



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PROCEDURA DI ABORTO FARMACOLOGICO MEDIANTE MIFEPRISTONE E PROSTAGLANDINE – PERCORSO GENERICAMENTE INDICATO COME «PILLOLA ABORTIVA RU486» – E VALUTAZIONE DELLA COERENZA DELLE PROCEDURE PROPOSTE CON LA LEGISLAZIONE VIGENTE; ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI CLINICI, VALUTAZIONE DEI DATI EPIDEMIOLOGICI ANCHE IN RELAZIONE AGLI STUDI INTERNAZIONALI SUL RAPPORTO RISCHIO/BENEFICI

117^a seduta: giovedì 22 ottobre 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Seguito dell'audizione del ministro del lavoro, della salute e
delle politiche sociali Maurizio Sacconi**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>
ASTORE (<i>IdV</i>)	8
BASSOLI (<i>PD</i>)	10, 20
BIANCHI (<i>PD</i>)	12
* BIANCONI (<i>PdL</i>)	3
* CHIAROMONTE (<i>PD</i>)	9
COSENTINO (<i>PD</i>)	13, 16, 17 e <i>passim</i>
DE LILLO (<i>PdL</i>)	15
PORETTI (<i>PD</i>)	4, 5, 6 e <i>passim</i>
* ROCCELLA, sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali	7
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	10
* SACCONI, ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali	5, 6, 7 e <i>passim</i>

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi e il sottosegretario di Stato per lo stesso Dicastero, Eugenia Maria Roccella.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'audizione del ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla procedura di aborto farmacologico mediante mifepristone e prostaglandine – percorso genericamente indicato come «pillola abortiva RU486» – e valutazione della coerenza delle procedure proposte con la legislazione vigente; organizzazione dei percorsi clinici, valutazione dei dati epidemiologici anche in relazione agli studi internazionali sul rapporto rischio/benefici, sospesa il 21 ottobre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso e la trasmissione radiofonica e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma oggi il seguito dell'audizione del ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Maurizio Sacconi, che saluto e ringrazio per aver aderito al nostro invito; è qui presente anche il sottosegretario di Stato per lo stesso Dicastero, Eugenia Maria Roccella.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, onorevole Ministro, rileggendo la sua ampia e dettagliata relazione anche alla luce delle indicazioni che il professor Rasi ha fornito ieri alla Commissione ho appuntato alcune domande da porle, perché credo che ormai abbiamo dinanzi un panorama abbastanza chiaro e forse dovremmo cominciare a pensare ad azioni più concrete, e di tipo operativo.

Nella delibera dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) è scritto che per tutto il tracciato, dall'assunzione fino all'espulsione del feto, deve essere garantito in ricovero. Ieri ho chiesto al professor Rasi di esplicitare meglio il concetto di ricovero ordinario o in *day hospital*, ma mi è stato risposto che ciò è demandato alle linee guida di competenza del Ministero, anche alla luce della congruità con la legge 22 maggio 1978, n. 194. Posto che tale legge prevede per l'aborto chirurgico il ricovero ordinario, o quantomeno in essa è specificato che un aborto fuori struttura ospedaliera è da considerarsi sicuramente un reato, e prevedendosi tempi molto dila-

tati per la procedura con pillola RU486, vorrei porle alcune domande specifiche. Innanzi tutto, cosa intende per ricovero? Infatti, se prevediamo il ricovero così come indicato nella legge n. 194 dobbiamo pensare ad un posto letto e ad un *diagnosis related group* (DRG) per aborto farmacologico e non chirurgico. Immagino, quindi, che vi sia anche una serie di procedure e di linee guida da rispettare, nel caso in cui la procedura abortiva tramite RU486 sia attuata negli ospedali.

Vorrei anche chiederle se, alla luce di quanto ho premesso, le garanzie per la salute della donna saranno comunque garantite, posto che non possiamo certo legare nessuno al letto e che la paziente può chiedere di essere dimessa dall'ospedale. A questo punto sorge il problema di chi si occuperà del monitoraggio sulla paziente, posto che sempre L'AIFA prevede che debba occuparsene dall'inizio alla fine un ginecologo. Come garantiremo questo monitoraggio, proprio per tutelare la salute della donna?

Per quanto concerne l'obiezione di coscienza, mentre le norme introdotte dalla legge n. 194 erano assolutamente chiare dall'inizio alla fine, la procedura per la pillola RU486 si dilata moltissimo nel tempo. Quando ciò avviene e la donna rientra in ospedale per i controlli o per un copioso sanguinamento, ma non è in pericolo di vita imminente, che impatto si determinerà con il diritto all'obiezione di coscienza sugli operatori sanitari che successivamente interverranno?

Infine, dal momento che lei è anche Ministro del lavoro, vorrei chiederle se nel caso di una donna lavoratrice che esca dall'ospedale dopo avere assunto la seconda pillola sia prevista un'assenza per malattia oppure, non avendo indicazione in tal senso, questa donna potrà recarsi al lavoro ma, dal momento che non si può determinare con certezza quando avverrà l'espulsione del feto, questo sappiamo può e potrà implicare anche un problema di sicurezza sul posto di lavoro. Nel primo caso, ovvero se rimarrà a casa, con che tipo di malattia verrà giustificata la sua assenza dal posto di lavoro: verrà indicato dal medico che la donna si è sottoposta ad un'interruzione di gravidanza, oppure si certificherà l'esistenza di una semplice malattia? In questa ultima ipotesi, qualora dovessero verificarsi situazioni avverse, come sarà tutelato colui che ha prescritto tutta la procedura e giustificato l'assenza dal lavoro senza aver ben specificato la patologia?

PORETTI (PD). Signor Presidente, onorevole Ministro, vorrei svolgere una breve considerazione per poi passare alle domande che vertono sulla relazione che ci ha illustrato nel corso della seduta dello scorso 1° ottobre.

Tutta la prima parte della sua relazione è una premessa politica (è corretto che lei ci consegni il suo pensiero, non sto criticando questo aspetto) di cui vorrei sottolineare alcune espressioni. In essa ha sostenuto che «l'aborto non è lecito», che «l'impianto della legge italiana è contrario all'aborto» ed anche che «l'aborto, per la nostra legislazione, è un male da evitare». In tal modo lei ha connotato eticamente una legge, sostenendo che l'aborto è un male, e introdotto una sorta di valutazione etica, in virtù

della quale chi si troverà costretta a praticare l'aborto starà commettendo un male, in altre parole una sorta di peccato: io, almeno, il male lo intendo così.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Mi sembra di aver usato il termine «disvalore».

