginecologo, assistente sociale e psicologo. Qui risiede lo specifico dell'approccio globale e quindi del tipo di risposte che forniamo alla domanda.

È chiaro che l'ostetrica non lavora da sola: la nostra consapevolezza è quella di conoscere bene il nostro lavoro e quello dei colleghi. Questo un altro punto di forza dei consultori.

Un ultimo aspetto sul quale vorrei ritornare riguarda il problema emergente delle donne straniere che ricorrono all'IVG. Spiace dire che in Lombardia, da diversi anni, non leggiamo un *report* sull'interruzione volontaria di gravidanza. Eppure il contributo regionale è, rispetto a questa problematica, altissimo.

MARINA TOSCHI, Consigliere della Società scientifica ANDRIA. Vorrei brevemente presentare l'associazione che rappresento: la società scientifica ANDRIA lavora da tempo per favorire la collaborazione tra medici ed ostetrici a livello nazionale, nonché la diffusione della *evidence based obstetrics*, vale a dire l'ostetricia fondata sulle prove scientifiche.

Vorrei soffermarmi su alcuni sintetici punti relativi alla realizzazione di una politica della prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza: fonamen-

talmente, essa potrebbe realizzarsi attraverso interventi di educazione all'affettività e alla sessualità, in collaborazione con tutte le scuole, da quelle materne, alle elementari, alle medie inferiori e superiori, nell'ambito delle quali si realizzano percorsi formativi anche sul tema della contraccezione oltre che delle malattie sessualmente trasmesse; attraverso studi sulla consulenza contraccettiva, o *counselling*, sulla contraccezione e sulla sessuologia, sia individuale che di coppia, per promuovere una sessualità soddisfacente, oltre che una maternità e una paternità responsabili per un'utenza che va dal periodo dell'adolescenza sino alla menopausa; attraverso consulenze contraccettive a carattere collettivo per gruppi di persone: giovani e meno giovani, in fase pre matrimoniale, che richiedano un supporto degli operatori sia per prevenire le gravidanze o le malattie sessualmente trasmesse, sia per parlare della fisiologia degli apparati o della sterilità; attraverso incontri dedicati al tema della pianificazione familiare nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e alla nascita.

Un altro punto è rappresentato dalle consulenze contraccettive nell'ambito dell'assistenza domiciliare ed in puerperio alla madre ed al bambino: un servizio che nel nostro paese non è ancora sufficientemente diffuso, mentre andrebbe incentivato anche al fine dell'allattamento materno, e dalle consulenze sulle metodiche contraccettive nella donna e nella coppia in età fertile, durante il *pap test*, che rappresenta l'unico momento nel quale le donne vengono chiamate in modo attivo e personalmente invitate a recarsi al consultorio. Può quindi essere un'ottima occasione per parlare della contraccezione.

Vi sono poi la visita ed il controllo successivi all'interruzione volontaria di gravidanza, in accordo con gli ospedali, che offrono attivamente le metodiche in modo gratuito e favoriscono l'inizio della contraccezione, specialmente ormonale, fin dalla sera dell'intervento. In seguito, occorre realizzare incontri dedicati al tema della pianificazione familiare all'in-

terno dei centri di accoglienza per donne e bambini stranieri o nei luoghi di aggregazione delle diverse comunità, specialmente insieme alle mediatrici culturali.

Un altro punto riguarda gli «spazi adolescenti», che in alcune aziende sono presenti e nei quali si possono tenere colloqui al fine di spiegare i metodi contraccettivi. Un ultimo punto — non per importanza — è quello della gratuità delle consulenze rispetto alla pianificazione familiare, cosa che non avviene in tutta l'Italia.

Gli interventi che riteniamo strategici per la prevenzione sulla interruzione volontaria di gravidanza sono rappresentati dagli sportelli di ascolto nelle scuole; dalla gratuità delle consulenze; dalla distribuzione, garantita in ogni distretto entro le ventiquattro ore, dei contraccettivi d'emergenza, che negli altri paesi europei è un prodotto «*over the counter*», mentre in Italia necessita di una ricetta medica. In ogni Azienda sanitaria locale andrebbe organizzata una rete tra consultori ed ospedali per rispondere a questa specifica domanda di contraccezione d'emergenza.

Come si ricordava, non tutte le Asl effettuano annualmente un ragionamento sulla interruzione volontaria di gravidanza, mentre sarebbe invece opportuno individuare momenti collegiali in cui gli ospedali e i presidi territoriali possano approfondire la tematica dell'IVG in base all'attività svolta e ipotizzare eventuali interventi necessari.

Occorre poi coinvolgere il consultorio nel percorso di scelta informata della donna per una effettuazione, ove possibile e ove richiesto, dell'interruzione volontaria gravidanza medica, vale a dire dell'RU 486.

È inoltre necessario omogeneizzare la rete consultoriale, che manca in molte zone d'Italia e riconoscere la professionalità di persone che, da più di trent'anni, lavorano nei consultori e spesso vedono il loro lavoro relegato al rango di «serie B».

Occorrono poi la presenza di tutte le figure professionali previste nel POMI, ovvero dell'*équipe* di base consultoriale, e l'individuazione di una figura responsabile a livello di distretto o di Asl nel servizio consultoriale: spesso infatti i servizi sono abbandonati a se stessi. Vi è poi l'esigenza di assicurare la presenza di mediatrici linguistico-culturali di tutte le etnie presenti, per favorire l'accesso e la capacità di risposta all'utenza straniera; occorre formare in modo continuo sul tema della contraccezione in base alle evidenze scientifiche i medici di medicina generale oltre agli operatori dei consultori e a quelli ospedalieri, che non sempre sono informati su tutte le metodiche.

