



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 13

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

128^a seduta (pomeridiana): martedì 25 novembre 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI,
indi del vice presidente GRAMAZIO

I N D I C E**Documento conclusivo**
(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE:

* – TOMASSINI	<i>Pag. 3, 16, 19 e passim</i>
* AMATI (PD)	23
BIANCHI (PD)	15
* BIANCONI (PdL)	3
* BIONDELLI (PD)	14
* BLAZINA (PD)	22
CALABRÒ (PdL)	7, 29
CARLONI (PD)	19
CHIAROMONTE (PD)	11
* DI GIOVAN PAOLO (PD)	16
PERDUCA (PD)	6, 7
* PORETTI (PD)	28, 29
SOLIANI (PD)	25

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-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Presidenza del presidente TOMASSINI

I lavori hanno inizio alle ore 14,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di documento conclusivo 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, sospeso nella seduta pomeridiana di ieri.

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

Riprendiamo la discussione sospesa nella seduta pomeridiana di ieri.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, condivido pienamente lo schema di documento conclusivo che ci ha illustrato. La mia non è semplicemente una posizione di parte, dal momento che non solo quel documento corrisponde al mio pensiero, ma credo che esso rappresenti anche – almeno questo è il mio modesto giudizio – una fotografia molto realistica e concreta delle problematiche sottese all'utilizzo della pillola abortiva.

Dopo aver motivato il mio pieno apprezzamento, vorrei evidenziare ora alcuni profili sui quali poter svolgere eventualmente un'ulteriore riflessione.

Innanzitutto vorrei sgombrare il terreno da una superficiale affermazione che più volte abbiamo sentito ripetere in quest'Aula durante l'indagine conoscitiva e che abbiamo letto spesso anche sui giornali. Sostanzial-

mente si dice che, dal momento che il farmaco è in commercio da oltre 20 anni in tutto il mondo, dobbiamo affrettarci ad introdurlo anche in Italia. Non credo che sia assolutamente possibile fare un'equazione così semplice, *tout court*, visto che nel mondo, ad esempio, esiste anche la pena di morte, ma in Italia inorridiamo al solo pensiero di una prassi di questo tipo, che nella nostra grande democrazia è ritenuta un vero e proprio delitto.

Allo stesso modo, esistono al mondo anche altri farmaci che non sono però commercializzati in Italia, perché assenti nel nostro prontuario o perché la nostra legislazione non li prevede. Non capiamo, quindi, il motivo per cui, con specifico riferimento a questo farmaco, dovremmo invece adeguarci agli altri Paesi. È pertanto il caso – lo ripeto ancora una volta – di sgombrare il tavolo del confronto dalla convinzione per cui, visto che nel mondo la pillola RU486 viene commercializzata, ciò debba avvenire necessariamente anche nel nostro Paese.

In questo dibattito, che ha infiammato gli animi di molti cittadini, mi ha notevolmente colpito il totale silenzio delle femministe. Pensiamo alla battaglia riguardante la legalizzazione dell'aborto e la lotta all'aborto clandestino, piaga quest'ultima che, stando ai dati, non è stata ad oggi ancora pienamente sconfitta. Ricordo il modo in cui fu combattuta e come fu rivendicato allora a gran voce il diritto della donna a decidere sul proprio corpo e della propria gravidanza. In ogni caso, ricordo bene che quella battaglia voleva soprattutto fare della gravidanza, della maternità e dell'aborto delle questioni pubbliche, aspetto che invece la RU486 non permetterà.

In primo luogo, infatti, con la RU486 l'aborto diventa nuovamente un affare privato, riposizionato tra le mura domestiche; in secondo luogo, la RU486 rischia di banalizzare l'aborto, che neanche le femministe di un tempo ritenevano un atto superficiale, ma doloroso e psicologicamente pesante: con questa metodica si fa credere che è tutto più semplice e meno doloroso; il messaggio è quello che si prende una pillola ed è tutto finito.

Fortunatamente viene in nostro aiuto un comunicato stampa dell'AIFA (n. 121 del 28 agosto 2009), che recita: «Fine dell'illusione che l'interruzione medica della gravidanza sia un evento semplice, rapido ed economico». Allo stesso modo ci viene in soccorso anche il ginecologo Giambelli della ASL di Ravenna – dove tra l'altro è stata condotta una parte della sperimentazione sulla RU486 – il quale afferma: «Comunque, cosa aspettarsi? Questa pillola è fatta per abortire in privato da soli; che senso avrebbe altrimenti seguire tutto questo *iter*? Una donna la prende per non rimanere ricoverata. Si immagina cosa accadrebbe se la tenessimo in ospedale più di quanto richiede il metodo chirurgico? Non sceglierebbe più la RU486, perché verrebbe meno la ragione per cui l'ha voluta».

La seconda riflessione che vorrei svolgere riguarda la congruità della nuova metodica con la legge n. 194 del 1978. Ho sentito dire che con l'introduzione della RU486 finalmente quella legge troverebbe piena applicazione. Mi domando però di quale legge stiamo parlando, visto che la n. 194 ha avuto la pretesa di nascere anche come una legge in difesa della

vita. All'articolo 1 della stessa, infatti, si legge che lo Stato riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio e che l'interruzione volontaria della gravidanza non è un mezzo per il controllo delle nascite.

Questo paradosso tra tutela della vita e soppressione di vite innocenti si fonda anche sul fatto che la legge in questione intendeva allora porre dei limiti alla pratica abortiva, attraverso un percorso di aiuto alla donna per il superamento di eventuali ostacoli, in modo da consentire l'aborto limitatamente a quei casi in cui il parto potesse comportare un serio pericolo per la salute fisica e psichica della donna. Purtroppo la storia ci consegna una realtà completamente diversa, per cui ci sarebbe quasi da dire che probabilmente tutte le donne che da allora hanno abortito dovevano avere gravissimi problemi fisici o psicologici, ma non intendo soffermarmi ora su questo aspetto. Quello che voglio però sicuramente puntualizzare è che la RU486 comprime i tempi, nel senso che, se per il metodo chirurgico nella legge n. 194 si prevedeva un lasso di tempo di almeno 90 giorni per possibili ripensamenti e riflessioni da parte della donna, in modo da operare in qualche misura anche a tutela della vita, con la RU486 i tempi inevitabilmente si accorciano. Il rischio è che vi sia dunque una privatizzazione e una banalizzazione della pratica abortiva. Inoltre, non prevedendosi neppure la possibilità di una pausa di riflessione, si va davvero contro corrente rispetto alla stessa legge n. 194.

Per quanto riguarda poi il percorso ospedaliero, signor Presidente, anch'io ritengo come lei che il percorso debba essere fatto in regime ospedaliero ordinario e in questo senso auspico che le linee ministeriali siano assolutamente rigorose e perentorie, fatto salvo ovviamente il diritto della donna di firmare e di tornarsene a casa, ma a quel punto sarebbe una scelta fatta sotto la sua totale responsabilità, alla luce di un ampio e ben dettagliato consenso informato.

L'AIFA su questo punto è stata piuttosto ambigua, anche se non dobbiamo dimenticare che l'Agenzia ha un compito meramente tecnico, ben diverso dal nostro, che è invece assolutamente politico. Da parte nostra non possiamo quindi permetterci tentennamenti, perché in questo caso è in gioco la piena salvaguardia della salute delle donne, che tra l'altro dovrebbe stare a cuore a tutti.

In merito a questo profilo, vorrei ricordare anche la posizione di un nostro collega, il medico senatore Marino che su «Il Messaggero» del 1° agosto 2009 ha dichiarato: «Secondo la 194 l'interruzione di gravidanza si può effettuare solo negli ospedali pubblici. Così dovrà avvenire anche per la RU486. È chiaro che il Ministero della salute darà delle indicazioni precise per cui, come accade per l'aborto chirurgico, anche quello farmacologico dovrà essere fatto solo in ambiente clinico. Nel momento in cui la donna entra in ospedale per assumere la pillola, deve restare lì fino a interruzione avvenuta». Non sono mai stata più d'accordo con il senatore Marino.

Infine, vorrei parlare dell'obiezione di coscienza e qui, signor Presidente, mi permetto di richiamare la sua attenzione sul fatto che i profili

problematici non riguardano soltanto il medico, ma tutto il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie. Non voglio tediarvi ricordando il giuramento di Ippocrate o di Florence Nightingale, ma in questa modernità da cui siamo ormai pienamente avvolti, al medico, all'infermiere, all'operatore sanitario e al farmacista vengono spesso rivolte richieste che non hanno nulla a che fare con la salvaguardia della vita e della salute del malato e che non solo possono confliggere con la coscienza morale e personale, ma possono rischiare anche di compromettere la stessa credibilità professionale.

In presenza di questo metodo farmacologico che dilata i tempi, come tutelare il diritto all'obiezione di coscienza nei casi di emorragia, dove non vi è rischio immediato di vita per la donna, o nei casi di aborto incompiuto, dove si dovrà intervenire per completare la stessa pratica abortiva? Queste, secondo me, sono le nuove frontiere di tutela di un diritto, che è acquisito e tutelato da ben tre leggi dello Stato sull'obiezione di coscienza. Mi chiedo, ancora: come tutelare il diritto all'obiezione di coscienza delle strutture sanitarie, dal momento che molte di queste si troveranno probabilmente nella condizione di dover espletare l'ultima parte di questa pratica. Come procedere, invece, nel caso di strutture che non hanno previsto l'aborto come una tra le prassi prevedibili? Come si potrà rendere compatibile il diritto alla *privacy* della donna con il suo rapporto di lavoro? Molte donne, infatti, non vorranno restare in ospedale ma preferiranno continuare a lavorare. In questi casi, come sarà possibile prevedere un certo tipo di tutela sanitaria, sapendo che la prassi abortiva comporta dei sanguinamenti? Viceversa, come disciplinare l'assenza lavorativa, sempre nel rispetto della *privacy* e in una situazione di grande monitoraggio ed attenzione?