PORETTI (PD). Non voglio assegnargli valore, ma mi attengo alla legge dove non si dice che l'aborto è un male e non si entra nel merito delle decisioni assunte dalle donne: molto più semplicemente, si tratta di una legge che disciplina e regola. Ovviamente, come ogni disciplina e regolamentazione, si prevedono sanzioni in caso di mancato rispetto. Opposta è invece l'impostazione secondo cui si punisce, tranne nei casi indicati. Mi sembra che la sua relazione dia questa impostazione alla legge n. 194: l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è vietata, è un peccato ed è un male, tranne che in alcuni casi in cui la si consente come eccezione. Le chiedo, dunque, dove si possa desumere questa sua impostazione nella legge che disciplina l'IVG.

Glielo domando anche perché lei ha formulato un'altra valutazione sui risultati positivi conseguiti per effetto dell'attuazione della legge n. 194:

«dopo il picco registrato negli anni Ottanta, la cifra degli aborti in Italia, sia in cifre assolute che calcolata in percentuale secondo diversi metodi» è «continuamente scesa».

Se ha funzionato una legge che disciplina e regola l'interruzione volontaria di gravidanza, facendone diminuire il numero, ciò è da imputarsi ad una «cultura del Paese attenta alla vita» – come sostiene lei – oppure ad una maggiore informazione sulla contraccezione e sulla procreazione cosciente e responsabile? Se fosse vero il primo caso, cioè la cultura della vita, a ciò dovrebbe corrispondere anche un aumento nel numero delle nascite, a meno che non mi si dica che in Italia si è smesso di fare del sesso. Secondo me non c'è contrapposizione. Nella relazione non si fa riferimento alla contraccezione, ma soltanto alla cultura della vita come una premessa da cui far conseguire che l'aborto è un male; ma allora mi chiedo come mai a fronte di questa cultura della vita non ci sia stato un aumento delle nascite. Credo che ciò sia dovuto anche alla maggiore informazione sulla procreazione cosciente e responsabile e alla diffusione della contraccezione, aspetti che non sono invece richiamati nella sua relazione. Queste considerazioni mi sembrano importanti, poiché si riferiscono alla sua premessa politica.

PRESIDENTE. Senatrice Poretti, come ho già ricordato, in questa fase si pongono i quesiti riferiti a quanto ha esposto il Ministro, e non si fanno commenti, che invece potranno essere svolti nella fase della discussione. La prego di proseguire in questo senso.

PORETTI (PD). Trovo, però, che quello citato sia un punto davvero dirimente, perché se questa impostazione richiama ai concetti di proibizione, dell'illecito, di una azione negativa, del male, allora prevediamo ulteriori paletti e limiti all'accesso all'aborto, perché questo farà diminuire il ricorso all'interruzione di gravidanza. Se per cultura della vita si intende anche una procreazione cosciente e responsabile, allora bisogna rimuovere paletti e limiti, perché non servono a far diminuire le interruzioni di gravidanza.

Oltre a questo, il punto che ha affrontato anche la senatrice Bianconi e che ovviamente oggi non possiamo eludere è la distinzione fra trattenere la donna in ospedale oppure garantirne il ricovero. Da quanto lei ci ha riferito, signor Ministro, mi pare che la sua impostazione sia per il trattenimento della donna in ospedale, tant'è che nella sua relazione, a sostegno di questa opzione, riporta anche il primo parere emesso in merito dal Consiglio superiore della sanità (anche se banalmente mi chiedo come possa essere trattenuta una donna in ospedale, se ricorrendo alle forze dell'ordine o in altro modo). Le chiedo, soprattutto, dove questo sia scritto nella legge n. 194.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Non è un obbligo. Se un individuo ha un infarto, lo si trattiene.

PORETTI (PD). Il termine «trattenere», però, ha un significato preciso. Nell'audizione di ieri il direttore dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ci ha spiegato che la somministrazione della pillola abortiva è un atto medico e che la definizione delle modalità non spetta all'AIFA: vorrei sapere, allora, se e come le definirà il Governo. Immagino che lei sappia, signor Ministro, che l'articolo 8 della legge n. 194 non richiama mai il trattenimento della donna in ospedale, ma il luogo in cui si pratica l'interruzione di gravidanza e, nella parte finale, precisa: «e, se necessario, il ricovero». Credo che il senso di quest'ultima espressione sia abbastanza chiaro.

Glielo ricordo, signor Ministro, perché come lei sa (è stato già detto), alla sperimentazione presso l'Ospedale Sant'Anna di Torino è seguita l'imputazione dei medici che praticavano tale procedura in *day hospital* e nel decreto di archiviazione del tribunale di Torino si spiega molto semplicemente la *ratio* del citato articolo 8, poiché viene precisato «non imponendo affatto la norma un ricovero costante per tutta la sottoposizione alla terapia». Se invece lei interpreta la norma in maniera differente, intendendo che il trattenimento debba decorrere dall'assunzione della prima pillola all'assunzione dell'ultima, fino all'espulsione del feto (a questo punto mi chiedo perché non fino all'ecografia tramite la quale si verifica se l'espulsione c'è stata e se è stata totale), prevedendo quindi 15 giorni in più, vorrei sapere come mai, nonostante ad oggi in alcune Regioni sia stata praticata l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica o con sperimentazione o con l'importazione diretta, non siano state denunciate le donne che l'hanno praticata e sono uscite dopo il solo ricovero

in *day hospital* e, analogamente, perché non siano stati denunciati i medici. Vorrei anche sapere perché non è stato richiesto un ulteriore nuovo parere al Consiglio superiore di sanità, rispetto ai due già espressi. Come lei sa bene, nel 2008 il ministro Turco chiese un terzo parere che non è mai stato espresso: mi chiedo, quindi, se vi sia l'intenzione di chiedere un nuovo parere all'organo consultivo del Ministero.

Mi scusi, ma è inutile che la signora sottosegretario Roccella le suggerisca delle risposte.

ROCCELLA, *sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. Non sto suggerendo alcunché.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Non penserà che ne abbia bisogno.

PORETTI (PD). Non lo penso affatto, ma l'ho detto affinché ascoltasse la mia domanda e non il suggerimento proposto dalla signora Sottosegretario.

È stato lo stesso Ministro a precisare, nella sua relazione, quali sono i pareri rilasciati dal Consiglio superiore di sanità. Poiché il Consiglio superiore di sanità, per l'appunto, ha già espresso due pareri ed un terzo è stato chiesto ma non è stato mai rilasciato, mi chiedo perché, anche alla luce dei nuovi accadimenti, non abbiate ritenuto di chiederne un altro.

PRESIDENTE. La invito a concludere, senatrice Poretti.

PORETTI (PD). Mi avvio a concludere, signor Presidente.