Bisognerebbe poi prevedere il tirocinio formativo obbligatorio nei servizi consultoriali per le nuove generazioni di operatori socio-sanitari perché i medici e i ginecologi, molto spesso, non hanno mai visto un consultorio e hanno soltanto una mentalità ospedaliera, mentre nei consultori si lavora in rete, attraverso il rapporto con il territorio, i comuni, le comunità, i servizi di igiene mentale, i medici di base, i pediatri di libera scelta e così via.

Vogliamo concludere suggerendo altre ipotesi di indagini conoscitive. Perché occuparsi solo dell'IVG quando in proposito in Italia registriamo uno tra i dati migliori d'Europa, se non del mondo? Siamo uno dei paesi in cui l'IVG è studiata e ed è prevista una relazione annuale al Parlamento. Perché non proporre un'indagine conoscitiva sull'educazione sessuale nelle scuole, sul numero dei consultori effettivamente presenti, un'indagine sul livello di conoscenza dei servizi consultoriali da parte della popolazione e dei medici di base, che spesso non li conoscono? Perché non proporre un'indagine conoscitiva sull'«epidemia» di tagli cesarei, che affligge il sud del nostro paese, con una percentuale del 66 per cento in Campania, e che rende l'Italia il paese con il più alto tasso di tagli cesarei in Europa e tra i primi nel mondo?

Inoltre, occorre potenziare la cultura della contraccezione. La contraccezione

ormonale potrebbe essere un farmaco etico, come sostiene l'OMS e i media potrebbero svolgere un ruolo di informazione in tutte le lingue, coinvolgendo anche l'utenza straniera. La campagna di promozione dell'uso del profilattico femminile può essere utile (ci risulta che la maggior parte dei colleghi medici non ne conoscono nemmeno l'esistenza). In Italia il farmaco non è ancora commercializzato, mentre nel resto d'Europa viene venduto ad un prezzo politico all'interno di alcuni servizi. Occorre che il Ministero della salute si attivi per reintrodurre in commercio, ad un prezzo accettabile, spermicidi e diaframmi, da anni fuori commercio solo nel nostro paese.

Concludendo, vorremmo affermare che il personale sanitario e psicosociale dei consultori italiani non è astrattamente favorevole o contrario all'aborto. Gli operatori sono più semplicemente contrari al ritorno all'aborto clandestino, che la legge n. 194 ha sicuramente combattuto, sino alla quasi totale scomparsa. Gli operatori auspicano inoltre che nel nostro paese si possano esercitare i diritti alle scelte riproduttive che sono garantiti e diffusi nel resto d'Europa, rispetto ai quali invece stiamo costantemente arretrando.

PRESIDENTE. Pregherei i nostri ospiti di limitare i tempi dei loro interventi. Prima di cedere la parola all'onorevole Marco Cappato, vorrei fare un'osservazione. Tutte le cose dette possono essere giuste. Si possono sicuramente proporre molte altre indagini conoscitive, ma in questo caso dovremmo finalizzare gli interventi, se possibile, all'oggetto di questa indagine conoscitiva. Sappiamo che i consultori svolgono molte funzioni positive, ma dai dati che ci sono stati presentati, risulta che soltanto il 30 per cento delle donne che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza si rivolge ai consultori, mentre il 70 per cento utilizza altri canali.

MARCO CAPPATO, Segretario dell'Associazione Luca Coscioni. Grazie, presidente, per la scelta non scontata — le-

gittimamente messa in discussione da membri della Commissione — di invitare questa associazione, che voglio presentare. Si tratta dell'associazione per la libertà di ricerca scientifica ma anche per la libertà terapeutica di accesso ad alcuni servizi e impegnata proprio sui temi oggetto di questa indagine. Il ministro della salute Francesco Storace, in sede parlamentare, rispondendo alla domanda sul perché si sia arrivati così tardi a quest'indagine, ha detto che il dibattito in proposito è iniziato a settembre, quando un signore ha deciso di sperimentare all'ospedale Sant'Anna di Torino la cosiddetta pillola abortiva. Siccome questo signore, che si chiama Silvio Viale, è nel consiglio generale dell'associazione Coscioni, insieme a tre membri del comitato nazionale di bioetica, gli darei subito la parola per presentare il punto di vista della nostra associazione.

SILVIO VIALE, *Consigliere dell'Associazione Luca Coscioni e ginecologo dell'Ospedale Sant'Anna di Torino*. Ringrazio il collega Cappato e il presidente per questo invito. Entrerò subito nel merito delle questioni. Questa indagine è stata deliberata dopo venti anni di silenzio. Della questione della legge n. 194 e dei problemi ad essa collegati in questi vent'anni, come dice sempre Casini, ce ne siamo occupati in pochi.

Ce ne occupiamo ora, dopo diversi anni di polemiche, curiosamente proprio nell'anno in cui l'Organizzazione mondiale della sanità ha inserito il mifepristone, che è il nome della pillola 486, e il misoprostolo, che è il secondo farmaco utilizzato, tra i farmaci essenziali. Non parlerò della pillola 486, perché si tratta di una questione prettamente clinica. Peraltro la legge n. 194 non ne impedisce l'uso, poiché non limita i metodi chirurgici o medici. In Piemonte gli assessori alla sanità di Alleanza nazionale, hanno sempre evitato di intromettersi nella questione sanitaria e medica e il consiglio regionale del Piemonte non ha mai discusso né in passato, quando governava il centro-destra, né adesso, con al governo