Signor Presidente, concludo queste poche riflessioni che le ho rivolto: esse sono frutto di convincimenti che, nel corso del tempo, si sono sedimentati nella mia persona, non è una posizione ideologica o confessionale, sono certa che questa nuova metodica porrà dei problemi. Voglio inoltre ringraziarla perché, a suo tempo, lei assunse a maggioranza un impegno, che ha onorato e portato a termine con grande equilibrio e serietà. Così come da lei auspicato, ritengo che un'ulteriore pausa di riflessione sarebbe utile per le implicazioni di tipo etico, scientifico e giuridico che comporterà l'impiego della pillola RU486 per la sua gestione.

Se anche il mondo intero ci chiede una sorta di banalizzazione dell'aborto, noi come Parlamento non possiamo dare l'impressione di farci conniventi con una pratica che costituirà, per la salute e la psicologia della donna, un passo molto più doloroso e più solitario di quello che oggi possiamo immaginare.

PERDUCA (PD). Signor Presidente, desidero *in primis* ringraziare Radio Radicale, che ieri sera, nel corso della sua trasmissione dedicata specificatamente all'attività delle Commissioni parlamentari, ha fatto riascoltare tutto il dibattito svoltosi nella seduta di ieri di questa Commis-

sione. Ho così potuto seguire la pubblicità di questo dibattito fin dall'inizio.

CALABRÒ (*PdL*). Senatore Perduca, ringrazi piuttosto la decisione della Presidenza.

PERDUCA (*PD*). Certamente, non ho mai messo in dubbio il desiderio del presidente Tomassini di rendere note le discussioni svoltesi all'interno di questa Commissione; soltanto, volevo iniziare il mio intervento con una nota più dolce, rispetto all'agrodolce che lo caratterizzerà in seguito.

Ascoltando parte del dibattito, soprattutto la sua parte conclusiva, che ha condotto a uno strano posizionamento rispetto alla relazione del Presidente e all'altra relazione (che mi risulta essere, al momento, l'unico documento alternativo depositato da altri membri della Commissione), mi sembra di poter dire che, per quanto una parte compatta della Commissione sia favorevole alle decisioni del Presidente, un'altra stia cercando di formare una posizione alternativa su tale questione. Mi riferisco, ovviamente, a chi siede sul lato sinistro di quest'Aula.

Ritengo che sia importante dire parole chiare rispetto a quanto affermato poco fa dalla senatrice Bianconi circa il rischio che il Parlamento diventi connivente con una misura che sarebbe contraria, secondo l'interpretazione di buona parte della maggioranza, alla legge n. 194 del 1978 e, magari, anche a una visione del mondo e della vita che non combacia con lo spirito liberale. Tale spirito lascia decidere all'individuo, in scienza, coscienza e, quindi, piena conoscenza, cosa fare della propria vita e come poterlo fare nel pieno rispetto della legge.

Tutte le volte che si sente parlare, da parte di esponenti della maggioranza, di RU486 (ed io immagino che questa indagine conoscitiva sia proprio il frutto di questo loro approccio) sembra che si stia parlando del diavolo coagulatosi in pillola, di una pratica che non soltanto rappresenta la morte ma che, addirittura, lancia al pubblico un messaggio di banalizzazione di un evento drammatico, quale l'interruzione volontaria della gravidanza. In realtà, io non credo che vi sia una sola persona, all'interno di quest'Aula ma anche in tutta Italia, che abbia mai avuto una posizione favorevole all'aborto in quanto tale.

Si potrebbe a questo punto aprire un dibattito sull'informazione, non soltanto relativamente alle metodiche specifiche, ma anche relativamente a tutte le fasi di prevenzione di determinati tipi di rischi che potrebbero essere il risultato di comportamenti non necessariamente portati avanti nel modo migliore; si potrebbe quindi investire (anche se a parole ci viene ripetuto che ciò sta per avvenire) nella prevenzione o, comunque, nell'informazione relativa ai rischi che potrebbero presentarsi qualora si assumesero comportamenti non protetti. Invece, il messaggio trasmesso è che la RU486 è il diavolo coagulato in pillola e che essa banalizza l'aborto.

L'Italia è stato uno tra i primi Paesi europei a legalizzare l'aborto nel 1978 e, per quanto mi risulta, l'unico a passare attraverso un dibattito pub-

blico che ha portato il Paese stesso a spaccarsi in due e a confermare pochi anni dopo quella legge attraverso un *referendum* voluto, se posso tradurre la realtà dei fatti in italiano, da uno Stato sovrano assoluto estraneo al nostro, cioè dal Vaticano.

L'Italia ha confermato, attraverso la mobilitazione per il *referendum* confermativo della legge n. 194, un grande sostegno, non all'aborto, ma alla possibilità di regolamentare per legge una pratica che appartiene alla nostra vita, cioè alla necessità e, a volte, alla determinazione di interrompere volontariamente la gravidanza.

Per come è scritta la legge n. 194, se la RU486 fosse esistita già nel 1978 molto probabilmente essa sarebbe già stata ricompresa nel provvedimento come modalità per interrompere volontariamente la gravidanza, proprio perché, come si è potuto apprendere da molti degli interventi ascoltati durante l'indagine conoscitiva, questa metodica rientra pienamente all'interno di questo provvedimento. Invece, senza nessuna prova e senza nessuna citazione precisa della legge, mi sembra che tale fatto sia stato negato molto spesso dagli interventi di rappresentanti della maggioranza, buon ultimo da quello della senatrice Bianconi.

Tra l'altro, io ero presente quando ha parlato il dottor Silvio Viale che, oltre a essere un medico ginecologo, è anche un militante radicale che sulla propria pelle ha voluto sperimentare quanto in effetti fosse difficile praticare la propria professione in linea con la legge per consentire che finalmente in Italia, non soltanto si aprisse il dibattito, ma si concludesse un lunghissimo periodo di approfondimento iniziato nel 2005 da parte dell'AIFA relativamente alla possibilità di includere nel mercato italiano qualcosa che in altri Paesi europei esiste da almeno due decenni.

Purtroppo, nel documento conclusivo proposto dal Presidente non mi pare di aver recuperato alcune delle criticità poste dall'audizione del dottor Viale, criticità che invece ho potuto ritrovare nel documento della senatrice Poretti, che credo valga la pena rileggere nella sua parte centrale per poi andare a sviluppare altre riflessioni di carattere più generale.

Noi stiamo infatti parlando di qualcosa, cioè l'immissione della RU486 in Italia, che ancora una volta contrappone l'atteggiamento italiano nei confronti di alcune normative europee, facendo assumere al nostro Paese una posizione di superiorità nei confronti del quadro legislativo comunitario, imponendo magari determinate decisioni o delibere in virtù di una tradizione o della fondamentale caratterizzazione della nostra cultura da ritrovarsi nelle cosiddette radici cristiane che, secondo chi persegue questo tipo di supremazia della nostra cultura rispetto a quella del diritto internazionale che caratterizza la Comunità europea, hanno formato il nostro Paese e guidato molte delle nostre leggi.

Tali principi, appunto, non sono riusciti a guidare la legge n. 194 del 1978 o, se ci sono riusciti lo hanno fatto talmente bene che hanno consentito che nel 1978 si potesse adottare quella normativa e che di lì a qualche anno si tenesse un *referendum* dove la maggior parte degli italiani – quindi la maggior parte di un Paese che si autodefinisce o viene autodefinito cattolico – ha deciso di confermare la possibilità per una donna di

interrompere volontariamente la propria gravidanza. Il tutto, chiaramente, all'interno di un quadro normativo molto preciso che potrebbe anche essere arrivato il momento di rivedere, ma non nel senso di chi ritiene che in una pillola ci sia la morte, ma che quanto più si impongono proibizioni, tanto più si riesce a sortire l'effetto contrario a ciò che si vorrebbe regolamentare.

Infatti, da quando finalmente è stata adottata la legge n. 194 del 1978 vi è stata una sensibile riduzione degli aborti e non si tratta di dichiarazioni propagandistiche, ma di dati forniti dall'Organizzazione mondiale della sanità oltre che dal Ministero, perché contro certe evidenze, per quanti sforzi si possano fare – e mi sembra che se ne stiano facendo numerosi – non si può andare.

Ricorda la senatrice Poretti nella sua proposta di documento conclusivo che «la direttiva comunitaria 2001/83/CE, relativa all'immissione in commercio dei prodotti medicinali, impone che, dopo l'approvazione di un farmaco da parte di uno Stato membro, gli altri Paesi membri» dell'Unione europea «possano solo regolamentarne l'uso all'interno delle proprie leggi nazionali e definirne il prezzo» secondo il principio del mutuo riconoscimento. «Nel caso particolare di un farmaco abortivo le modalità di utilizzo devono essere dettate dalla legge nazionale che regola l'interruzione volontaria di gravidanza, che nel nostro Paese è la legge n. 194 del 1978», una normativa che è stata al centro di molte delle audizioni tenute presso la 12^a Commissione e che non mi pare di ricordare alcuno abbia messo in discussione.

La richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio del mifepristone (RU486), «che era in uso in Francia da oltre 20 anni e successivamente è stato introdotto in quasi tutti i Paesi europei e del mondo, è stata presentata nel 2007 in Italia. La normativa europea consente, in assenza di una legislazione nazionale, che qualsiasi farmaco in commercio in un altro Stato membro possa essere legalmente importato e utilizzato in tutta la Comunità europea con modalità diverse». Queste disposizioni hanno fatto sì che il mifepristone fosse di fatto già utilizzato in Italia dal 2005; quindi sono ben quattro anni che questa pillola è presente nel nostro Paese.