Nel corso dell'audizione del direttore generale dell'AIFA svoltasi ieri, è emerso inoltre che non è in corso alcun confronto tecnico fra gli esperti del Ministero (di cui vorrei conoscere i nomi) e la Commissione tecnico-scientifica dell'Aifa sui dati a disposizione (si parla di un *dossier* riservato, quasi si trattasse di un atto di spionaggio industriale). Nella documentazione diffusa dal professor Rasi in Commissione, infatti, risulta che la risposta al Ministero è arrivata a luglio e che il confronto tecnico è pertanto chiuso. Le chiedo quindi perché, nella sua relazione, si sostenga che «è tuttora aperto (...) un confronto tecnico».

Nelle considerazioni conclusive della sua relazione, infine, si sollecita l'AIFA a definire una disciplina tecnica sullo «svolgimento dell'intero procedimento farmacologico», specificando la durata della degenza di una donna che sia stata sottoposta a somministrazione della pillola RU486, e addirittura ad ipotizzare le modalità di monitoraggio, dimenticando che queste sono già descritte nella relazione al Parlamento della legge n. 194. Vi si paventa, addirittura, che la legge potrebbe non essere rispettata, non tanto nel suo effettivo contenuto quanto nel suo contenuto sostanziale: tutto questo, però, sembra riferirsi ad un'interpretazione della legge piuttosto che al suo effettivo contenuto.

ASTORE (*IdV*). Signor Presidente, più che porre delle domande tecniche, ritengo di doverne porre in relazione al clima che si è creato in questi giorni intorno all'indagine conoscitiva sulla procedura di aborto farmacologico e alla relazione del Ministro, che apprezzo e reputo positiva, pur con tutti i limiti derivanti dalle nostre opinioni politiche.

Signor Ministro, credo che il Governo in questa vicenda dovrebbe assumere un atteggiamento diverso, per cercare di raffreddare i conflitti ideologici che stanno nascendo: si sta emulando un periodo della nostra storia che, nella maniera più assoluta, non deve tornare. Ritengo importanti tutte le opinioni e credo che in questo campo nessuno sia depositario della verità assoluta, ma non posso rispettare chi utilizza queste battaglie politiche per interessi di parte: credo, infatti, che si stia verificando proprio questo. Ecco perché, alla luce della sua interessante relazione, penso che il Governo non debba fare un'operazione di parte, ma debba operare per raffreddare i conflitti nascenti.

Signor Ministro, passando alle domande più dirette, tengo a dirle che in questo momento in Italia si stanno celebrando almeno dai 10 ai 15 processi nei confronti di falsi obiettori di coscienza. Cosa intende fare il Governo per frenare questa ipocrisia latente presente nel nostro Paese? Lei sa che in tutte le Regioni ci sono persone che dichiarano di professare l'obiezione di coscienza per poi praticare l'aborto nelle proprie case?

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Non ne conosco.

ASTORE (*IdV*). Ci sono indagini e processi molto noti in tutte le parti d'Italia. Credo che ognuno di noi sia a conoscenza di questo fenomeno: individui che si dichiarano puritani e cattolici che poi praticano l'aborto per guadagnare soldi.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Si tratterà di una patologia.

ASTORE (*IdV*). Come ho detto, per questo si stanno celebrando processi in tutta Italia. Ripeto: cosa intende fare il Governo per porre fine a questo scempio, che si tiene nel disprezzo dei valori dell'umanità?

Passando alla seconda domanda, come lei sa, signor Ministro, l'attuale Governo – al pari del precedente – è in ritardo nella determinazione dei cosiddetti livelli essenziali di assistenza (LEA) sociali. Il consultorio familiare – la cui legge di riferimento risale addirittura al 1975 – è uno degli elementi fondamentali di tutta l'azione strategica per portare alla maternità consapevole. Chiedo quindi al Governo a che punto si trova il processo di determinazione dei LEA sociali, che consenta poi di procedere al riordino dei consultori, i quali – ripeto – mi sembra costituiscano un punto importante, anzi un elemento sostanziale nel processo che stiamo affrontando.

CHIAROMONTE (PD). Signor Presidente, signor Ministro, innanzi tutto ringrazio i colleghi che mi hanno preceduto, che nei loro interventi hanno trattato aspetti di mio interesse; ringrazio, in particolare, la senatrice Bianconi, che mi ha preceduto nel porle alcune domande.

Sono vicina alla posizione della senatrice Poretti. Nella sua relazione, ministro Sacconi, ci sono delle premesse di carattere politico su cui varrebbe forse la pena di soffermarsi. In parte la senatrice Poretti ha già osservato che nella prima parte della relazione (in particolare nelle prime due pagine), nonostante l'indubbia perspicacia e la capacità allusiva del documento, nella definizione dell'aborto lei si muove su un asse ideologico e morale visto che – come si legge – arriva a definirlo «un illecito penale»; a volte tende addirittura ad attribuire all'atto un valore morale, sostenendo che «per la nostra legislazione è un male» e che quindi deve sempre avere un carattere terapeutico.

C'è una questione su cui mi vorrei soffermare, perché presenta delle visibili connessioni con la discussione che abbiamo svolto sul testamento biologico. La più fuorviante delle affermazioni contenute in questa ottima relazione che ci ha presentato, signor Ministro (che peraltro ci potrebbe portare ad incorrere negli stessi errori che abbiamo già compiuto in occasione della discussione sul testamento biologico, mentre noi questa volta vorremmo imparare dagli errori per evitare di ripeterli), è che l'aborto non è configurato come un diritto individuale. Questo è il punto. Infatti, seguendo alla lettera questa impostazione, l'aborto risulta non essere un diritto, tanto meno un diritto individuale. Ebbene, ci risiamo: credo che i colleghi possano essere d'accordo con me, a prescindere dalla diversa posizione assunta nel precedente dibattito. Si ripropone uno Stato unico detentore dei diritti, che muove passi verso l'appropriazione dell'ultima decisione da assumere sulla vita o sulla morte (ci siamo di nuovo) e, quindi, sull'individuo, sul cittadino e sulla donna. Per fortuna, la mia è solo un'interpretazione (sicuramente sbagliata). Infatti lo stesso Ministro, dopo aver fatto quest'affermazione, rifacendosi all'articolo 5 della legge n. 194, ricorda che «la decisione (...) spetta in ultima istanza, e non può che spettare, alla donna».

A questo punto, anche se posso sembrarle retorica, signor Ministro, prima di porle le ultime due domande analoghe a quelle formulate anche da altri colleghi, mi permetto di ricordarle quanto segue. Oltre agli articoli 5 ed 8 della legge n. 194, richiamati nella relazione, abbiamo una Costituzione che all'articolo 13 statuisce che «la libertà personale è inviolabile» e all'articolo 32 sancisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo».