il centro-sinistra, la questione della pillola abortiva, perché si tratta di una questione prettamente sanitaria. Questa vicenda è la spia di come in questi anni la legge n. 194 non sia stata applicata su moltissimi fronti, non solo su quello della prevenzione ma anche su quello della certezza dei tempi e dei modi di attuazione. Esiste una disomogeneità a livello nazionale e partirei da un esempio recente. Qualche giorno fa mi ha chiamato il genitore di una ragazza di 14 anni, di una regione del sud, dicendomi che aveva scoperto che la ragazza era incinta di tredici settimane, e che il medico, un obiettor, aveva negato la possibilità di ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza. Recatosi in ospedale gli avevano detto che era tardi, ma che forse si poteva ricorrere ad altre metodiche. Ho ritenuto, quindi, di invitarli a venire a Torino, dove è stato effettuato l'intervento, che rientrava nell'ambito dei 90 giorni prescritti per legge, con il consenso di entrambi i genitori. Stiamo parlando di una ragazza di 14 anni: sfido chiunque a porsi anche soltanto per un attimo nei panni di questi genitori. Non è possibile che la legge venga applicata in maniera diversa a seconda della regione in cui si vive, ma in realtà purtroppo questa è la regola. A seconda di dove ci si trova, esistono procedure differenti e si è in balia di operatori e di medici che spesso sono obiettori. Si è abbandonati ai volontari e a chi applica la legge. Amo definirmi un umile servitore dello Stato perché sono uno dei pochi (siamo tra i seicento e gli ottocento medici) che applicano la legge praticando gli aborti. Non ne sono orgoglioso, né me ne vergogno. Se in questo paese non ci fossero queste centinaia di medici che applicano la legge non ci sarebbe la possibilità di ricorrere all'aborto; d'altro canto, non esiste alcuna norma che imponga al medico di intervenire. Si tratta di una questione rimasta aperta in questi anni.

Un altro aspetto preoccupante è che non esiste sul tema una letteratura scientifica in Italia; esiste a livello internazionale, ma in Italia c'è molto poco. Ciò è

indice del disinteresse che le amministrazioni pubbliche e sanitarie hanno avuto nei confronti del più importante, per numero, intervento chirurgico femminile degli ultimi anni, superato soltanto da pochi anni dal taglio cesareo. Se sommiamo i 70 mila aborti spontanei ed i conseguenti interventi strumentali di svuotamento dell'utero, ci rendiamo conto che è un problema di sanità. Il perché in Italia in questi anni vi sia stato un disinteresse nei confronti di questo aspetto della sanità è inspiegabile, anche perché la sua distribuzione sul territorio è eterogenea. Si dice che la legge n. 194 abbia funzionato perché ha ridotto il numero di aborti. In realtà è stata la società a ridurli. Negli ultimi venti anni tra le italiane la riduzione è stata del 56 per cento (dal 1995 ad oggi, la riduzione è ancora più sensibile). Se consideriamo anche gli aborti clandestini, la riduzione è stata del 65 per cento, secondo i dati ISTAT (che però fanno riferimento al momento della dimissione, per cui per alcuni aspetti non hanno un valore significativo).

Il presidente ha posto la questione delle donne immigrate, per le quali si registra un tasso di natalità e di abortività superiore a quelli delle donne italiane: il tasso di abortività è di circa quattro volte quello delle donne italiane, mentre, tenendo conto del fatto che l'immigrazione è composta prevalentemente da donne in età fertile, il tasso di natalità è di tre volte superiore a quello delle donne italiane. C'è comunque una differenza tra le donne dell'est, nei cui paesi l'aborto è legale (tranne la Romania) e le donne di derivazione africana, asiatica e latinoamericana, paesi dove l'aborto è vietato e la mentalità delle donne immigrate è invece abortista. Culturalmente queste donne pensano all'aborto clandestino, che in quei paesi viene praticato farmacologicamente, con il misoprostolo. In Italia la loro situazione non è così drammatica, perché nel giro di pochissimo tempo le donne immigrate si adattano al sistema italiano: in un rapporto redatto dall'ospedale Sant'Anna di Torino emerge il fatto che in cinque anni le comunità straniere si adat-

tano alle abitudini italiane. Quindi, la situazione delle donne immigrate non è drammatica in sé, ma lo è perché il sistema non è in grado di svolgere i compiti educativi e di orientamento che dovrebbero essere rivolti anche alle donne italiane. La contraccezione ormonale è diminuita anche tra le donne italiane negli ultimi anni e c'è una situazione di generale rilassatezza.

Da dati dell'ISTAT risulta che gli aborti, per il 15 per cento, sono ancora clandestini, prevalentemente nelle regioni del sud. Per quale motivo? Il ricorso all'aborto è ormai un incidente di percorso, tant'è vero che è diminuito tra le donne sposate e le conviventi stabili. Capita nel momento in cui chi rimane incinta senza volerlo non sa cosa fare. Spesso la donna si vergogna non tanto di ricorrere all'aborto ma del fatto che sia rimasta incinta. Molto spesso soluzioni paralegali o clandestine, a pagamento limitato, vengono preferite. Sia a Torino che nel sud sono stati scoperti colleghi ginecologi che praticavano aborti clandestini.

Per quanto riguarda la prevenzione, desidero sottolineare che essa può essere primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione terziaria è sporadica; la prevenzione primaria è completamente assente. Il problema è di ridurre il numero di gravidanze indesiderate in maniera tale da ridurre il numero di aborti. Sappiamo che il 50 per cento delle gravidanze indesiderate finisce con l'aborto, un dato questo abbastanza costante, indipendentemente dai sistemi; invece, coloro che hanno voluto la gravidanza ricorrono all'aborto dopo un'indagine prenatale che ha lo scopo fondamentale di individuare i feti malformati, per i quali la donna spesso decide l'interruzione di gravidanza.