Invece, la Commissione ha purtroppo confermato che era una delle sue prerogative quella di ostacolare o intervenire nel lavoro dell'Agenzia italiana per il farmaco. Dopo quattro anni che la RU486 era presente sul nostro mercato (peraltro, che io ricordi, nel 2005 c'era un Governo di centrodestra, non necessariamente meno attento ad alcune *desiderata* provenienti da Oltretevere), con un colpo anche procedurale, se ricordo come è avvenuta la richiesta di svolgere una serie di audizioni relativamente alla questione in oggetto del dibattito odierno, ha deciso di intervenire nel lavoro dell'Agenzia italiana per il farmaco, che avrebbe avuto esclusivamente il compito di verificare efficacia, sicurezza e compatibilità del medicinale con le leggi nazionali, nel rispetto e a tutela della salute della donna.

Si potrebbe altresì fare un discorso più generale relativamente ad alcuni atteggiamenti che caratterizzano più il Governo che la maggioranza, in cui ogni qual volta che si incontra un problema creato da normative o decisioni europee, piuttosto che trovare le armi legali per contrapporsi, si crea una campagna di disinformazione, mistificazione e intimidazione volta a creare confusione tra chi deve poi essere chiamato ad applicare questa normativa. Ciò vale oggi per la RU486, è valso in passato per certe normative relative ad alcune minoranze ed è sicuramente tutt'oggi una delle cause principali di grande incertezza del diritto tutte le volte che si parla di immigrati, immigrazione o regolarizzazione degli stessi.

Nel proseguo della sua relazione, la senatrice Poretti sostiene che la Commissione ha «potuto prendere atto direttamente del lavoro dell'AIFA, svolto fino ad oggi in modo molto approfondito, tanto da impiegare» – come si diceva poco fa – dal 2007 a questi giorni, ben 700 giorni invece dei 90 che abitualmente caratterizzano le procedure di cosiddetto mutuo riconoscimento. Il 30 luglio scorso è arrivata la delibera dell'AIFA con cui si è stabilita l'immissione in commercio del farmaco in questione e in tale data è scoppiato l'allarme circa la banalizzazione dell'aborto.

Tra l'altro, credo che i chiarimenti offerti all'interno di questa relazione tocchino anche dei punti in relazione a chi sia chiamato a dover fare determinate operazioni e chi invece può avere un ruolo meramente di curiosità, piuttosto che assumersi delle responsabilità tanto da dover proclamare di non voler essere connivente con la pillola della morte, come molto spesso è stata definita sulla stampa da rappresentanti del Governo.

La senatrice Poretti sostiene che «la definizione delle concrete modalità di somministrazione dei farmaci costituisce invece un atto medico, che quindi rientra nelle» piene «competenze del Governo e delle Regioni, ma non nelle prerogative dell'Agenzia» italiana per il farmaco, «come confermato dal direttore Guido Rasi, incaricato dal Consiglio di amministrazione dell'AIFA per la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* della Determina relativa l'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco» prodotto dalla ditta Exelgyn. Circolava voce, tra l'altro, che la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* della delibera dell'AIFA sarebbe dovuta avvenire questa mattina, ma così non è stato.

Molto probabilmente il processo di banalizzazione di un evento, che è invece drammatico, è riuscito ad interferire nella trasmissione di alcuni documenti: non si è capito bene se ciò sia avvenuto nella fase di posizionamento del documento sulla macchina del fax, o piuttosto nel momento in cui il fax è stato ricevuto o magari quando i dati sono passati da una macchina all'altra. Quello che possiamo dire è che c'è stata una serie di concause che hanno fatto in modo che quella delibera non raggiungesse gli uffici della *Gazzetta Ufficiale* per cui questa stamattina – cioè il giorno successivo all'illustrazione dello schema di documento conclusivo predisposto dal Presidente – non ne è stata possibile la pubblicazione.

Non che abbia bisogno di ulteriori elementi a riprova del fatto che le campagne intimidatorie portano spesso a casa il risultato, ma noto comun-

que questa strana coincidenza di un dibattito avvenuto in giornata e di un fax non arrivato in serata, per cui non è stata possibile la pubblicazione della delibera in *Gazzetta Ufficiale*.

La Commissione igiene e sanità avrebbe poi dovuto prendere atto che la delibera dell'AIFA rimanda alla relazione tra Stato e Regioni in ordine alle disposizioni per il corretto percorso di utilizzo clinico del farmaco all'interno del servizio ospedaliero pubblico, così come previsto dagli articoli 8 e 15 della legge n. 194 del 1978, su cui l'AIFA non ha invece titolarità.

Sarebbe stato compito, quindi, della Conferenza Stato-Regioni – e credo che così dovrebbe continuare ad essere – stabilire le procedure e l'organizzazione sanitaria, garantendo le varie modalità di ricovero e di assistenza, come previsto dalla legge, nonché la possibilità di scelta al medico del metodo e delle modalità più idonee alle caratteristiche cliniche della donna.

Tutto questo è ovviamente in palese contraddizione con quanto affermato poco fa dalla senatrice Bianconi, dal cui intervento sembrerebbe quasi che, dopo l'assunzione della pillola, la donna può essere mandata a casa, in attesa del compimento del drammatico evento, che comunque tale rimane.

Signor Presidente, non facendo parte di questa Commissione, concludo il mio intervento ringraziando lei ed i colleghi per l'ospitalità che mi è stata offerta.

CHIAROMONTE (PD). Signor Presidente, come è stato evidenziato anche nella seduta di ieri, vorrei rilevare che, nel corso dei nostri lavori, ad un certo punto si è obiettivamente registrata un'accelerazione, che forse si sarebbe anche potuta evitare, lasciando alla Commissione un po' più di tempo per riflettere sullo schema di documento conclusivo da lei predisposto, di cui alla fine, per fortuna, ieri ci è stata data lettura, almeno nella parte relativa alle conclusioni ed alle proposte in esso contenute.

Purtroppo non abbiamo avuto la possibilità di fare interventi che forse avrebbero maggiormente evidenziato l'importanza del tema che stiamo trattando, la cui estrema delicatezza ha portato alla decisione di avviare una specifica indagine conoscitiva al riguardo.

Detto ciò, e tenendo conto anche dell'intervento svolto poco fa dalla senatrice Bianconi, vorrei soffermarmi innanzitutto sulle conclusioni del relatore e specificamente su alcuni passaggi che lasciano aperti ed irrisolti molti interrogativi e su cui probabilmente sarebbe stato il caso di riflettere. In particolare, c'è un passaggio del documento in cui fondamentalmente si gira intorno alla questione del livello di responsabilità dei vari soggetti coinvolti nella vicenda, a cominciare proprio dall'AIFA. A tale proposito vorrei dire che da subito il Partito Democratico ha denunciato in questa sede l'esistenza di pressioni che si potevano evitare, oltre a rilevare il fatto che da questo punto di vista la Commissione, ed il Presidente in particolare, avevano agito in maniera quanto meno discutibile.

Mi riferisco al punto in cui si dice: «In particolare l'avvocato Salvatore ha spiegato che l'AIFA, come l'EMEA, sono organi tecnici che dipendono rispettivamente dalle leggi dello Stato italiano nel primo caso e della Commissione europea nel secondo. Non può essere quindi solo l'organo tecnico a disciplinare la congruità normativa, bensì in primo luogo l'autorità competente, con particolare riferimento al Governo. Le valutazioni di compatibilità normativa avrebbero dovuto essere richieste agli organi competenti prima della delibera di immissione in commercio, come in analoghe situazioni precedenti si è sempre verificato».

Sulla questione, che forse sarebbe stato opportuno approfondire maggiormente, torneranno poi probabilmente anche gli altri colleghi del Partito Democratico, che sotto questo profilo sono più attenti. Restano però alcune domande, perché si attribuiscono responsabilità in ordine alla vicenda, ma non ci si assume la propria, quella cioè di chiarire quali siano tutti gli organi competenti chiamati a dare il proprio contributo e quali siano le situazioni precedentemente verificate (se ne potrebbero citare quanto meno una o due, ad esempio).

Ci sono poi ulteriori riflessioni che vorrei svolgere, signor Presidente, rifacendomi sempre alle sue conclusioni, nonché alla documentazione che è stata messa a nostra disposizione e da lei peraltro richiamata con molta dovizia nello schema di documento conclusivo che ci ha presentato. In esso, in particolare, si fa riferimento ad un profilo evidenziato dalla professoressa Morresi nel corso della sua audizione in questa Commissione. Si legge nelle conclusioni: «Dall'audizione della professoressa Morresi, inoltre, si evince altresì che le cause di alcuni decessi sono inerenti alle modalità di assunzione del farmaco in *day hospital*, che affidano la valutazione della sintomatologia e dei rischi conseguenti direttamente alla competenza della paziente, senza il livello di vigilanza sanitaria garantita dalla presenza di personale medico specializzato».

Non voglio tediare i colleghi, ma, come risulta anche dalla documentazione resa disponibile, l'AIFA in verità aveva già risposto alle obiezioni sollevate dalla professoressa Morresi. È stato sicuramente interessante ascoltare la preziosa relazione che la professoressa ha svolto in questa sede, ma è importante ribadire che delle risposte c'erano già state, perché altrimenti si rischia di fare domande e di avere risposte alle quali però, alla fine, non si riconosce dignità.

Vorrei riprendere allora proprio la risposta fornita alla documentazione inviata in data 4 maggio 2009 all'AIFA e ad alcune delle argomentazioni sostenute anche in questa sede dalla professoressa Morresi. In particolare, l'AIFA precisava che «le obiezioni sollevate dall'Italia al *day 50* della procedura di mutuo riconoscimento in relazione ai casi di morte a seguito di aborto medico erano basate sui dati complessivi di mortalità associati all'uso di mifepristone riportati nella documentazione presentata a supporto della domanda di autorizzazione, a prescindere dalle effettive modalità di impiego, e sui dati rilevati nella letteratura scientifica, andando quindi anche oltre il normale esame della documentazione rilevante ai fini dell'autorizzazione all'immissione in commercio».