Passando alle domande, rilevo che anche altri senatori sono tornati sul rapporto tra noi, il Ministro, il Governo, le decisioni e i possibili limiti dell'AIFA. Citando la prima pagina della sua relazione, mi sorprende leggere che «nel caso della RU486 (...) le questioni tecniche (...) sono strettamente intrecciate» alle questioni politiche: quando lei, signor Ministro, parla di questioni tecniche mette sullo stesso piano «le modalità di somministrazione» e «la sorveglianza sugli eventi avversi ed effetti collate-

rali». Già qui a nostro avviso c'è un disguido, perché mi sembra quanto meno azzardato porre sullo stesso piano le due questioni e renderle elementi politici rispetto ad una valutazione. Questo azzardo viene inoltre riproposto alla pagina 7 del documento, in relazione, nuovamente, alla minore efficacia del metodo.

Stiamo discutendo di quanto ci ha detto il rappresentante dell'AIFA e ricordo, tra l'altro, che noi vorremmo ricevere la relazione scritta, che non costituisce un elemento formale, piuttosto un aiuto che l'AIFA ci dà per riflettere a fondo sulla questione. Come ha osservato in altra seduta la senatrice Bassoli (mi dispiace riproporre la questione, che però è centrale), la confusione è tale che lei, signor Ministro, nelle sue conclusioni, sostiene che l'AIFA dovrebbe «ipotizzare modalità di monitoraggio che consentano di verificare il grado di effettività del rispetto della legge stessa». Ieri il rappresentante dell'AIFA ha sostenuto che le modalità sono un atto medico che, come stabilito dalla legge, deve essere reso al Governo e alle Regioni (addirittura l'articolo 8 della legge n. 194 prima faceva esplicito riferimento al Ministero della sanità).

PRESIDENTE. Colleghi, io continuerò a dare la parola agli iscritti, però debbo nuovamente rammentare che nell'ambito degli interventi si deve entrare nel merito con domande specifiche, possibilmente non ripetitive, cui il Ministro poi risponderà complessivamente. Da una parte devo permettere che intervenga chi intende farlo, ma dall'altra non ritengo di dover scomodare il Ministro una terza volta. Il Ministro, inoltre, ha già fatto presente che ad una certa ora dovrà allontanarsi ed egli ha bisogno di un congruo tempo per rispondere a tutte le domande che sono state poste.

BASSOLI (PD). A che ora dovrà allontanarsi il Ministro?

PRESIDENTE. Alle ore 10,15. Penso che possiamo rispettare i tempi, evitando di riferirci a presupposti che, peraltro, sono appartenuti anche ad altri tempi e a luoghi diversi. Non ho difficoltà ad acquisire tutto il materiale documentale sulla legge n. 194 depositato in Senato, per capire quali sono stati i presupposti e le fonti di ispirazione politica che vanno oltre la legge stessa.

SACCOMANNO (PdL). Signor Presidente, io partirò dall'atto medico, cui ha fatto riferimento la collega Chiaromonte al termine del suo intervento.

Non mi sembrano però peregrine le riflessioni riportate all'inizio della relazione dal signor Ministro e non vorrei che fosse costantemente sottolineata in modo negativo qualsiasi riflessione non propria. Sembra infatti che ci sia un mondo che ha la possibilità di svolgere riflessioni politiche ed esegesi dei testi, e un altro che, con semplicità, voglia chiudere in una pagina e mezza la riflessione socio-politica del dato o invece non possa nemmeno farla in quanto importante o faziosa. La riflessione del Ministro non ha trasgredito l'applicazione della legge, motivo per il quale

l'avremmo potuto richiamare, ma ha interpretato con una importante storia personale le tematiche alla nostra attenzione.

L'aborto è un male che necessita di una regolamentazione, non è certamente il bene a cui si rivolge la donna; è un fatto estremo che, a nostro avviso, nella legge viene visto soltanto come una possibilità terapeutica. Diversamente, infatti, non occorrerebbero il primo e il secondo certificato, e le attenzioni che pone la legge n. 194, ma ci si limiterebbe all'affermazione di un diritto. Condivido questa impostazione.

In merito all'uso della pillola RU486 come differente sistema abortivo, si prevedono delle regolamentazioni; a tale riguardo vorrei soffermarmi per riflettere sulla necessità di trattenerne la donna nelle strutture ospedaliere per ricoverarla e quant'altro.

A proposito di alcuni farmaci, mi sembra che stiamo affrontando un percorso di terapia alternativa a quella fino ad oggi utilizzata. Non stiamo entrando nella sindacabilità della scelta, ma vorremmo comprendere quale disciplina sia importante fissare per l'arrivo di questo farmaco: anche il Ministro, nella sua relazione, conclude affermando che non vi è solamente la necessità di «sollecitare una coerente disciplina tecnica dell'AIFA». La questione è importante, anche perché non mi sembra che esista alcun altro mezzo terapeutico che sia concesso di utilizzare in modo indifferente, in questo o nell'altro caso; nella medesima tipologia di farmaco o di tecniche chirurgiche siamo obbligati a porre delle indicazioni costantemente più stringenti, atteggiamenti terapeutici e di utilizzazione fondati su dati scientifici e di sicurezza del paziente. Ad esempio, il senatore Calabrò può confermare che i betabloccanti non sono tutti uguali, ci sono pazienti a cui si possono somministrare ed altri inadatti alla somministrazione e il betabloccante diverso che arriva sul mercato ha delle precise indicazioni e delle specificità, in quanto nasce con un progetto. Non voglio citare settori di conoscenza di altri specialisti, non sono né ginecologo né cardiologo, ma come chirurgo ortopedico posso dire che, mentre prima si mettevamo placche e viti a tutti, adesso, quando si decide di mettere un chiodo endomidollare, si fanno delle valutazioni e vi sono delle motivazioni che non tengono conto soltanto della guarigione, ma anche dei «momenti di partenza».

Rispetto ai momenti di partenza, mi sembra di aver rilevato ieri momenti importanti nella relazione del professore Guido Rasi e vorrei chiedere al Governo di impegnarsi ad individuare il giusto equilibrio tra ciò che viene prescritto come mezzo terapeutico e la disponibilità concessa alla donna per arrivare in modo migliore alla soluzione da lei scelta, in modo che possa soffrire di meno ed essere più tranquilla. Vi sono sempre delle indicazioni: ad esempio, non usiamo mai gli antidolorifici in modo indiscriminato, ma lo facciamo valutando le persone. Ciò deve emergere in modo chiaro. Dobbiamo comprendere quali sono le motivazioni che possono condurre all'utilizzo della pillola abortiva, se vi sono specificità sulla base delle quali è sorta l'esigenza e se esse costituiscono un elemento di indirizzo, almeno per far sì che chi la assume sappia che non è un mezzo qualsiasi, ma un atto medico con precisazioni e finalità importanti.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, sicuramente condivido alcuni punti della relazione del Ministro, ma altri destano in me una seria preoccupazione riguardo al modo con cui viene definita la donna e vengono affrontate le responsabilità circa il percorso clinico di utilizzo della pillola RU486. In relazione alle conclusioni che faceva il Ministro nella sua relazione, nella seduta di ieri ho chiesto al professor Rasi se la responsabilità di definire il metodo clinico di utilizzazione del medicinale è posta in capo all'AIFA. Mi è stato risposto che non è così e da questo ho tratto le opportune conseguenze. La conclusione sembrava quasi un monito a chi – non il Ministro – avrebbe dovuto dire come dovesse essere utilizzata questa pillola.