I tempi previsti dalla legge n. 194 non sono rispettati. La legge stabilisce che se c'è il certificato d'urgenza si provvede subito all'interruzione, mentre con un documento ordinario, trascorsi sette giorni, si interrompere la gravidanza. In realtà passano quindici giorni dalla certificazione all'interruzione di gravidanza, ma dalla

richiesta della donna, considerando i tempi dell'appuntamento, che superano le tre settimane, si arriva addirittura ad un mese di attesa, che rappresenta la media nazionale. Questa cattiva applicazione della legge è dovuta ad un sistema che si è ormai organizzato in tal modo. Incide, inoltre, negativamente l'assenza di conoscenza e di aggiornamento del personale specializzato.

Occorre affrontare anche la questione dell'obiezione di coscienza, che deve essere tutelata, ma lo Stato deve comunque garantire la certezza dell'intervento. Se coloro che operano in questo settore decidessero tutti insieme di non applicare più l'interruzione volontaria di gravidanza, nessuno potrebbe sottoporsi all'aborto. Tutti sappiamo che l'obiezione di coscienza, tranne pochi casi, è un modo per non fare ciò che dai medici è percepito come un lavoro in più. La stragrande maggioranza dei colleghi consiglia la diagnosi prenatale e suggeriscono l'interruzione volontaria di gravidanza indirizzando la donna ad altri colleghi.

Credo che occorra in qualche modo affrontare il discorso della prevenzione come prevenzione primaria, per il profilo relativo alla contraccezione e soprattutto alla contraccezione d'emergenza, con l'abolizione della ricetta. È paradossale che per la contraccezione normale sia sufficiente una ricetta ripetibile, mentre per la contraccezione d'emergenza, che ha un più basso dosaggio ormonale, sia necessaria una ricetta nominativa e non ripetibile. Anche la prevenzione secondaria, che il ministro Storace ha in qualche modo adottato negli ultimi mesi (nessuno aveva mai adottato provvedimenti di quel tipo), mi lascia perplesso. La legge n. 194 non permette il colloquio senza il consenso della donna. Non solo la convenzione di Oviedo ma anche la normativa sul consenso informato e sulla privacy impediscono di sottoporre la donna ad un trattamento sanitario senza il suo consenso. Per cui se non interviene una modifica della legge, nessuno può obbligare la

donna ad avere colloqui diversi da quelli con il medico. Se la donna si rifiuta, nessuno la può obbligare.

Su tali aspetti la Commissione ha fatto bene ad avviare l'indagine, tuttavia, credo che si tratti di un'indagine parziale e forse un po' strumentale, come hanno detto in tantissimi. A mio avviso la Commissione avrebbe dovuto avere il coraggio (spero che nella relazione finale sia affermato) di ampliare l'indagine a tutti gli aspetti della legge n. 194 del 1978, a tutte le parti che non sono state attuate.

Lavorando in un grande ospedale, dove avvengono 8 mila 680 parti l'anno e quasi 4 mila interruzioni di gravidanza, entro il novantesimo giorno, mi sono permesso di indagare su una curiosità. Ho controllato le ultime 2.526 prenotazioni e 290 donne, circa l'11,5 per cento, non si sono presentate per l'intervento: di queste signore che hanno preso un appuntamento e che hanno prenotato l'aborto, una buona parte quindi ha cambiato opinione.

PRESIDENTE. Come lo avete appurato?

SILVIO VIALE, *Consigliere dell'Associazione Luca Coscioni*. Per moltissime donne è stato appurato, seguendone poi la gravidanza; altre invece me l'hanno riferito personalmente: non obblighiamo nessuna donna ad abortire, se ha cambiato idea e non vuole più fare l'intervento.

PRESIDENTE. Una domanda che spesso viene posta riguarda la percentuale delle donne che cambiano idea. Si tratta di un dato difficile da valutare.

SILVIO VIALE, *Consigliere dell'Associazione Luca Coscioni*. Il dato è estemporaneo. Infatti, una parte avrà abortito, un'altra parte l'avrà fatto successivamente; tuttavia, almeno la metà ha cambiato opinione. Tale stima è confortata dal fatto che negli ultimi tre mesi su 130 donne prenotate per l'aborto farmacologico, un centinaio l'ha eseguito, ma almeno otto donne hanno cambiato opinione.

GIULIO CONTI. Lei è intervenuto?

SILVIO VIALE, *Consigliere dell'Associazione Luca Coscioni*. Se posso intervengo, ma rispetto la decisione della donna. Ogni volta che esiste la minima possibilità di evitare l'intervento, nel caso in cui la donna esprima un dubbio di qualunque tipo, inserisco nella procedura gli strumenti più opportuni che vanno dall'aiuto dello psicologo ad un ulteriore colloquio. Ciò che non faccio è intervenire sulle questioni personali, familiari e sociali della persona, dove non ho potere. Non posso intervenire per risolvere una situazione economica disagiata, trovando eventualmente un lavoro.

La mia stima coincide sostanzialmente con quella fornita dall'Istituto superiore di sanità: dal 5 all'8 per cento delle pazienti modifica la propria scelta, tenendo conto dell'attuale organizzazione ospedaliera.

In questi anni sono stati stimati circa 4 milioni e settecentomila aborti, ma in realtà sono di più, perché è necessario aggiungere un milione di aborti clandestini, senza tener conto delle donne che vanno ad abortire all'estero, in Olanda, in Spagna e anche in Francia, dove la legislazione fino a poco tempo fa era più restrittiva.