L'AIFA aveva già risposto anche alle obiezioni sollevate dalla professoressa Morresi in merito alla questione specifica del rapporto tra l'aborto farmacologico attraverso l'uso della RU486 e l'aborto chirurgico, in parte richiamate oggi nel suo intervento anche dalla senatrice Bianconi. In particolare, al punto 2, nel capitolo relativo alle ulteriori criticità, si fa presente quanto segue: dall'insieme dei dati pubblicati e non segnalandosi nuove indicazioni, l'AIFA ha discusso in maniera approfondita la stima dei dati di efficacia in relazione alle settimane gestazionali e in rapporto a quelli per aborto chirurgico, giungendo alla conclusione che il medicinale possa essere impiegato esclusivamente in ambito ospedaliero, dove è possibile valutare in maniera corretta l'esito del trattamento offrendo alle pazienti un'assistenza adeguata.

Entro ora nel merito, in particolare con riferimento all'intervento della senatrice Bianconi, perché questa preoccupazione non l'abbiamo avuta solo noi, ma anche l'AIFA; rispetto a tale preoccupazione, quindi, vorremo sentirci sollevati.

Rispetto sia alla compatibilità con la legge n. 194 del 1978 sia alla preoccupazione del ricovero in ospedale, si è discusso in ogni sede. È come se noi discutessimo di un argomento più volte, ma poi facessimo finta che il problema non è stato mai posto.

Nella delibera dell'AIFA del 30 luglio 2009, il Consiglio di amministrazione dell'AIFA, oltre che affrontare la questione del prezzo dei farmaci, dice espressamente che l'impiego del mifegyne deve essere previsto esclusivamente in ambito ospedaliero, con divieto di vendita al pubblico, come alternativa all'interruzione chirurgica di gravidanza e deve, altresì, essere attivato un registro di carico e scarico presso le strutture sanitarie autorizzate. In coerenza con quanto previsto dal consenso informato per le procedure terapeutiche, la donna che intende ricorrere all'interruzione medica di gravidanza deve essere adeguatamente informata circa i rischi connessi all'uso dei farmaci utilizzati.

Non voglio tediare la Commissione, perché i senatori conoscono già questa documentazione, e vado dunque alle mie conclusioni per fare una riflessione, come senatrice e come donna. Sono state chiamate in causa le femministe e la legge n. 194 del 1978 – giustamente – perché stiamo appunto affrontando questa materia e, quindi, la questione del consenso informato e delle scelte. Non vorrei, però, che ricadessimo nuovamente, come ho già detto in un altro intervento, nell'atmosfera che abbiamo respirato durante la discussione sul testamento biologico.

Non è possibile trattare i cittadini come degli oggetti e ritenere che essi debbano essere guidati dalla vita alla morte, a prescindere dalle loro scelte, dai loro desideri, dal loro consenso e in alcuni casi, come nel caso dell'aborto, a prescindere da necessità che non si prevedevano.

Risulta allora incredibile il fatto di poter disporre del metodo farmacologico della RU486, che è comunque diffuso da vent'anni e sul quale sono già disponibili dati piuttosto certi (che noi abbiamo potuto conoscere durante le nostre audizioni), un metodo che invece non viene considerato come un trattamento che, legittimamente, una donna, nel caso decidesse

putroppo di abortire, possa scegliere con la massima tutela da parte dello Stato, degli ospedali e di tutti gli organi sanitari. Noi dobbiamo garantire questo passaggio. È impressionante come nelle conclusioni del presidente Tomassini vi sia solo un riferimento alla questione dell'obiezione e ne manchi uno, importante, relativo a quello che tutti, non soltanto la minoranza, abbiamo ritenuto essere un punto fondamentale.

Bisogna ricordare che la pillola abortiva non è un metodo abortivo più semplice, bensì molto più complesso; è un processo più lungo, che comporta l'assunzione di due farmaci in un solo giorno e il doverne poi aspettare altri tre per un'ulteriore assunzione. Quindi, anche da un punto di vista psicologico, è un metodo molto più doloroso per una donna, non solo perché questa non può tornare indietro ma perché quei tre giorni possono essere un'infinità in una situazione di questo genere.

Ebbene, di fronte a ciò la nostra preoccupazione non sembra essere quella di assicurare l'*optimum* dell'informazione e del sostegno ad una donna che, magari, ha dei problemi ad essere sedata o ha paura di subire un intervento chirurgico. Forse in questo caso il passaggio del consenso informato andrebbe davvero adeguato, laddove noi decidiamo invece di non potere permetterci questo passaggio.

Davvero non si capisce perché, anche di fronte a un medico, giustamente allertato ed informato rispetto a questo metodo abortivo (che è ancora più complicato, da un punto di vista psicologico, dell'aborto chirurgico), noi decidiamo di tirarci indietro e di bloccare tutto l'*iter* perché non siamo in grado né di garantire questa procedura, né di garantire alla donna la possibilità di essere realmente informata.

Rispetto a tale problema, noi legislatori dobbiamo riflettere su quali siano le nostre responsabilità. Questo potrebbe essere il momento di compiere un passo in avanti per garantire la salute della donna facendo il nostro dovere, cioè informando in maniera dovuta. Il Sistema sanitario nazionale, da un punto di vista della salute della donna, dal Nord, al Sud, al Centro e in tutte le situazioni più difficili, deve riuscire a garantire il massimo livello di informazione. Signor Presidente, noi intendiamo dedicare la massima attenzione a tale questione, affinché essa venga seguita con il massimo scrupolo.

BIONDELLI (PD). Signor Presidente, la relazione annuale del Ministero della salute conferma che in Italia il ricorso all'interruzione di gravidanza è in calo costante, che i tassi di abortività sono inferiori rispetto agli altri Paesi europei e che, pertanto, non si può parlare di interruzione volontaria della gravidanza come metodo contraccettivo (questa, infatti, era la paura).

In effetti, è innegabile che la legge n. 194 del 1978 funzioni bene, tanto che deve essere considerata come una legge caposaldo per la tutela delle donne in Italia. È una legge che pone l'Italia all'avanguardia su questa problematica e che ben si combina con l'introduzione della RU486. Ci si allinea così con i Paesi europei, recuperando un ritardo che ha penalizzato molto le donne italiane.

Se, infatti, nel 1978 il solo metodo conosciuto era l'aborto chirurgico, attraverso il metodo per aspirazione, la legge n. 194 del 1978 non specifica che quello sia l'unico metodo; anzi, gli articoli 14 e 15 del testo sembrano proprio auspicare un aggiornamento delle tecniche più avanzate in contraddizione con la situazione attuale, bloccata ad un metodo sempre valido ma, in alcuni casi, certamente superato da quello farmacologico.

È infatti previsto che la RU486 possa essere utilizzata in Italia solo in ambito ospedaliero, così come la legge n. 194 prevede per le interruzioni volontarie di gravidanza. Nella disposizione vi è un richiamo al massimo rispetto della legge n. 194 ed al suo utilizzo in ambito ospedaliero.

Dopo una lunga istruttoria, è stato raccomandato di utilizzare il farmaco entro il quarantanovesimo giorno e, dunque, entro la settima settimana. Entro questo termine, infatti, le eventuali complicanze sono sovrapponibili a quelle dell'aborto chirurgico.

Inoltre, è da tenere presente che la direttiva europea 2001/83, relativa all'immissione in commercio dei prodotti medicinali, impone che, dopo l'approvazione di un farmaco da parte di uno Stato membro, gli altri Paesi europei possano solo regolamentarne l'uso all'interno delle proprie leggi nazionali e definirne il prezzo (principio del mutuo riconoscimento).

Nel caso particolare di un farmaco abortivo, le modalità di uso devono essere dettate dalla legge nazionale che regola l'interruzione volontaria di gravidanza (nel nostro Paese, appunto, la legge n. 194 del 1978). La richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio, che in Francia è in uso da oltre vent'anni e successivamente è stata introdotta in quasi tutti i Paesi europei e in molti altri Paesi del mondo, è stata presentata in Italia solo pochi anni fa.

La normativa europea consente, in assenza di normativa nazionale, che qualsiasi farmaco in commercio in un altro Stato membro possa essere legalmente utilizzato ed importato in tutta la Comunità con modalità diverse.

L'Agenzia italiana per il farmaco, che aveva il compito di verificare efficacia, sicurezza e compatibilità con le leggi nazionali, soprattutto a tutela della salute della donna, del farmaco in questione (ricordiamo, infatti, che si tratta comunque di un farmaco) ha svolto un lavoro molto attento e meticoloso, prolungando peraltro i propri tempi di verifica per fornire un esito inequivocabile nelle procedure del mutuo riconoscimento relativo al farmaco.

È opportuno ricordare che, quale atto medico, la somministrazione rientra appunto nelle competenze del Governo e delle Regioni, che devono emanare nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni linee guida e disposizioni per un corretto percorso di utilizzo clinico del farmaco all'interno del servizio ospedaliero pubblico, così come previsto dagli articoli 8 e 15 della legge n. 194 del 1978.

BIANCHI (PD). Signor Presidente, non desidero intervenire nel dibattito, ma vorrei chiedere una delucidazione rispetto alle conclusioni dello schema di documento che lei ci ha presentato ieri. A un certo punto

si dice: «In particolare l'avvocato Salvatore ha spiegato che l'AIFA, come l'EMEA, sono organi tecnici che dipendono rispettivamente dalle leggi dello Stato italiano nel primo caso e dalla Commissione europea nel secondo. Non può essere quindi solo l'organo tecnico a disciplinare la congruità normativa, bensì in primo luogo l'autorità competente».

Vorrei capire se per lei l'autorità competente è il Governo, cioè il Ministero.

Lo schema di documento, inoltre, continua nel modo seguente: «Le valutazioni di compatibilità normativa avrebbero dovuto essere richieste agli organi competenti prima della delibera di immissione in commercio, come in analoghe situazioni precedenti si è sempre verificato». Le chiedo quali sono queste analoghe situazioni precedenti e quando si sono verificate.