Vorrei dunque chiedere in primo luogo al Ministro se può rassicurarci sul fatto che nelle linee che verranno definite per l'utilizzo di questa pillola, dopo un'informazione né banale né formale, ci sarà la possibilità per la donna di scegliere, al di là del limite della settimana settimana, il metodo chirurgico o farmacologico.

Inoltre, dal momento che la legge n. 194 stabilisce che l'aborto sia eseguito in una struttura sanitaria proprio per salvaguardare la salute della donna, vorrei sapere se si può definire un percorso clinico in cui la donna non venga considerata un'irresponsabile (come invece appare in alcuni tratti della relazione e del dibattito che c'è stato in questi giorni), pronta ad assumere la pillola e poi a scappare dall'ospedale senza avere coscienza delle conseguenze che l'utilizzo di un metodo piuttosto che un altro può avere sulla sua salute.

In terzo luogo, la legge n. 194 pone una particolare attenzione a non lasciare la donna sola nel momento della sua decisione. L'aborto, infatti, è una scelta sempre e comunque dolorosa che credo non sia mai assunta a cuor leggero dalla donna, perché ci sono sempre anche le responsabilità di un *partner* e della società. La legge n. 194 rafforzava il ruolo dei consulenti familiari, che sono stati lasciati progressivamente morire e – conseguentemente – non c'è più stata questa funzione di accompagnamento nella scelta autonoma della donna. Inoltre, anche dopo l'intervento, l'informazione volta ad evitare l'utilizzo dell'aborto come mezzo di controllo delle nascite era un altro atto di accompagnamento a scelte responsabili. Vorrei sapere se e in che modo intendiamo preoccuparci anche di queste fasi.

È necessario salvaguardare questi due aspetti della legge e non certo esprimere un giudizio morale su chi, purtroppo, arriva a dover affrontare questo difficile passaggio. Dunque, signor Ministro, le chiedo se ciò sarà fatto negli atti conseguenti in rapporto a quanto stabilito dalla legge n. 194 non perché adesso è disponibile la pillola abortiva, ma in quanto effettivamente nel nostro Paese purtroppo da anni non si investe su quanto riguarda la maternità e la paternità consapevoli e responsabili.

BIANCHI (PD). Signor Ministro, mi riallaccio a quanto affermato dalla senatrice Bassoli e non sono poi così in disaccordo con lei quando afferma che «l'aborto (...) è un male da evitare ove possibile, e da arginare attraverso forme di riduzione del danno, privilegiando la salute femmi-

nile». Sono anzi convinta del fatto che l'aborto per una donna costituisca una scelta molto dolorosa e da evitare e, proprio per questo, credo che una delle responsabilità del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali sia iniziare a reperire finanziamenti sui consultori familiari. Dobbiamo ricordarci che gli ultimi finanziamenti fatti sui consultori risalgono all'attività svolta dall'onorevole Rosy Bindi e che oggi l'aborto è presente soprattutto tra le adolescenti e le donne extracomunitarie. Ritengo, allora, che tutta la discussione che stiamo facendo sulla pillola abortiva sia estremamente utile per le donne, ma lo sarebbe ancora di più se noi come legislatori e voi come Ministero applicassimo le nostre forze per trovare il modo di modernizzare i consultori familiari e renderli uniformi su tutto il territorio nazionale (come sapete, i consultori sono presenti e attivi in molte Regioni, ma sono assenti e completamente inattivi in altre). Attraverso un'educazione sessuale capillare, infatti, le donne potrebbero non giungere alla scelta dell'aborto.

Vorrei poi che anche il Ministro – che apprezziamo per l'impegno che pone su questo argomento e per la serietà con la quale è intervenuto in Commissione – applicasse il medesimo impegno sul tema della prevenzione. Parliamo tanto di prevenzione e su altri temi questo è un cavallo di battaglia: mi piacerebbe sentirne parlare anche con riferimento al tema dell'aborto oltretutto naturalmente di risorse da stanziare per prevenire questa esperienza negativa per la donna.

Ieri il direttore generale dell'AIFA è stato molto chiaro nell'affermare che la questione relativa alle modalità di somministrazione della pillola abortiva RU486 riguarda il Ministero. Le chiedo, dunque, di chiarirci quali saranno le linee guida del Ministero, a che punto sia la loro discussione e quali saranno i relativi tempi di applicazione.

Per quanto riguarda, invece, le problematiche regionali, la pillola è stata sperimentata in molte Regioni e con percorsi diversi tra le singole realtà. Come vi rapporterete alle singole Regioni e come si potrà evitare che la legge sia applicata con modalità differenti sul territorio?

COSENTINO (PD). Signor Ministro, non vorrei porle una domanda tecnica, ma politica. Assistiamo a questa discussione che mostra alcuni aspetti paradossali, perché credo che tutti noi riteniamo concordemente che il riconoscimento internazionale e mutuo del farmaco costituisca un atto dovuto. Tuttavia in Italia ciò deve avvenire secondo le norme, le procedure e i vincoli previsti dalla legge n. 194 del 1978 che tutti riconosciamo essere stata utile al Paese perché ha debellato – o quasi – il dramma dell'aborto clandestino, facendo diminuire il numero degli aborti. Come riusciamo a trasformare un fatto così banale in una battaglia ideologica nel Paese? Siamo veramente bravi, in questo. Com'è possibile che per il mutuo riconoscimento anziché 90 giorni, ne sono stati impiegati 700? Il motivo ci è stato spiegato nella seduta di ieri, ma il chiarimento valeva solo per chi voleva intenderlo così.

Com'è possibile che oggi – lo dico con più garbo di quanto abbia fatto ieri – si tenti, oltre misura e ben oltre quanto avverrebbe in qualun-

que altro Paese europeo, di premere, condizionare, spingere e chiedere in anticipo cosa intenda fare un comitato tecnico-scientifico che deve solo portare a termine il suo lavoro? Anche questo è un elemento che mi lascia perplesso.