Riferisco tali dati per sottolineare il fatto che l'affermazione che in altre condizioni tali interruzioni di gravidanza non ci sarebbero state, per cui avremmo avuto un identico numero di nascite, appare una forzatura. Infatti, il numero di figli che si sceglie di avere è frutto di una pianificazione costante. Sostanzialmente, le nostre scelte riguardanti i figli sono scelte personali in cui il numero è già definito. Non si tratta di una situazione per cui più volte la donna rimane incinta più figli avrà nel futuro. Su tale aspetto si registra un andamento costante in tutti i paesi occidentali.

La notevole riduzione dell'aborto è stata riscontrata in tutti i paesi in cui il fenomeno è stato legalizzato ed esiste la

prevenzione: prima del 1978, non esisteva prevenzione, la quale è nata dopo la legalizzazione dell'aborto.

Suggerirei alla Commissione di ampliare il tema dell'indagine, al fine di modificare una legge vecchia di trent'anni e precedente la nascita del Servizio sanitario nazionale: cambiato il sistema, sarebbe opportuno adeguare la normativa ai nuovi tempi, pur mantenendone lo spirito.

PRESIDENTE. Abbiamo ascoltato quello che gli psicologi definiscono il programma procreativo che ogni donna definisce durante la sua vita ed a mio parere tale aspetto non riguarda la scelta di abortire o di procreare.

MIRELLA PARACHINI, *Membro del consiglio direttivo della FIAPAC*. Condivido l'intervento del collega Viale ed auspico che la Commissione, a cui va dato atto di aver audito gran parte degli operatori sanitari e sociali che hanno competenza sul tema in esame, faccia fruttare tale impegno, valutando attentamente le analisi compiute e non ripetendo l'errore prodotto per la legge riguardante la fecondazione assistita, che ha visto l'audizione di molti soggetti competenti, senza tuttavia riportare il loro significativo contributo nella formazione della legge stessa. Il che significa che non sempre il lavoro della Commissione e la qualità delle audizioni condizionano il risultato finale.

Sono un ginecologo dell'ospedale San Filippo Neri, uno dei tre ospedali di Roma che si occupano di interruzione volontaria di gravidanza, e faccio parte della FIAPAC. Grazie a tale incarico, ho potuto conoscere il mondo scientifico internazionale che si occupa di interruzione volontaria di gravidanza. Da tale confronto ho potuto verificare come in Italia sia estremamente carente la posizione del mondo scientifico, in particolare, ginecologico, sull'aborto farmacologico, che rappresenta uno degli interventi più praticati nell'ambito della ginecologia internazionale. Consentitemi allora di suggerire alla Commissione di includere tra le sue priorità, la denuncia

di una importante carenza del nostro paese: laddove esiste una legislazione che consente l'interruzione volontaria di gravidanza, il nostro paese è uno di quelli che non riconoscono tale pratica. Le linee guida delle maggiori società scientifiche considerano tale intervento come la migliore procedura.

Il ministro Storace, intervenendo in Commissione, ha dichiarato: « Se l'aborto farmacologico, rispetto a quello chirurgico, è un'alternativa sicura per la donna, avete ragione voi (rispondendo all'onorevole Valpiana), ma voglio esserne sicuro ». Ebbene, ministro Storace e voi tutti membri della Commissione, vi assicuro che la letteratura internazionale da questo punto di vista non solo indica tale metodo come sicuro, ma lo raccomanda nelle prime settimane di gravidanza.

GIULIO CONTI. Sono soprattutto le aziende farmaceutiche a sostenerlo.

MIRELLA PARACHINI, *Membro del consiglio direttivo della FIAPAC*. Le aziende farmaceutiche guadagnano molto poco da tale procedura: il costo della pillola abortiva è pari a 70 euro. È importante considerare che la scelta farmacologica comporterebbe una notevole riduzione dei costi sanitari (ringrazio l'onorevole Conti per l'interruzione).

Desidero inoltre portare alla vostra attenzione una serie di articoli di giornale, che lascerò come documentazione per la Commissione, in cui si denuncia la lunghezza delle liste di attesa per l'interruzione di gravidanza, che anche le relazioni annuali del Ministero della salute sottolineano. Sono rimasta stupita allorché ho saputo dell'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, in quanto nel 2000, come operatore, sono stata interpellata dall'Assessorato alla sanità della regione Lazio, che all'epoca vedeva come presidente regionale l'attuale ministro della salute Storace. Infatti, la stessa regione sollecitava gli ospedali, nei quali si applicava la legge, a ridurre le liste d'attesa, proprio in seguito alla campagna di stampa che

denunciava i tempi di attesa enormi. Vi prego di considerare che nelle strutture della regione Lazio esiste una quantità di ospedali in cui il servizio non è assolutamente attivato.

Ciò che lascia ancora più perplessi, entrando nella questione delle statistiche dei grandi ospedali, è l'esempio di Latina, in cui ci sono numerose carenze per quanto riguarda l'erogazione del servizio. Ancora più incredibili sono i dati riscontrati a Frosinone, dove si garantisce una seduta settimanale che fornisce solo tre interruzioni di gravidanza. All'ospedale di Rieti si garantisce una seduta settimanale con quattro interruzioni. Tali cifre rivelano ciò che succede alla paziente che vuole andare all'ospedale di Frosinone o di Viterbo o di Rieti o di Latina. Infatti, se in una settimana solo tre o quattro donne riceveranno una risposta e potranno quindi interrompere la loro gravidanza, dove andranno a finire tutte le altre donne? Una Commissione d'indagine dovrebbe assolutamente approfondire tali dati (ma altri ce ne sono più recenti che vanno al di là della regione Lazio). Riporto ad esempio il dato denunciato dal ginecologo responsabile della legge n. 194 del 1978 presso la clinica Mangiagalli di Milano, che presenta nel mese di dicembre 2005 un aumento del tasso di obiezione di coscienza tra i ginecologi milanesi: due medici su tre sono obiettori, e stiamo parlando di una realtà tra le più positive del paese. È importante che la Commissione esamini tali statistiche, presentate anche dall'ISTAT.