PRESIDENTE. Senatrice Bianchi, le rispondo brevemente perché non è mia abitudine interrompere il corso della discussione generale, tanto più in considerazione dei tempi e dei modi in cui si sta svolgendo.

È sufficiente ricordare i documenti. Mi riferisco alla prima audizione dell'avvocato Salvatore (il quale peraltro ha depositato quanto ha dichiarato) in cui, a seguito di una mia ulteriore domanda su quali fossero gli organi competenti, ha sostenuto espressamente che nel caso dell'AIFA è il Governo italiano. Egli ha inoltre riferito che nella delibera dell'EMEA si fa proprio riferimento ad una competenza del Governo su questa specifica materia, come d'altronde abbiamo ritrovato, nero su bianco, nella delibera originale dell'EMEA.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, si fa riferimento a un documento che ho letto pubblicamente e poi consegnato agli atti, quello cioè presentato dal presidente del Consiglio superiore di sanità Cuccurullo, il quale riferisce che nello svolgimento di questa prassi per ben due volte è stato interrogato il ministro Storace. La prima volta ciò è avvenuto da parte del direttore generale dell'AIFA Nello Martini durante la quattordicesima legislatura nel 2005 ed il ministro Storace a sua volta ha chiesto un parere al Consiglio superiore di sanità; la seconda volta, nella quindicesima legislatura, il medesimo Nello Martini ha posto il quesito al ministro Turco il quale lo ha sottoposto al Consiglio superiore di sanità che ha risposto. In questo frangente, il Consiglio non è stato attivato, o perlomeno ha firmato le sue pratiche preliminari, se non ricordo male, nell'agosto 2008; sono date che riferisco a memoria, ma questo è quanto risulta dai documenti.

DI GIOVAN PAOLO (PD). Signor Presidente, sono due i motivi per cui intervengo: il primo riguarda l'argomento in sé, rispetto al quale sono più interessato ad una questione attinente la procedura, e il secondo concerne invece il tema della laicità della politica.

Innanzitutto, alcuni di noi che, diversamente da voi, non sono esperti di queste materie e che quindi attendono una riflessione da parte di questa Commissione, hanno l'impressione che l'oggetto del contendere sia so-

stanzialmente un metodo abortivo e non la questione dell'aborto in sé. A mio modesto modo di vedere, questo tema mi sembra per certi versi incomprendibile, nel senso che sarebbe più sensato ragionare della legge n. 194 del 1978 senza nascondersi dietro a questioni che riguardano un farmaco abortivo, se questo è l'argomento oggettivo di discussione.

Se si intende mettere in discussione la predetta legge che, nell'attuazione operata dai Ministri della sanità di diversi orientamenti, ha raccolto la sintesi di molti atteggiamenti politici, occorre considerare che, come è accaduto in passato, non necessariamente chi la deve attuare è favorevole all'aborto; ciononostante deve fare in modo che questa normativa produca gli effetti previsti dall'articolo 1, ovvero la prevenzione ed eventualmente la rimozione del fenomeno dell'aborto clandestino.

Poiché tutti i dati confermano che in questi anni la rimozione del fenomeno non è ancora completata, ma è certamente cominciata in maniera forte grazie all'attuazione di questa normativa, mi chiedo perché non venga posto in Senato, nelle Commissioni ed in Aula, il confronto tra le due parti politiche – destra e sinistra – sul metodo con cui si combatte l'emergenza dell'aborto clandestino o eventualmente su quello che tutti definiscono il dramma dell'aborto. Mi pare che nessuno si definisca abortista a priori in Aula, in questa Commissione o in documenti ufficiali.

Non essendo esperto in materia di sanità, se non posso fare conto sul documento dell'AIFA, mi chiedo – e lo faccio senza alcun spirito di polemica – se questo vale anche per altri medicinali. Se il *vulnus* rispetto alla questione della RU486 è il tema dell'aborto, allora perché non c'è un dibattito sull'aborto? Se invece il dibattito è sul medicamento e la cattiva procedura, ciò significa che l'AIFA non è affidabile anche per altri medicinali?

Giustamente, la senatrice Bianchi prima ha chiesto quali erano le situazioni precedenti, perché se questo discorso è valido, ovviamente ciò pone problemi su altri tipi di farmaci, magari su casi meno gravi o più gravi. Se la procedura ed il metodo con cui noi importiamo una medicina è sbagliato, allora questo problema non riguarda solo la RU486, ma tutte le medicine messe in commercio.

Come ho già detto, non essendo un esperto, mi interessa capire se questo dibattito riguardava l'aborto o le procedure ed il metodo con cui introduciamo medicine e farmaci nel nostro Paese: se vi è un *vulnus* rispetto all'AIFA, c'è il rischio che ciò si ripeta con altri medicinali? In caso affermativo, non è pensabile che si lavori affinché vengano affinate le procedure, in modo che quanto accade in questo caso torni utile affinché anche in altre situazioni possa essere eliminato?

Precisando che non è davvero mia intenzione fare un intervento dilatorio, ma ragionare su questo tema, devo dire che io ho assistito come semplice cittadino, al di fuori del Parlamento, al dibattito sulla fecondazione assistita, che reca con sé altre questioni, come l'adozione ed i sentimenti delle persone, che non attengono semplicemente a problematiche mediche. Visto dall'esterno, quello è stato uno dei dibattiti di più basso profilo dal punto di vista del rapporto tra cittadini e istituzioni ed è forse

più in quello che nei casi di corruzione, peraltro più lampanti, che si misura la distanza tra la politica e i cittadini. Purtroppo, nel caso Englaro, che invece ho seguito dall'interno, la situazione è stata più o meno la stessa, al di là della passione e dell'impegno che ciascuno, a suo modo e con le sue motivazioni, ha voluto mettervi.

Mi chiedo quindi, signor Presidente, onorevoli colleghi, se possiamo cercare di fare in modo che il dibattito presente sia laico in tutti i sensi. La laicità non appartiene solo ad alcuni, ma è proprio della politica stessa, del luogo dove prendiamo le decisioni perché siamo fallibili, al di là delle motivazioni da cui partiamo.

Abbiamo la necessità di approfondire tra noi queste tematiche, facendo in modo di non arrivare in Aula, come è successo nel caso Englaro, in una sorta di dimensione machista della politica – se le colleghe mi consentono di utilizzare questa espressione – in base alla quale tutti i miei colleghi hanno ragione mentre gli avversari hanno torto e chiunque tenti di prendere in considerazione elementi di riflessione all'interno dell'Assemblea pecca nei confronti della propria parte. Credo che questa dimensione machista, introdotta in una logica del genere, rispetto ad un tema così delicato e personale che attiene alle questioni intime dei nostri cittadini e cittadine, crei dei problemi al modo di fare politica all'interno delle istituzioni, perché diventa ideologizzazione.

Vorrei chiedere allora a quelle stesse persone che hanno ritenuto o che ritengono, in buona fede, che il dibattito sulla RU486 abbia ad oggetto di fatto il tema dell'aborto, se in questo modo non ci sia il rischio di fare il miglior favore a chi dall'altro lato ideologizza la questione, ritenendo che la RU486 sia semplicemente un diritto e non un farmaco.

A mio giudizio, tale dubbio dovrebbe attraversare anche chi è convinto che questo sia altro da un dibattito sulle procedure per l'immissione in commercio del farmaco, perché al riguardo sarebbe sicuramente opportuno un confronto, ove fosse alieno da ideologizzazioni.

In particolare sarebbe utile se con questo dibattito, pur nel confronto tra le diverse posizioni, tra destra e sinistra di questo Paese, si riuscisse ad arrivare ad una diminuzione degli aborti clandestini, come previsto dall'articolo 1 della legge n. 194 del 1978, e quindi ad una soluzione del problema e ad una fine dell'emergenza: a quel punto le diverse passioni e il diverso modo di esprimerle avrebbero un senso.

Personalmente non sono così convinto che si possa dire con estrema immediatezza se con l'introduzione della RU486 e con il riavvio della procedura di autorizzazione per l'immissione in commercio in Italia della stessa vi sarà una riduzione o un aumento degli aborti nel nostro Paese, ma non è questo l'argomento del dibattito.

La questione centrale riguarda infatti il metodo e le procedure: a tale proposito vorrei segnalare che coloro che non sono esperti, come i membri di questa Commissione, dei temi di cui stiamo trattando, per decidere hanno bisogno che, alla fine di quest'indagine, vengano loro forniti dei dati relativi alle modalità con cui l'AIFA procede. In tal caso, ove la procedura seguita fosse ritenuta giusta, che si vada pure avanti; nel caso in

cui così non fosse, sarebbe opportuno estendere la riflessione anche ad altri farmaci, perché altrimenti quello svolto diventerebbe un dibattito sull'aborto, mentre se si vuole un confronto di questo tipo, lo si chieda con chiarezza, senza strumentalizzare la discussione che si sta invece conducendo qui per riflettere su temi diversi rispetto a quelli che sono nel cuore dei cittadini.

PRESIDENTE. Onorevoli senatori, non sono solito interrompere le discussioni, ma ritengo che sia necessario precisare alcuni punti, soprattutto per i molti senatori presenti non componenti la Commissione. Sicuramente rappresenta un po' un'anomalia il fatto che nella fase conclusiva di un'indagine conoscitiva intervengano senatori che non ne hanno seguito fin dall'inizio l'*iter*, proprio perché si tratta di una procedura peculiare di una certa Commissione. Per quanto mi riguarda sono favorevole a questo tipo di coinvolgimento nel dibattito, perché sono più che convinto che quanto scaturisce da un'indagine conoscitiva si debba diffondere il più possibile.