Per quanto riguarda la questione che è il cuore – almeno così mi è sembrato nelle discussioni passate – del contenzioso tra Regioni e AIFA, vale a dire se il ricovero debba essere ordinario o possa avvenire in *day hospital*, essa è oggetto di valutazione da parte dei clinici o dei medici. Coerentemente con la citata legge n. 194, dovrebbe trattarsi – glielo concedo, signor Ministro – di ricovero ordinario, anche se in realtà (come lei sa) tale legge prevedeva che, entro i 190 giorni, si potesse addirittura operare in una struttura poliambulatoriale collegata in rete con una struttura ospedaliera. Ma di cosa stiamo parlando? All'AIFA deve essere consentito di adempiere al proprio ruolo di registrare il farmaco e ai medici di fare il proprio lavoro. Semmai rafforziamo il lavoro di prevenzione nei confronti dell'aborto, che è un male soprattutto perché lascia le donne indifese.

Sarebbe il caso, ad esempio, di accrescere la formazione delle donne, in particolare di quelle più giovani, alla conoscenza e all'uso dei sistemi anticoncezionali: questo non è certo un male, checché ne dica qualcuno, forse perché aiuta ad evitare tanti aborti, soprattutto tra le ragazze.

Penso che vi siano tutte le condizioni perché l'introduzione di un farmaco con mutuo riconoscimento avvenga anche nel nostro Paese secondo le regole, nel rispetto della legge e dell'autonomia clinica e scientifica e nei limiti previsti dalle norme e dalle linee guida, senza dover condurre anche questa volta una di quelle battaglie ideologiche che spaccano il Paese, in nome di non si capisce che cosa.

Un aspetto che ho voluto sottolineare già nella seduta in cui ha illustrato la sua relazione, signor Ministro, e nel corso della discussione di ieri (che peraltro non ha a che fare con questa norma, ma con una importante questione di principio nel nostro ordinamento), concerne l'opportunità di operare una piena, limpida, semplice distinzione dei ruoli: il ruolo e la responsabilità di chi governa da quella del Parlamento, da quella di un comitato tecnico-scientifico che svolge le proprie funzioni – come previsto dalla legge – in autonomia rispetto al potere politico. Ciò che in questa vicenda si è configurato come un *vulnus* – piccolo o grande che sia stato, in relazione alle sensibilità di ciascuno – è l'idea che, se lo si ritiene opportuno, alcune normative si possano determinare con atti politici: in altre parole, con un'influenza che è andata oltre la misura, tali normative si volevano ottenere da una valutazione di tipo tecnico. Lasciamo che ognuno faccia il suo mestiere.

Signor Ministro, la prego di assicurarci che l'AIFA concluderà i propri lavori nel tempo più rapido possibile. Vorremmo che ci garantissero anche che, superati i 700 giorni, si arriverà al mutuo riconoscimento, che le normative e le procedure cliniche sottoposte alla valutazione saranno coerenti – come tutti auspichiamo – con la legge n. 194 e che sulla questione si possa evitare di combattere una guerra di religione.

DE LILLO (*PdL*). Signor Presidente, intervengo innanzi tutto per esprimere piena condivisione rispetto alla relazione svolta dal ministro Sacconi e per valutare come estremamente positiva anche l'istituzione di questa indagine conoscitiva, perché ci consente di acquisire una serie di dati e di elementi che – come, penso, anche la maggiore parte dei colleghi – ignoravo e che possono metterci nelle condizioni di valutare politicamente l'immissione nel prontuario della pillola RU486. In particolare, la relazione del direttore generale Rasi, corredata da una serie di dati tecnico-scientifici, è stata molto importante per il prosieguo di questa indagine conoscitiva.

Vorrei sviluppare alcune riflessioni che sono state in parte condivise dai colleghi. Il direttore generale Rasi ha sottolineato l'aspetto, a mio avviso fondamentale, della salute della donna, riferendo come i dati di letteratura scientifica in Europa mostrino una sostanziale equivalenza, in termini di pericolosità per la donna, tra la tecnica farmacologica e quella chirurgica, mentre negli Stati Uniti, dove la tecnica farmacologica è praticata da molto più tempo, i dati sono estremamente preoccupanti, signor Ministro, perché mostrano in letteratura che la tecnica farmacologica comporta un rischio dieci volte superiore rispetto a quella chirurgica.

Il dato sopra illustrato è estremamente preoccupante, perché dalla mia esperienza quotidiana, anche di medico, traggio l'impressione che tra la popolazione si sia diffusa l'opinione di un farmaco che consente un aborto facile, di una tecnica indolore e non pericolosa e ci si chiede perché venga ostacolata una tecnica così sicura per la donna, mentre i dati di letteratura scientifica americana mostrano la sua estrema pericolosità per la donna.

A tal fine mi preoccupa molto anche quello che verrà fatto – e sarà suo compito, signor Ministro – in tema di consenso informato perché, come diceva la collega, la donna non è responsabile, ma deve essere correttamente informata. Penso che nell'opinione pubblica sia passato questo messaggio di tecnica sicura e semplice. Al contrario, questa è una tecnica più pericolosa per la donna, come mostrano i dati scientifici statunitensi che ieri ci ha riferito il professor Rasi. Ritengo quindi che, ai fini del consenso informato, vada esplicitato con molta chiarezza il fatto che questa tecnica è dieci volte più pericolosa per la donna.

Mi pare che il professor Rasi abbia indicato come tecnica elettiva soprattutto quel 3 per cento di casi di ostruzioni uterine in cui vi è una controindicazione chirurgica. Il primo problema, quindi, è il consenso informato nella consapevolezza della maggiore pericolosità per la donna.

Vi sono inoltre forti preoccupazioni per il percorso clinico, perché qualcuno parla di trattenere coercitivamente la donna in clinica, ma non è questo il problema, bensì il fatto (come i dati dimostrano), che le donne, nel 90 per cento dei casi, hanno firmato liberamente, come è previsto, e sono uscite dall'ospedale, rimanendo molte volte da sole nel proseguimento dell'approccio farmacologico e nell'affrontare le controindicazioni, le emorragie, l'espulsione del feto e questo, anche psicologicamente, è un problema molto importante per la donna che dovrà essere, per così dire, armonizzato con la legge n. 194 (e mi chiedo come questo potrà avvenire).

nire), per non lasciare la donna da sola con le possibili difficoltà di accesso al sistema sanitario nazionale di fronte ai rischi aumentati di emorragie, di complicanze e di infezioni. I dati forniti dal professor Rasi nell'audizione di ieri mostrano chiaramente come l'infezione da *clostridium sordelli* sia enormemente aumentata in seguito a tale procedura; queste sono quindi preoccupazioni concrete che dovranno essere affrontate – e se qualcuno ha delle soluzioni (personalmente non ho una ricetta) avrò piacere di confrontarmi al riguardo con i colleghi anche dell'opposizione – su un percorso clinico che, a mio parere, rischia di lasciare questo 90 per cento di donne che decidono liberamente di uscire dal sistema ospedaliero sole psicologicamente e fisicamente di fronte al rischio di complicanze.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Innanzi tutto ringrazio tutti i senatori che sono intervenuti in quella che non esito a definire una discussione alta.