Sulla necessità di verificare le funzioni del consultorio, desidero ribadire ciò che è già stato detto da altri colleghi. Pensare che un *deficit* di attuazione dei compiti attribuiti alle figure professionali che esistono nei consultori possa essere colmato introducendo altre figure non previste dalla legge, è un modo errato di procedere. Vi ricordo che l'articolo 3 della legge 29 luglio 1975 n. 405, che ha istituito i consultori nel nostro paese, fa riferimento al personale di consulenza e di assistenza che deve essere in possesso di titoli specifici. Secondo me l'eventuale carenza di

professionalità dell'operatore di consultorio non si corregge aggiungendo altre figure non professionali. Come diceva la dottoressa Toschi, in osservanza dell'articolo 15 della legge n. 194 del 1978, potrebbero anche essere ampliati i corsi di aggiornamento e di preparazione del personale qualificato. Ricordiamo però che la regola prima del *counselling* — una parola anglosassone intraducibile il cui significato non corrisponde al mero consulto tecnico, ma al prendersi carico del problema della persona — impone il rispetto della dignità e dell'autonomia del soggetto che vuole accedervi.

Permettetemi di concludere il mio intervento accennando alla terribile confusione che si fa tra prevenzione di gravidanze non desiderate e dissuasione. Il dottor Viale è entrato nel merito della questione, quindi non ne riparerò, comunque credo sia veramente importante non confondere i vari livelli su cui ci si muove. Al ministro Storace vorrei far sapere che se fosse stata fatta prevenzione contraccettiva non avremmo avuto 400 mila bambini in più, ma 400 mila aborti e 400 mila gravidanze non desiderate in meno.

Ero molto in dubbio se introdurre o meno questa riflessione nell'ambito della Commissione, però lo voglio fare a titolo del tutto personale. Gli operatori — o chiunque abbia esperienza in tema di interruzione volontaria di gravidanza — possono confermarvi che nel corso di tutti questi anni hanno dovuto subire un curioso atteggiamento di doppia morale. Voglio dire che molto spesso veniamo sollecitati, anche direttamente, da personalità e da personaggi che pubblicamente si esprimono contro la legge n. 194 del 1978, a favorire situazioni personali; non so quanto sia giusto moralmente che, in quanto non obiettore, io debba coprire la doppia morale degli altri. Certamente non voglio fare dei processi morali: ho combattuto per l'obiezione di coscienza nel nostro paese a livello di servizio militare, quindi rispetto la clausola sull'obiezione di coscienza nel nostro paese, anche se si rimane profondamente turbati e colpiti

dall'esistenza di questa doppia morale che molte volte riguarda anche personaggi assolutamente pubblici e con incarichi istituzionali.

PRESIDENTE. Do ora la parola alla dottoressa Pina Nuzzo, delegata nazionale dell'UDI.

PINA NUZZO, *Delegata nazionale dell'UDI*. Ci fa molto piacere questa riflessione poiché siamo un'associazione di donne che ha fortemente voluto la legge n. 194 del 1978 e siamo tranquille sul fatto che essa ha avuto un esito molto importante per il paese.

Come diceva il dottor Viale, la prevenzione è stata possibile grazie a questa legge ed aggiungo che, attualmente, la percezione delle donne riguardo all'aborto è completamente diversa da quella che ha rispecchiato la nostra generazione.

Non mi dilungherò molto poiché dopo di me parlerà la dottoressa Laura Piretti. Volevo solamente ricordare che in occasione del congresso tenutosi nel 2003, la declinazione del nostro acronimo (UDI) è stata modificata: da Unione donne italiane si è passati alla dizione Unione donne in Italia. Infatti, con il passare del tempo le donne straniere si sono sempre di più avvicinate a noi per avere un aiuto, un consiglio, un sostegno, poiché si sono trovate anche loro nella necessità di abortire o, comunque, di fare riferimento a leggi del nostro paese; la nostra pratica è stata sempre molto legata al territorio e al rapporto con le donne.

Subito dopo l'approvazione della legge n. 194 ed il successivo referendum abbiamo accompagnato molte donne negli ospedali e nei consultori. Questo lavoro è continuato negli anni e il rapporto con le donne non ha conosciuto interruzioni al punto tale che, nel novembre del 2005, abbiamo deciso di promuovere un convegno che riprendesse questo lavoro sotterraneo — carsico e, in parte, poco visto e vissuto all'esterno — utile a restituire sapienza alle donne circa questa esperienza. Proprio su questo tema lascio volentieri la parola alla dottoressa Laura Piretti.

LAURA PIRETTI, *Membro del Coordinamento nazionale dell'UDI*. Signor presidente, intanto vorrei far presente che, pur facendo parte del coordinamento nazionale dell'UDI, non sono né una psicologa, né una ginecologa, né un'operatrice di consultorio, né un'ostetrica: abito a Modena, insegno all'università e mi occupo di India classica. Ho detto questo perché credo che la mia sia la voce delle donne del movimento, delle associazioni femminili. Il nostro rappresenta un punto di vista sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, sui consultori e su questo dibattito. Si tratta dell'opinione di chi, secondo il ministro Storace, dovrebbe svolgere una funzione di supporto per le gravidanze difficili nell'ambito dei consultori: facciamo parte di quell'associazionismo laico in rete con i consultori.