Comunque, voglio ricordare ai colleghi che nel titolo dell'indagine, che è stato tra l'altro oggetto di discussione e confronto, nonché nei capitoli d'indagine che la Commissione ha sviluppato, sono racchiuse le tematiche che sono state trattate nel corso di questa procedura informativa, e tra esse non è ricompresa chiaramente quella che la preoccupa, senatore Di Giovan Paolo.

Quanto poi alle procedure per l'autorizzazione all'immissione in commercio di un farmaco, esse sono specificatamente definite: presso l'EMA è infatti prevista, accanto ad una procedura centralizzata – per iniziativa appunto dell'organismo centrale – anche una procedura decentrata, che può essere avviata da qualsiasi Stato membro, come è accaduto nel caso della RU486 da parte della Francia. Queste procedure danno poi luogo all'interno di ciascuno Stato membro a due processi diversi, l'uno automatico per i farmaci ordinari e uno invece particolare, laddove si tratti di farmaci specifici: è il caso, ad esempio, dei farmaci per le tossicodipendenze, nonché dei farmaci abortivi, appunto, per cui si fa riferimento a questo tipo di procedimento.

Infine, vorrei chiarire che l'indagine conoscitiva nasce e si conclude all'interno della Commissione in cui viene avviata, proprio perché non si tratta di un'attività di tipo legislativo, avendo come unico obiettivo quello di consentire ai componenti della Commissione di acquisire una conoscenza su un determinato tema, a fronte della quale essi possano poi dare dei suggerimenti di carattere generale.

CARLONI (PD). Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo in questo dibattito dopo una lettura dello schema di documento conclusivo a mente sgombra, senza cioè avere competenze in campo medico o farmacologico e senza aver partecipato ai lavori di questa Commissione.

Per queste ragioni non vorrei pronunciarmi tanto sul tema dell'eventuale ricorso all'arbitrato e della possibilità di riaprire una discussione a

livello europeo, quanto piuttosto sul fatto che, ancora una volta, il lavoro prodotto con questa indagine conoscitiva dalla Commissione igiene e sanità del Senato rappresenta un valore aggiunto, da iscrivere certamente nell'ambito della stessa applicazione e della verifica della legge n. 194 del 1978, che in tal senso mi sembra davvero essere la legge più monitorata, discussa e verificata dell'intero nostro ordinamento.

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

(Segue CARLONI). Il lavoro fatto e le informazioni risultanti dal corpo delle audizioni svolte assumono particolare importanza, proprio perché ci consentono di ragionare sulla possibilità di ricorrere – così come prevede la stessa legge n. 194, all'articolo 15 – a tecniche più moderne, che siano più rispettose dell'integrità fisica e psicologica della donna, oltre che meno rischiose per la stessa interruzione di gravidanza, un punto, questo, presente nelle conclusioni proposte dal Presidente.

Ritengo inoltre che sia certamente un bene il fatto che questo lavoro sia stato prodotto in sede parlamentare, perché è testimonianza di un Parlamento che è ancora capace di lavorare in sintonia con la società – nonostante il clima generale di antipolitica che attraversa il nostro Paese – che è attento alle innovazioni, alla ricerca e alla possibilità di un'evoluzione del quadro legislativo e normativo sulla base delle importanti novità nel campo della ricerca biomedica e farmacologica.

A questo punto, però, viene da chiedersi perché ciò avvenga soltanto per la pillola RU486, quando invece in campo sanitario ci sarebbero davvero tante domande che ci interpellano e sulle quali la Commissione potrebbe utilmente lavorare. Penso, per esempio, alla necessità di monitorare una legge importante come quella recente sull'immigrazione e sull'introduzione del reato di clandestinità, per quanto riguarda in particolare i possibili effetti sul sistema sanitario e sulla salute pubblica del nostro Paese. Penso poi anche alla necessità di un monitoraggio in tempo reale, di cui si avverte l'esigenza, della diffusione e delle problematiche legate al vaccino antipandemico. Avrei voluto che la Commissione igiene e sanità fornisse informazioni al Parlamento e al Paese anche rispetto a queste materie, attraverso lo svolgimento di audizioni e di indagini conoscitive, ma tant'è.

Per quanto riguarda specificamente la RU486, vorrei sapere perché, a fronte di un'indagine certamente accurata, che consente *in primis* alla 12^a Commissione e poi al Senato nel suo complesso di formulare un giudizio, nonché di lavorare ad una traduzione normativa o comunque di dare un indirizzo al Governo (per esempio attraverso la presentazione di una mozione), la Commissione stessa dovrebbe arrivare a proporre nel documento conclusivo di sospendere la procedura di commercializzazione del farmaco

per acquisire un parere in materia da parte del Governo ed eventualmente, di fronte ad un parere positivo, riavviare la procedura dall'inizio.

Tutto questo mi sembra assolutamente incongruo e non coerente con lo spirito della relazione. Non vedo coerenza tra quanto acquisito dalla relazione e le sue conclusioni. È come se la mancanza di una norma di regolazione, anziché produrre un'accelerazione nella stessa capacità di normare in sede legislativa, dovesse, invece, produrre la negazione delle ragioni stesse di arrivare ad una normativa.

La ragione per normare coerentemente con lo spirito e la lettera della legge n. 194 del 1978 è invece molto evidente, proprio alla luce della possibilità, che la pillola ci offre, di acquisire delle tecniche più moderne. Questo è del tutto evidente e attraversa tutto l'impianto della relazione, sia per quanto riguarda le esperienze che è possibile acquisire in base alle sperimentazioni effettuate, sia per quanto riguarda tutte le notizie date a proposito dei profili di sicurezza, sia per tutto l'aspetto, che viene rigorosamente monitorato, delle compatibilità con la legge n. 194 e con la sua applicazione, a partire appunto dai luoghi vincolanti che la legge n. 194 prevede.

Piuttosto, un profilo che non è stato approfondito nella stessa tematizzazione dell'indagine conoscitiva è quello organizzativo. Non mi pare che sia stato trattato, nonostante sia un fattore preminente per la nostra sanità pubblica, il profilo relativo ai costi. Ritengo che tale argomento sia molto interessante e importante: l'alternativa rappresentata dalla pillola RU486 all'aborto chirurgico è un'opzione che certamente consente di abbassare in maniera evidente i costi della sanità.

Non si capisce, pertanto, perché ricondurre necessariamente l'organizzazione della pratica abortiva all'ospedale e non praticare nettamente la scelta di strutture alternative, quali il *day hospital* o le altre che potrebbero essere indicate in perfetta coerenza con lo spirito e la lettera della legge n. 194.

Il rischio che si corre con questa conclusione è di alimentare il pregiudizio, assolutamente nefasto in questo momento storico, della immoralità della decisione della donna di fronte alla scelta abortiva o procreativa. È un giudizio di disprezzo che, purtroppo, in questo momento è ampiamente diffuso nella nostra società. Invece, una corretta informazione, un consenso informato e l'idea che la RU486 non sia una pillola di prevenzione dell'aborto, ma una pillola abortiva che provoca determinate conseguenze, sono fattori che consentirebbero a rendere più consapevole la donna nelle sue scelte: si avrebbe un preciso campo di possibilità e di corollari necessari a qualificare le scelte possibili da parte delle donne e delle strutture deputate ad applicare la legge.

Invito pertanto la Commissione ad arrivare ad una proposta per l'Aula che ci aiuti a colmare un vuoto di norme e di indirizzo nello spirito della legge n. 194. Tale spirito mira a prevenire l'aborto e, quando lo si debba effettuare, a farlo nelle migliori condizioni che la scienza medica e l'organizzazione sanitaria rendano possibili.

Presidenza del presidente TOMASSINI

BLAZINA (PD). Signor Presidente, questa è la giornata in cui le donne si trovano al centro dell'attenzione: abbiamo parlato di loro in Aula rispetto al tema del lavoro ed è la giornata internazionale contro la violenza sulle donne. Infine, abbiamo di nuovo l'opportunità di parlare di donne in questa sede, visto che, quando parliamo della pillola abortiva RU486, affrontiamo appunto un tema riguardante principalmente, anche se non esclusivamente, le donne.

Intervengo volentieri in questa discussione perché si tratta di un tema che, in questo nostro Paese, è all'ordine del giorno da molti anni. La pillola RU486 è utilizzata in altri Paesi europei da tempo (in alcuni Paesi addirittura da vent'anni). Quindi, si tratta di un metodo già ampiamente messo alla prova e non sono stati riscontrati tutti quegli aspetti negativi di cui si sta parlando. Desidero comunque ribadire che le donne italiane stanno aspettando una decisione in merito e su un punto vorrei essere molto precisa: tale attesa non è legata al volere utilizzare la pillola.

Rispetto al tema dell'aborto, al tema della legge n. 194 e anche rispetto al tema della pillola RU486, siamo di fronte ad una libera scelta che noi lasciamo alle donne. Ogni volta che una donna è costretta a ricorrere all'aborto, ciò costituisce per lei un dramma ed una decisione difficile, che certamente influisce, non solo sul suo stato di salute fisica, ma anche sul suo stato psicologico.

Se la donna arriva a prendere questa decisione, infatti, vuol dire che si trova in una situazione di grande difficoltà: non sceglie certo l'aborto con leggerezza e senza averci pensato. Pertanto, offrire alle donne l'opportunità di un'ulteriore scelta in questi momenti difficili significa garantire loro il diritto di poter scegliere.

Per questo motivo, a mio avviso, bloccare ulteriormente la possibilità di immettere sul mercato la pillola abortiva è una scelta quantomeno sconcertante rispetto alle nostre aspettative.

Vorrei sottolineare a questo proposito soprattutto tre argomenti. Il primo riguarda il danno che stiamo provocando alle donne italiane, questione di cui ho già parlato prima. Il secondo argomento riguarda l'AIFA, l'Agenzia italiana del farmaco, che, dopo aver svolto un'attenta analisi e compiuto una valutazione su basi scientifiche, ha preso una decisione, anche se a maggioranza e non all'unanimità. A mio avviso, procrastinare ulteriormente questo dibattito e chiedere al Ministero un'autorizzazione e una valutazione ulteriori significherebbe mettere in discussione l'autorevolezza di questo importante organismo italiano.