Non mi preoccuperei, senatore Cosentino, di quella che lei ha definito una guerra di religione, che invece penso sia un momento di confronto molto importante, perché riguarda aspetti fondamentali della nostra esistenza. La questione antropologica è ormai inesorabilmente entrata nell'agenda politica ed è bene che il confronto, pur muovendo da posizioni diverse e da radicate convinzioni anche molto lontane fra loro, consenta di individuare nel tempo terreni condivisi. Bisogna dire che in Italia un terreno condiviso era stato trovato, perché la legge n. 194 (che io non difendo da oggi, come invece qualcuno molto disinformato ha potuto dire) ad un certo punto è stata così condivisa che quasi nessuno ne ha proposto la modifica.

COSENTINO (PD). Dopo un *referendum* abrogativo.

PORETTI (PD). Nei «quasi» ci stanno sempre i radicali.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Lo ricordo bene, infatti ho detto quasi.

Quando parlo di soluzioni condivise, ovviamente non immagino soluzioni unanimi, che pure sono un obiettivo tendenziale, ma penso al fatto che la legge n. 194 è entrata nella nostra Costituzione materiale proprio perché ha saputo conciliare la premessa del disvalore con una potenziale (non sempre effettiva) robusta protezione della salute della donna, sottraendo l'interruzione di gravidanza agli ambiti nascosti nei quali si celava, con tutte le conseguenze che conosciamo. Bisogna quindi partire da lì, non soltanto dal rispetto formale di una legge al quale saremmo peraltro già tenuti, ma anche dalla volontà (mi auguro quanto più condivisa) di conservare questo terreno largamente unitario che si è prodotto.

È vero che c'è un problema di mutuo riconoscimento che va attentamente considerato e al quale l'AIFA in fondo ha corrisposto con un percorso corretto dal punto di vista dei modi e dei tempi. A tale proposito,

vorrei solo ricordare (per rispondere ad una richiesta che mi è stata fatta), che in relazione ad un'interrogazione parlamentare la mia consulente, la professoressa Morresi, si è rivolta alla Exelgyn per chiedere i dati relativi al numero delle persone decedute in relazione all'uso di questa pillola e li ha ottenuti con la richiesta, da parte della azienda produttrice, dell'impegno alla riservatezza (tra l'altro la professoressa Morresi è a disposizione della Commissione, nel caso in cui la volesse audire). I dati, peraltro, sono stati consegnati alla Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA e credo che possano anche essere messi a disposizione del Parlamento. Il percorso, quindi, è stato seguito correttamente.

PORETTI (PD). Quindi quel percorso è chiuso: lei affermava che è tuttora aperto.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Mi riferisco al percorso che l'AIFA ha sin qui realizzato, sappiamo però che quella delibera non è esecutiva.

PRESIDENTE. Senatrice Poretti, non è assolutamente possibile intervenire mentre il Ministro sta rispondendo.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Accetto le osservazioni: possono aiutarmi.

Il problema, allora, è come rendere compatibile il percorso della legge n. 194 con l'aborto farmacologico, con il processo farmacologico che introduce quella pillola e che poi deve essere accompagnato da altri farmaci rispetto ai quali sorgono pure alcuni problemi che credo debbano essere approfonditi. Per uno di questi farmaci, ad esempio, si tratta di un uso *off-label*, che comporta i problemi connessi a questo genere di utilizzo: è vero che la legge 8 aprile 1998, n. 94 (chiamata anche «legge Di Bella»), consente un uso del genere, ma entro certi limiti e con modalità che dovrebbero essere di volta in volta eccezionali e rispetto alle quali è quindi evidente una certa anomalia, così come un altro farmaco, che invece contempla questo impiego nella sua *label*, ma che non è ancora stato recepito nel nostro sistema socio-sanitario. Si tratta di aspetti che probabilmente possiamo ritenere anche risolvibili ma che allo stato meritano qualche ulteriore considerazione.

È un processo che non si risolve in un atto unico, perché la legge n. 194 ovviamente è strutturata sull'atto unico e sulla possibilità che in un tempo contenuto si realizzi tutto ciò che può essere funzionale alla salute della donna, compreso l'esame istologico nel momento immediatamente successivo all'espulsione, che in questo caso non avviene nello stesso giorno della somministrazione della pillola.

Non vorrei che questa discussione fosse in qualche modo viziata dal reciproco sospetto che si voglia da un lato impedire comunque l'uso di questa pillola o che dall'altro si voglia comunque superare la legge n. 194 del 1978.

Poco fa la collega Poretti, quando ha richiamato la differenza dei radicali, ha fatto riferimento – se ho inteso correttamente – ad un segmento politico che esplicitamente vorrebbe andare oltre la legge n. 194, al di là di espressioni non legislative come «disvalore», proprio perché l'IVG non vi si configura come diritto, ma piuttosto come una pratica terapeutica, come ha osservato il senatore Saccomanno, che costituisce la caratteristica della legge. Come ho riportato nella relazione, abbiamo due tipi di legislazioni: quella che conosciamo (analoga ad altre) e un altro tipo – che mi sembra di capire sia quella più gradita alla posizione radicale, ma non voglio forzare l'interpretazione – che configura una sorta di diritto all'IVG senza questa premessa di disvalore che, obiettivamente, è facilmente rinvenibile nella lettera della legge e negli atti che accompagnano il procedimento legislativo e che costituisce le ragioni della larga condivisione che si è prodotta intorno ad essa.