Per quanto riguarda la legge n. 194 del 1978 e la prevenzione dell'aborto, affermo che il linguaggio è importante perché è anche contenuto e su di esso insistono tutti i nostri documenti e tutte le nostre riflessioni. Neanche una virgola della legge fa riferimento al concetto di dissuasione poiché viene contemplata solamente la prevenzione. Si possono poi prevenire le gravidanze indesiderate, oppure si può anche cercare di evitare un aborto se si riescono a individuare e, eventualmente, a rimuovere le cause che lo determinano: lo ribadiamo ovunque e ci teniamo particolarmente, però pensiamo che non sia messo in evidenza abbastanza. Crediamo, quindi, che sia utile segnalarlo alla Commissione perché, altrimenti, sarebbe difficile capirsi; infatti, se si parla di prevenzione, ma si intende dissuasione, allora è evidente che ci possono essere delle differenze. La contrarietà alle pratiche di dissuasione non nasce da un'avversione al fatto che il consultorio sia in rete con il sociale e con le opportunità che vengono offerte per sostenere le maternità difficili, perché sia l'UDI sia l'associazionismo in generale sono soggetti direttamente interessati a questo aspetto; infatti, siamo forniti di telefoni a sostegno delle donne,

di punti informativi e di tutto quello che si può immaginare per essere in rete con i consultori.

Un'altra questione pertinente alla rete riguarda il linguaggio; infatti, se si legge bene la normativa, ci si rende conto che non è previsto l'ingresso di associazioni o di elementi esterni sia nel consultorio sia nel percorso che la donna deve fare, mentre è presente il concetto della rete, cioè del supporto anche tramite convenzioni. Noi siamo particolarmente sensibili a questo punto che fa la differenza poiché va incontro all'esigenza di avere a disposizione personale qualificato — senza rischi di improvvisazioni — e più rispettoso nel momento del colloquio e del percorso che la donna deve fare; infatti, tutte le pratiche di prevenzione nascono dalla capacità del consultorio di far fronte ai propri impegni.

Giustamente la legge n. 194 del 1978 individua nei consultori gli strumenti più importanti per l'applicazione della legge, ma questi sono stati istituiti prima che venisse varata tale legge e, comunque, indipendentemente da essa; infatti, hanno tutta una serie di ulteriori compiti come l'informazione e l'educazione di tipo contraccettivo, sui quali richiamiamo l'attenzione perché preventivi rispetto all'aborto. A tal proposito intendiamo mettere in particolare rilievo il rischio che in questo modo, anche i consultori che funzionano riducano e peggiorino le prestazioni loro affidate, compresa la prevenzione. Io vengo da una realtà, quella di Modena, in cui i consultori hanno un forte peso, ma posso assicurarvi che questo rischio esiste; infatti, se non si riesce a fare fino in fondo quello che si potrebbe fare sul versante della prevenzione, ciò è dovuto al fatto che su tutta la partita dell'educazione sessuale e sulla contraccezione i consultori rischiano, per le difficoltà attuali, di trovarsi in una fase recessiva.

La nostra richiesta allora è quella di avere una grande attenzione per la contraccezione del giorno dopo e anche per la questione dell'obiezione di coscienza rispetto a questi contraccettivi che vengono considerati abortivi per motivi ideologici

che in questo momento non dobbiamo discutere. Siamo dunque assolutamente preoccupate per il discorso del « due più due uguale quattro » del ministro Storace — non credo sia stata una interpretazione errata del suo pensiero perché non c'è stata nessuna smentita — secondo cui una mancata contraccezione o addirittura una negata contraccezione porta direttamente ad una nascita, mentre — come diceva chi mi ha preceduto — è più facile che conduca ad una interruzione di gravidanza. Proprio per potenziare la prevenzione dell'aborto, pensiamo che vada posta la massima attenzione su questo tipo di contraccezione di emergenza che, oltretutto, è quella che tocca le fasce più deboli, cioè sia le giovanissime sia le persone che hanno degli *standard* di vita che non consentono una contraccezione precisa.

Ribadiamo però che la questione della prevenzione dell'aborto è qualcosa di assolutamente più ampio; infatti, nella piattaforma « Generare oggi tra precarietà e futuro », che stiamo distribuendo e che presenteremo in tutte le sedi possibili, insistiamo sul fatto che i sostegni alla maternità rappresentano l'unica seria prevenzione all'aborto, che è ritenuto comunque una sconfitta. Per questo motivo ci è difficile capire un tipo di politica così disarticolata che, da una parte, presta attenzione ai non nati come nati e, dall'altra, ha poco interesse verso quella che è la precarietà della vita delle donne, la precarietà nel lavoro che sposta in avanti l'età feconda, producendo anche il problema della sterilità.

Siamo convinte che — questo è l'invito o, comunque, il suggerimento e le note che io posso fare a questa Commissione — nel nostro paese ci sia bisogno di una prevenzione primaria rispetto all'interruzione di gravidanza, tenendo conto che i sostegni alla natalità devono essere sostegni dati alla donna che fa i figli, considerando l'ordine sociale, lavorativo e culturale perché questa è la cosa più importante, come abbiamo potuto rilevare dagli incontri che abbiamo avuto con giovani donne che, tra l'altro, sono in età feconda e all'inizio del loro percorso lavorativo. Que-

sta « donna in saldo » come ci diceva un gruppo di ragazze che aderiscono alla manifestazione di sabato prossimo a Milano, è interessata soprattutto al problema della precarietà del lavoro che — secondo noi — è fondamentale.