In terzo luogo, se non si procede a pubblicare l'autorizzazione sulla *Gazzetta Ufficiale*, e quindi a renderla valida, il Paese si pone nuovamente fuori dal contesto europeo: sappiamo infatti che questo farmaco viene uti-

lizzato negli altri Paesi, quindi anche su questo versante siamo molto indietro.

Per quanto riguarda poi il tema dell'aborto, vorrei richiamare l'attenzione sul fatto che alcune discussioni di questi mesi ricordano quelle svolte in occasione della campagna referendaria sulla legge n. 194 del 1978. Ho infatti l'impressione di assistere agli stessi ragionamenti che quella volta venivano portati da chi era contrario anche alla legge e che oggi forse si è ricreduto, soprattutto perché i numeri danno ragione a chi già all'epoca condivideva la necessità di avere una legge che regolasse l'interruzione di gravidanza. Infatti, sappiamo che il numero degli aborti è diminuito soprattutto nella popolazione italiana, mentre rimane una grande piaga in particolare tra le giovani e le donne immigrate. Mi sembra, quindi, che lo sforzo della politica in questo momento dovrebbe essere indirizzato a far sì che questi numeri diminuiscano anche tra le donne immigrate. A tale proposito notiamo come in questo periodo di crisi vengano ridotti i finanziamenti ai consultori familiari e a tutti quei servizi di supporto alle donne immigrate.

A mio avviso, quando parliamo di maternità consapevole e di sessualità dovremmo riflettere anche su cosa è stato fatto in questi anni per una informazione ed educazione corrette, temi complessi che purtroppo vengono affrontati in maniera molto superficiale e per lo più scandalistica anche dai *media*. Ritengo quindi che ci debba essere un impegno affinché questi temi vengano affrontati in maniera corretta, mettendo al centro – appunto – la donna, la sua dignità, il suo diritto alla libera scelta e all'autodeterminazione in base agli strumenti che ha a disposizione.

Nei momenti di crisi, quando nuove povertà stanno emergendo, anche il tema della maternità consapevole è di grande rilievo ed è strettamente connesso a quello della pillola abortiva.

Sono consapevole dell'utilità dell'indagine svolta da questa Commissione e della serietà con cui i singoli soggetti auditi hanno presentato le proprie valutazioni. Non vorrei però che ancora una volta si ricorresse a questo per bloccare l'immissione sul mercato della pillola RU486, perché a questo punto si tratterebbe veramente solo di un pretesto che ha più una valenza politica che non scientifica di attenzione alla salute e alla sicurezza delle donne.

AMATI (PD). Signor Presidente, anche io vorrei portare il mio contributo a questo dibattito, perché la storia della RU486 ha attraversato questi anni e si inserisce anche nell'importante discussione sulla qualità della vita delle donne nei momenti di maggior sofferenza. Penso quindi possa essere utile un ricordo complessivo del percorso, nonché una valutazione delle anomalie del nostro Paese rispetto alla storia di altri Paesi europei e non solo. Sarebbe inoltre opportuno richiamarsi complessivamente al rispetto delle regole e al buon senso, nascondendoci meno dietro a problematiche che hanno poco a che fare con la salute delle donne.

La storia di questo farmaco, che ormai ha parecchi anni, è abbastanza nota: la molecola che ha la significativa potenzialità di indurre l'aborto in

un momento specifico della gravidanza si conosce infatti dal 1980. La sua sperimentazione ha avuto una lunga durata e ha attraversato fasi importanti e molte diverse verifiche. Nel 2003 l'Organizzazione mondiale della sanità conferma la sicurezza del farmaco, definisce le linee guida in un documento importante e nel 2005 inserisce il medicinale nella lista dei farmaci essenziali, raccomandandone l'uso combinato e sotto stretta osservazione medica.

Ritengo altresì che il percorso successivo svoltosi nel nostro Paese meriti un ricordo e una flessione. Già nel 2002 il comitato etico della Regione Piemonte approva un progetto di sperimentazione e dal 2000 al 2006 tali programmi vengono attuati in diverse Regioni italiane: in Piemonte appunto, in Liguria, in Toscana, in Emilia Romagna e nel 2006 anche in Puglia. Ricordo il rapporto di sperimentazione nelle Regioni italiane, perché fa parte del mio trascorso istituzionale (quello di consigliere regionale nelle Marche) l'aver prodotto mozioni e sollecitazioni al Governo della mia Regione – devo dire non utilmente in quel periodo – perché anche le Marche potessero entrare in un progetto di sperimentazione che consentisse anche alle donne della mia Regione di poter entrare in questo complesso ma importante percorso.

Evidentemente, quando parliamo di norme che riguardano l'aborto, parliamo di una fase molto delicata e complessa della vita della donna. L'aborto è sempre un trauma, un evento drammatico che tutti ci auguriamo non debba mai essere affrontato e io credo che nel nostro Paese non si sia assolutamente lavorato nel modo giusto e corretto, anzi sarebbe bene che non solo questa Commissione, ma certamente il Senato si occupasse maggiormente delle metodiche che potrebbero impedire di arrivare all'aborto.

Infatti, se si vuole migliorare la qualità della vita e la salute delle donne, bisognerebbe fare in modo di disporre dell'informazione, della comunicazione e della prevenzione utili affinché mai si debba arrivare all'aborto. Mi sembra un atteggiamento tartufesco non operare, né dal punto di vista finanziario né complessivo, nelle Regioni e nei territori perché questa parte della legislazione vigente sia applicata ed invece disquisire per ore e produrre atti non del tutto corrispondenti ai reali poteri anche del Senato, allo scopo di ragionare sempre della salute delle donne solo per impedire l'atto finale o l'eventuale semplificazione di una situazione drammatica. Mancano infatti i finanziamenti e la preparazione dovuta a seguire le donne nella fase precedente al concepimento, a fare in modo cioè che le donne che non vogliono avere un figlio, o che per i motivi più vari decidono di non averne, possano condurre una vita normale dal punto di vista delle relazioni senza incontrare una gravidanza che, per motivi psicologici, economici o sociali in quel momento non possono reggere. Ripeto, questo non è stato fatto fino in fondo, né a livello centrale, né a livello periferico e, se pensiamo al percorso dei consultori a livello territoriale, sappiamo quanti fallimenti si sono di volta in volta verificati.

C'è la legge n. 194, una legge dello Stato in vigore ormai da tanti anni, che ha ridotto indubbiamente l'aborto clandestino, una piaga gravis-

sima che tante vittime ha segnato, non solo in passato, ma credo ancora oggi, anche se in numero sicuramente ridotto. C'è però ora una nuova potenzialità che va aggiunta a quelle in atto per fare in modo che le donne possano scegliere come affrontare nel modo meno drammatico un evento che tale rimane, sempre e comunque.

Credo che non si dovrebbe dunque proporre nello schema di documento conclusivo di questa Commissione il blocco o il riavvio dall'inizio della procedura dell'Agenzia italiana del farmaco per l'autorizzazione all'immissione in commercio nel nostro Paese della RU486, perché penso che le norme in vigore in tanti Paesi europei – e non solo, visto che anche negli Stati Uniti d'America questa pratica è assolutamente consentita – dovrebbero valere anche per l'Italia.

Sappiamo che, analogamente a quanto previsto nella stessa legge n. 194, anche per questo farmaco la somministrazione è definita e possibile solo in ospedale. Peraltro il fatto stesso che lo si possa utilizzare solo entro la settimana settimana è un elemento di ulteriore garanzia e di protezione della salute della donna.

Ci troviamo ancora una volta in una situazione un po' paradossale perché dal 30 luglio di quest'anno, da quando cioè l'AIFA ha deliberato l'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco in Italia, sono passati ben 700 giorni – come sottolineava la senatrice Poretti – senza che questa delibera autorizzatoria sia stata pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale*. Peraltro, non appaiono neppure del tutto comprensibili le ragioni di un così grave ritardo, che non si spiega se non per motivi politici, che forse non hanno neanche tanto a vedere con la salute delle donne.

Mi auguro sinceramente – anche se tra l'augurio e la convinzione che ci sia un atto successivo positivo passa evidentemente molto – che prevalga il buonsenso e che un farmaco, in uso da oltre 20 anni nel mondo, approvato peraltro da tutti gli organismi tecnico-scientifici in Europa e negli Stati Uniti d'America, possa arrivare finalmente in Italia e possa offrire un altro modo per affrontare in maniera meno traumatica un evento sempre gravemente drammatico per ogni donna, come l'aborto volontario.

SOLIANI (PD). Signor Presidente, credo che non debba stupire l'ampia attenzione rivolta all'atto conclusivo di questa indagine conoscitiva anche da parte di senatori che non sono membri di questa Commissione, ma che ne hanno comunque seguito da fuori i lavori in queste settimane.

Non sappiamo quanto il relatore possa recepire dei contributi e degli spunti che vengono portati qui oggi, ma non c'è dubbio che essi sono la testimonianza di uno sguardo più ampio sul fenomeno dell'interruzione di gravidanza, anche alla luce delle possibilità tecnico-scientifiche che non c'erano ieri nella storia del nostro Paese e nella vita delle donne italiane.

Poiché da questo punto di vista siamo all'inizio di un pezzo di storia nuova, sarebbe stato sicuramente molto interessante nell'ambito di questa indagine conoscitiva tenere presenti anche alcuni degli aspetti di carattere «sociale» legati all'aborto farmacologico: mi riferisco, in particolare, alla possibilità che tale trattamento coinvolga soprattutto le donne giovani e le

immigrate, nonché all'approfondimento dell'aspetto psicologico, in relazione a quello che può significare oggi la scelta della nuova metodica nella logica dominante del consumo.