La legge parla anzitutto di prevenzione: credo che si debba fare molto di più. Il problema probabilmente non è solo, o tanto, quello della contraccezione, perché siamo un Paese che registra un positivo andamento regressivo delle pratiche di interruzione di gravidanza, ma anche i più bassi livelli di contraccezione, con il che sembrerebbe che le due cose non siano correlate. Questa considerazione mi porta a sottolineare l'importanza dei consultori. A tal proposito, tengo a dire una cosa che ha detto meglio di me il senatore Gustavino quando, preoccupato, ha chiesto se, con un sistema «ospedalocentrico» (presente almeno in una parte significativa del Paese), abbiamo la capacità di sviluppare i consultori: certe determinate Regioni hanno la capacità di farlo? Quelle Regioni hanno la capacità di sviluppare un adeguato monitoraggio domiciliare della donna cui viene somministrata la pillola nella struttura ospedaliera, ma che volontariamente decide poi di uscire e per la cui salute, al di là dell'atto eventualmente non incoerente con il protocollo, ci preoccupiamo (quindi anche se compie una scelta che il medico può ritenere disdicevole, sulla base di quanto decideremo e di quello che potrà chiarirci l'AIFA)? Il problema è anzitutto il seguente: nella parte del Paese che va dal Lazio in giù abbiamo – come ci è ormai noto, avendone discusso più volte (ma non intendo riaprire ora la discussione) – un sistema che soffoca e che non dà spazio ai servizi territoriali, perché brucia risorse in una diffusa speditività e perché non è concepito sulla base dell'idea della presa in carico e dell'offerta plurale di servizi per lo stato di salute della persona. Questo incide sui consultori, in relazione ai quali mi sento innanzi tutto di dire che non credo che dobbiamo assegnare risorse indipendenti dal modello gestionale, ad esempio – e in questo credo di anticipare una questione di vostro interesse – anche con riferimento alla non autosufficienza: sono infatti convinto che le risorse per la non autosufficienza che emetteremo (e che in parte abbiamo emesso), a differenza del passato, dovranno essere collegate ai processi di razionalizzazione socio-sanitaria. È infatti evidente che io spreco risorse se le impiego in un servizio territoriale (come, ad esempio, il consultorio o i servizi per la non autosufficienza), a prescindere dal modello gestionale: semmai, si deve trattare di incentivi ad an-

dare nella giusta direzione nello sviluppo dei servizi del territorio. Al contrario, impiegare a prescindere delle risorse per i consultori o per i servizi alla non autosufficienza determina uno spreco di risorse e, soprattutto, non realizza il risultato sperato.

Di quale ricovero si deve quindi trattare? In che modo si possono evitare differenze tra le Regioni, come chiedeva prima la senatrice Bianchi? Questa seconda domanda è davvero importante. Ripeto: come si possono evitare differenze tra Regioni se l'AIFA non chiarisce il significato del termine «ricovero»? Peraltro, essa si riferisce al periodo che va dalla somministrazione della pillola alla conclusione del processo farmacologico e, quindi, leggendo la delibera, si deve presumere un ricovero lungo tutto questo arco temporale, non nella forma coatta, come sappiamo. È proprio per questa ragione che – credo legittimamente – ci poniamo problemi di monitoraggio nell'ambito di quanto realizziamo per quanto riguarda la legge n. 194. Questa è una ragione in più per monitorare l'applicazione della legge di fronte a un processo farmacologico. Quale tipo di ricovero dobbiamo auspicare e ritenere idoneo alla salute della donna? Quale modello dobbiamo dire alla donna che corrisponde al suo bisogno di salute? Non credo si tratti tanto di linee guida Stato-Regioni, o tanto meno della scelta di ciascuna Regione, perché se l'AIFA sostiene che c'è un problema di somministrazione in un contesto idoneo e di monitoraggio delle sue conseguenze in un ambiente idoneo, evidentemente non possiamo poi rimanere indifferenti rispetto ai comportamenti delle singole Regioni. Questa definizione si presta a qualche incertezza? Parlando con il Presidente dell'AIFA, egli – credo di non rivelare alcunché di particolarmente riservato – mi ha detto di no: il *day hospital* non è ricompreso.

Penso che se c'è un dubbio, l'AIFA può chiarire l'esatta portata della sua delibera. Si può trattare probabilmente anche di diverse strutture del servizio sanitario, ma per quanto leggo nella delibera deve comunque essere un servizio continuo. Il *day hospital* è quindi assolutamente incompatibile con la delibera e non solo per mia convinzione (che può anche valere poco).

Se vogliamo una disciplina uniforme su tutto il territorio nazionale, come chiede la senatrice Bianchi, nel nome della salute della donna omogeneamente tutelata, dobbiamo pensare a soluzioni coerenti e praticate su tutto il territorio nazionale. L'AIFA stessa può specificare ancora meglio a quali strutture faccia riferimento e non perché debba entrare in un merito diverso da quello delle sue competenze, ma proprio rimanendo in tale ambito: siamo infatti in presenza di un farmaco ospedaliero rispetto al quale c'è un protocollo d'impiego nell'ambito ospedaliero secondo determinati criteri. Cosa accade se la donna, sotto la propria responsabilità, dichiara di volere abbandonare la sede ospedaliera? Ciò succede anche per altre patologie ed è evidente che si porranno problemi al riguardo: la senatrice Bianconi si chiede anche gli effetti rispetto all'ambiente di lavoro della donna. Credo che nessun medico in ogni caso sarà indifferente alla salute della donna, ma insisto che in alcuni territori del Paese, nel nome della sua salute, non si riuscirebbero nemmeno a compiere quegli atti di moni-

toraggio domiciliare che in qualche modo potrebbero essere non coerenti, come la delibera richiede, ma almeno un surrogato della via maestra e principale. Esprimo pertanto una forte preoccupazione di fronte all'ipotesi che diffusamente vi possa essere una rinuncia. Ripeto, vedo difficile una capacità di monitoraggio continuato e ininterrotto, a maggior ragione in quelle Regioni che hanno un sistema ospedalocentrico, ma in fondo anche nelle altre, perché i ginecologi potrebbero spiegarci ancora meglio quanto imprevisto e imprevedibile possa essere il momento nel quale può manifestarsi un bisogno di salute.

Mi auguro, quindi, che la Commissione possa concludere presto i propri lavori con sollecitazioni, indicazioni, riflessioni e richieste di chiarimento agli organi tecnici, aiutando l'assunzione di decisioni oggettivamente complesse perché in partenza, senatore Cosentino, la pillola è di per sé uno strumento apparentemente banale ma – come sappiamo e come c'insegna la farmacologia – molto spesso, come in questo caso, banali non sono poi le conseguenze della sua assunzione.

COSENTINO (PD). Sì, ma non sottovalutiamo le donne.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Mi perdoni, non è solo nel senso della responsabilità nel fare quel tipo di scelta, ma anche nell'illusione che donne e uomini molto spesso possono nutrire. Sapete, ad esempio – parlo di cose completamente diverse – che nell'ambito delle droghe, il passaggio dall'iniezione alla pillola ha un particolare valore.

BASSOLI (PD). Ma in questo caso, c'è un dolore importante, Ministro, lo ha detto anche ieri il direttore generale dell'AIFA.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Anche in quel caso. Abbiamo assistito ad un processo di banalizzazione, seppure in condizioni molto meno traumatiche, tra l'iniezione e l'aborto chirurgico. Tuttavia, il problema della banalizzazione si pone non soltanto rispetto alla scelta, ma soprattutto rispetto alla tutela della salute, alla possibilità che si sottovalutino le problematiche conseguenti all'assunzione di quella pillola. Da ciò derivano la discussione, il fatto che c'interrogiamo e che serenamente abbiamo discusso una volta tanto di cose così concretamente riferite al senso della vita.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro e i senatori intervenuti al dibattito.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito della indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,50.