Ritornando ai consultori, luoghi molto cari alle donne e utili per la loro salute, mi chiedo: perché affidare solo ad essi la prevenzione dell'aborto? Se noi affidiamo soltanto ai consultori quel 30 per cento di interruzioni di gravidanza, tutto il percorso preventivo e la responsabilità preventiva rispetto all'aborto, senza prestare la minima attenzione ai luoghi dove gli interventi vengono eseguiti e senza accertarci se in quelle sedi si faccia o no contraccezione, succederà che le donne che devono fare un'interruzione di gravidanza si recheranno direttamente in questi luoghi, perché nei consultori devono seguire un percorso più faticoso. In questo modo rischiamo di far diventare i consultori dei « luoghi pesanti ». Pur ritenendo che la prevenzione dell'aborto sia qualcosa di importante, pensiamo che non sia una attività da demandare solo ai consultori.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano porre delle questioni o richiedere dei chiarimenti.

LUANA ZANELLA. Ringrazio i nostri ospiti per i loro interventi autorevoli ed interessanti che ci hanno fornito ulteriori elementi di riflessione e approfondimento.

Credo che tra i temi su cui dovremmo soffermarci — nei limiti dei tempi di indagine a noi concessi, purtroppo alquanto ristretti — rientri, in primo luogo, l'obiezione di coscienza, la cui trattazione rappresenta — a mio parere — una vera e propria emergenza. Al riguardo, io stessa mi sono fatta promotrice di una proposta di legge che già il collega Corleone — dei Verdi — aveva presentato nel corso della precedente legislatura, allo scopo di prevedere, in ogni azienda sanitaria locale e in ciascuna realtà territoriale, un'unità che fosse in grado di rispondere ai problemi esistenti. Poc'anzi si discuteva in proposito, usando l'analogia — che peraltro non

amo moltissimo ma della quale rendo conto — dell'obiezione di coscienza al servizio militare: vorrei ricordare, però, che in quel caso, l'obiezione non ha implicato l'abolizione degli eserciti o l'assunzione di mercenari. Perciò, volendo procedere sempre per analogia, bisognerebbe comunque garantire, anche per l'ipotesi di cui discutiamo in questa sede, il servizio. Sarebbe opportuno intervenire in tal senso anche per non dar adito ad un fenomeno che nella realtà sappiamo esistere: mi riferisco alla decisione di esercitare l'obiezione di coscienza da parte di tutta una serie di operatori che, dopo aver trascorso anni ad operare soltanto aborti — magari costretti dall'organizzazione del lavoro della loro realtà — decidono di ricorrere a questa opzione per poter « progredire di carriera » o fare altro. Ritengo che di questa emergenza la Commissione e soprattutto il futuro Governo dovranno farsi carico.

Vorrei, inoltre, soffermarmi su un secondo problema. Reputo, infatti, necessario anche offrire una possibilità, ovviamente a livello locale, di presa in carico — da parte dei soggetti preposti, consultori e non — del problema dell'accesso delle donne straniere ai servizi offerti sul territorio — questione richiamata dai rappresentanti dell'UDI — perché, accanto al problema dell'assistenza da prestare alle giovani donne, sappiamo esserle uno di relazione con il mondo delle donne straniere, che non può esaurirsi nel mero intervento emergenziale dovuto ad una gravidanza non desiderata. Credo sia necessario riflettere al riguardo, fintanto che non si crei davvero una rete di reale accoglienza, che — definendo degli effettivi punti di riferimento — consenta a ciascuna donna di conoscere in anticipo i soggetti a cui rivolgersi. In proposito, ricordo che spesso l'unica intermediazione tra la donna straniera ed i servizi locali è svolta dalle scuole, perché attraverso i figli, e soltanto attraverso di loro, per molte donne è possibile accedere alle strutture sociali esistenti nel territorio. Reputo perciò necessario coinvolgere anche quel livello scolastico per poter integrare le

soggettività femminili al meglio, nel quadro di una più ampia rete di servizi che riguardano la salute di tutte, ma soprattutto delle donne che si trovano a vivere in stato di necessità.

GRAZIA LABATE. Vorrei ringraziare non formalmente tutti gli intervenuti, per aver riportato — pur nelle diverse accezioni con cui hanno affrontato la materia — sui binari l'intendimento che ha originariamente mosso la nostra Commissione nell'affrontare l'indagine conoscitiva in corso, che il dottor Viale mi pare abbia definito molto utile, riconoscendole il merito di averci mostrato come molteplici aspetti della legge n. 194 non siano stati applicati.

Sul punto, dico subito ai presenti che questa attività conoscitiva è stata invece osteggiata dal mio gruppo, ed in generale da tutta l'opposizione, non già e non tanto perché il suo presupposto traeva origine dal timore che, con l'applicazione di metodiche abortive diverse da quelle tradizionali, si ingenerasse una sorta di cultura dell'aborto facile nel nostro paese, quanto perché, accanto alla prima ispirazione, ve n'è un'altra — da noi riscontrata nel corso di tutte le audizioni svolte almeno sino a ieri —, e cioè la convinzione che, in realtà, la legge n. 194 non sia pienamente applicata (ciò che a mio avviso è imputabile alla confusione tra prevenzione e dissuasione spesso rilevata nelle discussioni in materia). Questo è il punto politico e culturale che ci ha visto ostili all'avvio dell'indagine conoscitiva ora in corso. Aggiungo — rivolgendomi a lei, dottor Viale — che ogni Parlamento che si rispetti, ogni Commissione parlamentare che si rispetti, certamente non aspetta gli ultimi 29 giorni dell'anno per aprire un'indagine conoscitiva realmente seria sulla materia, qualità che voi avete oggi dimostrato, rappresentandoci gli aspetti di luce ed ombra che l'applicazione di questa legge ha presentato nel nostro paese, e mostrandoci alcuni dati oggettivi e di fondo sull'evoluzione della società italiana.

Certamente, il primo punto molto chiaro — credo che il presidente e tutti i