Sarebbero molti i temi da affrontare e per questo dico che bisognerebbe tenere il discorso aperto, specialmente da parte di una Commissione che deve e può continuare a lavorare su questo aspetto.

Da un punto di vista strettamente politico penso quindi che, pur nel rispetto reciproco delle diverse posizioni che possono essere emerse nel corso dell'indagine, sarebbe stato preferibile arrivare ad offrire una conclusione in termini molto meno stretti e sbrigativi, essendo il tema trattato straordinariamente importante. In ogni caso sottolineo l'importanza di mantenere aperto il confronto per un'interlocuzione più larga di cui sicuramente il Paese ha bisogno, per non innescare nella società dei corto circuiti anche tra le donne.

Sicuramente lo schema di documento conclusivo predisposto dal Presidente rappresenta un'assunzione di responsabilità, ma vi è innanzitutto una questione di metodo, che è di carattere più strettamente intellettuale e che riguarda la responsabilità di ciascuno. Quando si fa un'indagine conoscitiva, specialmente di questa portata e di questa natura, vi è un interesse a non vederne già scritto sin dall'inizio l'esito finale, quasi che si trattasse di una sorta di indagine conoscitiva a tesi. Piuttosto, bisognerebbe condurre l'indagine con l'approccio e l'orientamento di chi è chiamato a valutare la situazione e, nello stesso tempo, con il coraggio di un'assunzione di responsabilità, mettendo a disposizione dei cittadini una serie di elementi informativi che possano aiutarli davvero a capire di più. Se c'è una cosa che il Parlamento e quindi la Commissione, che è l'attore dell'indagine conoscitiva, devono fare è innanzitutto quella di chiarire il quadro normativo e procedurale nel quale si inserisce una specifica tematica, rappresentata in questo caso dall'utilizzo della pillola abortiva.

Allo stesso modo, penso che sia compito del Parlamento e di un'indagine conoscitiva di questa natura anche quello di richiamare alle proprie responsabilità – non solo di ordine tecnico, ma più in generale di carattere politico – tutti i soggetti coinvolti in questa vicenda (mi riferisco a chi ha responsabilità di gestione e di governo, e quindi sicuramente al Governo, alle Regioni e al Servizio sanitario nazionale), fino a sollecitare l'interlocuzione delle più diffuse responsabilità in capo alle coscienze sia delle donne che dei medici.

Penso che a conclusione di questa indagine conoscitiva, bisognerebbe dire al Paese se, nonostante la problematicità di tale questione, noi siamo in grado di governare serenamente le nuove sfide tecnico-scientifiche che si raccolgono intorno all'applicazione della pillola abortiva e questa prima possibilità offerta dalla scienza e dalla tecnica.

Questo è solo un primo passaggio; di sfide di questa natura dovremo affrontarne tante nel corso della nostra esistenza. Quindi, bisogna essere in grado di operare con la forza del governo della politica, senza venire meno ai propri orientamenti, ma assolvendo al compito (e ribadisco ancora che noi dobbiamo fare il nostro mestiere) di verificare l'efficacia, la sicu-

rezza e le modalità in modo laico e molto serio, perché dobbiamo dare, se possibile, risposte alle domande che si pongono tutti coloro che pensano di poter compiere questa scelta.

Nonostante la sfida della decisione della politica sia impegnativa, ritengo che noi disponiamo della forza politica, culturale ed istituzionale necessaria ed anche di un patrimonio molto più ampio e diffuso di quanto si immagini. Si tratta di un patrimonio per tutti, presente nella cultura del Servizio sanitario nazionale, un patrimonio condiviso da quel provvedimento, molto particolare, che è la legge n. 194 del 1978, in vigore in Italia da 30 anni. Se esiste in Italia un provvedimento che contiene dei punti fermi per la coscienza collettiva della gente, rispetto a tutti i cambiamenti che sono intervenuti, è proprio la legge n. 194 del 1978.

Non vi è dunque ombra di dubbio che la legge n. 194 sia la bussola politica per leggere e definire questa partita. Ricordiamo che essa ha una grande forza, perché ha un consenso diffuso; l'interruzione di gravidanza, da essa prevista, rappresenta sì una possibilità, ma a condizioni determinate e molto precise. Soprattutto, è uno strumento che riconosce il dramma e si assume anche il compito di attuare politiche di prevenzione e di accompagnamento per impedire che una vita sia lasciata alla mercé di una scelta solitaria, del caso e della necessità.

La senatrice Bianconi ha richiamato dei punti che mi sollecitano sempre delle riflessioni: la coscienza e il ruolo delle donne e, addirittura, la cultura femminista. Nell'Italia di oggi vi è un patrimonio che viene da molto lontano, quello della coscienza delle donne che, di fronte a sé, alla propria dignità, alla responsabilità e di fronte alla vita, compiono delle scelte con un approccio molto più condiviso, pur tra molte più diversità di quante si possa immaginare.

So bene che tale concetto non può essere espresso in una relazione, ma varrebbe senz'altro la pena di dare qualche elemento di speranza al Paese ed alle donne, nella trattazione di questa materia, e di definire almeno i punti solidi su cui poter mettere i piedi onde affermare che le nostre posizioni rappresentano un punto di forza. La legge n. 194 è esattamente uno strumento che, oggi come all'epoca della sua introduzione, afferma proprio questo concetto.

Signor Presidente, per entrare appena di più nel cuore della questione ed avviarmi poi alla conclusione, devo dire che ho compreso dalla lettura della sua relazione che lei ha individuato nel rapporto dell'AIFA per la definizione della congruità normativa, assieme ad altri soggetti non meglio precisati, il punto di forza di una posizione che, in breve, invita a fermarci e a ripartire da capo.

Mi viene spontaneo dire che questa è una proposta di soluzione a basso prezzo perché la Commissione, grazie all'indagine che ha svolto e alla ricchezza di tutte le competenze che ha raccolto (e non posso pensare che le personalità audite siano venute qui a recitare e a fare affermazioni passibili di smentite), dispone di questo panorama di energie e ha oggi il diritto di vedere che si compie il massimo sforzo per definire delle questioni semplici. Esiste o meno un problema di congruità, come lei so-

stiene, con la normativa? La soluzione che lei propone è di fermare la nostra indagine e di ripartire dall'inizio? A mio parere, quel nucleo della relazione appare francamente abbastanza confuso e incerto.

Ritengo che l'AIFA, per scelta pubblica, svolga un ruolo tecnico che, necessariamente, dipende dalle leggi dello Stato. L'AIFA si muove tra Stato e livello europeo fino all'assolvimento del suo compito, che è quello di arrivare alla pubblicazione finale della sua delibera. Vi sono obiezioni sul percorso? Francamente, non riesco a vederle ma, se vi sono, esse vanno assunte sul terreno giurisdizionale che le mette in discussione fino a verifica.

È poi necessario compiere un altro passaggio e la relazione finale lo deve indicare: il Governo e tutti il livelli del Servizio sanitario nazionale, fino alle Regioni, come intendono gestire questa partita attraverso lo strumento principe ed ordinario rappresentato dalle linee guida? Vi sono altri che hanno questa responsabilità. Penso che la relazione debba rappresentare il livello più alto possibile di responsabilità e di chiamata di corresponsabilità, senza però rinunciare ad inviare un messaggio positivo, in base alla legge n. 194 del 1978, di sostegno concreto alla società e alle donne, con tutto quanto ciò significa sul terreno della prevenzione e all'interno delle dinamiche sociali quotidiane.

A mio parere, la relazione deve inviare anche questo segnale positivo: le donne non sono sole di fronte a questi problemi e di fronte all'applicazione della RU486 che comporta, effettivamente, una procedura nuova e richiederà nel contesto delle vite, delle scelte e delle esperienze una nuova capacità di lettura.

Il mio sommosso invito, infine, è di cercare di rendere questa relazione finale uno strumento utile a largo spettro. Mi rendo conto che sul nucleo della relazione difficilmente potrà esserci una condivisione ma, dal mio punto di vista, almeno si dovrebbe partire da un nucleo anche se ristretto; la scorciatoia di far risolvere i problemi al Presidente della Commissione igiene e sanità, non mi sembra una soluzione adeguata alla sfida politica ed interistituzionale che abbiamo di fronte.

PORETTI (PD). Signor Presidente, vorrei sapere se è fissato un termine di chiusura per la seduta convocata questa sera alle ore 21.

PRESIDENTE. Come previsto da calendario, la Commissione è convocata questa sera, in seduta notturna, alle ore 21 senza un orario di chiusura precostituito. La seconda convocazione resta confermata per domani mattina alle ore 8,30.

PORETTI (PD). Signor Presidente, possiamo fissare un orario di chiusura, anche a sera inoltrata?

PRESIDENTE. Al momento non ritengo di doverlo fare: il 25 novembre abbiamo la scadenza, sicuramente non perentoria, di votare lo schema di documento conclusivo.

PORETTI (PD). Signor Presidente, mi permetto di farle notare che oggi è il 25 novembre. Quindi, o procediamo alla votazione entro la mezzanotte di oggi, oppure i nostri lavori sforeranno in ogni caso.

CALABRÒ (PdL). Per l'ennesima volta voglio ricordare che questa Commissione ha deciso che entro la data del 25 avremmo votato il documento conclusivo all'ordine del giorno. Signor Presidente, le chiedo pertanto che ciò sia calendarizzato per la data del 25 novembre; se poi i senatori dell'opposizione per qualche motivo chiedono di andare oltre, di fissare un orario preciso domani mattina entro il quale la discussione si consideri chiusa, si facciano le dichiarazioni voto e si voti il documento.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, la seduta di questa sera era stata prevista qualora i lavori non fossero conclusi, ma ci sono altri due argomenti all'ordine del giorno. Era mia intenzione andare avanti stasera a oltranza e proseguire domani con il voto, ove non fosse stato possibile votare stasera stessa.

Comunque, onorevoli colleghi, apprezzate le circostanze rinvio il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

