SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 1706)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BOMPIANI, JERVOLINO RUSSO, CECCATELLI, COLOMBO SVEVO, MARTINI, CODAZZI, DE GIUSEPPE, ALIVERTI, COCO, CAROLLO, DI LEMBO, FONTANA, BERNASSOLA, BOGGIO, BOMBARDIERI, CENGARLE, D'AMELIO, FERRARA Nicola, COLELLA, COLOMBO Vittorino (V.), VITALONE, SAPORITO, RUFFINO, MURMURA, PINTO Michele, SANTALCO, FALLUCCHI, IANNI e FIMOGNARI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 MARZO 1986

Istituzione di una Commissione parlamentare di indagine sulla attuazione della legge 29 luglio 1975, n. 405, e sulla applicazione della legge 22 maggio 1978, n. 194, per quanto concerne la prevenzione dell'aborto volontario con particolare riguardo al funzionamento dei consultori

ONOREVOLI SENATORI. — Il presente disegno di legge è indirizzato all'istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla attuazione della legge istitutiva dei consultori familiari (legge 29 luglio 1975, n. 405), e sull'attuazione degli articoli 1, 2, 3, 4 e 5 della legge 22 maggio 1978, n. 194, che prevedono un forte impegno dei consultori in ordine alla prevenzione dell'aborto volontario.

Ragioni di coordinamento con l'iniziativa già assunta al riguardo da numerosi colleghi della Camera dei deputati ed il fatto che certamente l'attività di prevenzione dell'aborto volontario è fra quelle più rilevanti cui dovrebbero mirare i consultori, ci hanno indotto a considerare non solo l'argomento della proposta presentata alla Camera (anche per facilitare la costituzione della Commissione bicamerale prevista da ambedue le proposte), ma a sollecitare altresì un esame più ampio della complessa materia consultoriale.

Pertanto, la verifica che proponiamo riguarda sia la programmazione che il finanziamento di questo delicato servizio, con particolare riferimento a due aspetti che l'attuale dibattito politico e sociale ha evidenziato come essenziali alla natura e alla finalità stessa del servizio consultoriale, e

cioè l'attività svolta dai consultori sulle problematiche familiari (rapporti tra coniugi, tra genitori e figli, problemi delle crisi familiari, delle deviazioni minorili in genere, rapporti con enti, istituti e servizi riguardanti la problematica minorile) e — come già si è rilevato — l'attività svolta dai consultori in ordine all'applicazione degli articoli della legge 22 maggio 1978, n. 194, concernenti la prevenzione dell'aborto volontario.

* * *

Dieci anni di vita di questo servizio, e la discreta diffusione della rete dei consultori in tutte le Regioni, sia pure in modo non omogeneo, offrono — ormai — la disponibilità di un campione sufficiente per una analisi approfondita e seria e per proposte di eventuali modifiche o di condizioni organizzative o istituzionali o legislative diverse dalle attuali che possano consentire ai consultori di svolgere il complesso ruolo che la legge istitutiva attribuiva loro e che non sempre ha trovato applicazione.

Riteniamo sia compito doveroso del legislatore quello di sottoporre a verifica, anche attraverso apposite « indagini conoscitive », il funzionamento di leggi importanti per lo sviluppo della società, come la legge n. 405 del 1975.

Ma riteniamo soprattutto che una verifica oggettiva sul funzionamento di questa legge, in riferimento agli articoli che interessano i consultori nella legge n. 194 del 1978, non ideologica, consenta di creare anche sul tema delicatissimo e conflittuale dell'aborto una convergenza sugli interventi che possono essere previsti come concreta attuazione di una politica di prevenzione: 2124 consultori pubblici e 177 consultori privati costituiscono infatti una rete, per quanto ancora a maglie talvolta larghe, che non può non essere utilizzata in tutta la sua potenzialità preventiva, sconfiggendo la tendenza a ridurre questa potenzialità ad una mera ripetizione di soluzioni ambulatoriali. Certo ci rendiamo conto che anche solo dal punto di vista numerico l'istituzione di questo servizio non è, come si è detto, omogenea su tutto il territorio, e se la media nazionale è di 1,5 consultori per diecimila donne in età feconda (una soglia, come si vede, ancora molto bassa), tale rapporto raggiunge un massimo (2,4) nell'Italia centrale, si pone nella media (1,7) nell'Italia settentrionale, ma subisce un abbassamento nell'Italia meridionale (1,0) e nell'Italia insulare (0,6).

Oltre al dato quantitativo e alla difforme distribuzione geografica, sui quali peraltro la Commissione dovrà indagare per individuare difficoltà, pregiudizi e anche errori di impostazione che hanno contribuito a determinarli, il consultorio andrà attentamente verificato nei suoi contenuti, nella sua funzionalità, nella sua organizzazione. Tale indagine andrà compiuta tenendo conto delle condizioni storiche, legislative, istituzionali in cui si è venuto a costituire questo servizio particolare, in modo da dare per scontato un certo rodaggio, una certa impreparazione che però non può diventare norma, pena l'inutilità del servizio stesso. Ci riferiamo in particolare a due ordini di problemi:

1) questo servizio ha dovuto subire l'impatto di una serie di leggi sulla famiglia di intensità mai verificatasi nella nostra storia. In pochi anni leggi come la riforma del diritto di famiglia, l'introduzione del divorzio e dell'aborto hanno profondamente modificato, e talora in modo contraddittorio, l'assetto familiare e i rapporti tra i coniugi e i figli, per cui il servizio consultoriale ha avuto come supporto, proprio nel momento delicato della sua prima attuazione, non il sostegno di un consenso diffuso sugli obiettivi, ma la raffica delle lacerazioni, delle divisioni culturali ed ideologiche che hanno connotato le due ultime leggi e i rispettivi *referendum;*

2) a questo si aggiunga che la fase di attuazione del consultorio è avvenuta in un momento di profonde trasformazioni istituzionali, di passaggio di competenza dallo Stato alle Regioni, ai Comuni, alle USL, attraverso un processo che non è ancora terminato e che certamente ha inciso sulla organizzazione del servizio. Basti pensare al problema delle competenze istituzionali, ancora oggi messo in discussione: servizio so-

ciale di competenza comunale o servizio sanitario di competenza dell'USL? Basti pensare all'intreccio dei compiti e quindi al problema dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari all'interno di una riforma sanitaria che si sta sempre più chiudendo in strette competenze sanitarie. Si ha quindi l'impressione che il consultorio familiare abbia risposto al massimo ad un'esigenza di razionalizzazione di alcuni servizi soprattutto sanitari, anche di valenza preventiva, ma non sia riuscito ad essere veramente innovativo, nè nelle modalità di prestazioni, nè nel porsi come osservatorio privilegiato dei mutamenti familiari ed interpersonali. È un servizio « ripiegato su sè stesso », incapace di svolgere una funzione innovativa e incapace quindi di porsi come momento filtro tra cambiamenti della famiglia e proposta di mutamento dei servizi sociali.

Tale impressione è confermata nella risposta ad una interrogazione di senatori democristiani da parte del Ministero della sanità, sulla base di una rilevazione compiuta nel 1984, che qui riportiamo:

« Analizzando i dati forniti sull'attività svolta dai consultori e sulle prestazioni erogate agli utenti, si osserva che sono in netta prevalenza le prestazioni a carattere ginecologico rispetto a quelle pediatriche, per quanto risulta attualmente un aumento del numero degli specialisti pediatri nella composizione della *équipe* medica consultoriale, specie dove il consultorio è compreso nel dipartimento materno-infantile.

Delle prestazioni a carattere ginecologico sono prevalenti la consulenza e la somministrazione dei contraccettivi meccanici ed ovariostatici, cui fa seguito la prevenzione dei tumori femminili.

Frequente è il ricorso al consultorio per ottenere il rilascio del certificato per la interruzione volontaria della gravidanza, anche se tale frequenza non risulta così elevata come ci si attenderebbe: ciò dipende dal fatto che soltanto una parte delle donne che decidono di effettuare l'interruzione volontaria si rivolge al consultorio (solo il 21,93 per cento), mentre la percentuale è notevolmente più elevata per quelle che ricorrono al medico di fiducia (53,38 per cento) e per altre, e cioè il 20,76 per cento, che fanno ricorso alle strutture pubbliche ospedaliere.

Tra altre consulenze e prestazioni fornite dal consultorio risultano, in ordine di frequenza, l'assistenza sanitaria in gravidanza, l'assistenza sanitaria al bambino, la consulenza psicologica sui problemi della sessualità e della coppia, la consulenza per le adozioni e gli affidamenti, la terapia della sterilità e della infertilità (per queste i pazienti vengono automaticamente inviati ad altri servizi).

Circa la composizione della struttura-personale che opera nei consulori e nelle diverse circoscrizioni territoriali, la figura più presente in assoluto è il ginecologo (93,5 per cento dei casi); meno presenti sono gli psicologi (75,5 per cento) e gli assistenti sociali (74 per cento) ».

Sulla base di questi dati, sia pure parziali, il Ministro conclude: « Dall'analisi delle attività svolte dai consultori emerge la necessità di una loro riqualificazione sempre più ampia e ciò potrà essere ottenuto svincolando i consultori dalla semplice denominazione di servizi " para-ambulatoriali ", come vengono spesso considerati, portando la loro operatività ad un livello effettivamente familiare ».

Il che significa farsi carico come servizio dei problemi effettivi che oggi la famiglia incontra. Quello che preoccupa infatti in questo indirizzo a senso unico è che grossi problemi della famiglia di oggi rischiano di rimanere fuori dalla porta del consultorio. In particolare: la necessità di un supporto psicologico e sociale alla coppia nella sua formazione e durante la sua esperienza di vita in comune; la rilevazione delle problematiche che incidono sulla condizione familiare o minorile, con particolare riguardo alle separazioni, ai divorzi, al problema dei bambini di genitori divisi, all'abuso dell'infanzia; la collaborazione con il tribunale dei minori e con gli altri enti per il disadattamento minorile e per il problema dell'affidamento e delle adozioni.

Per ognuno di questi problemi fioriscono ogni giorno centri specialistici, sorgono ser-

vizi *ad hoc*, anche pubblici, che di fatto svuotano di competenza il consultorio e tendono a dare risposte specialistiche staccate dalla dinamica familiare che le ha prodotte.

* * *

Il carattere esclusivamente sanitario del consultorio ha reso difficile in pratica anche l'attuazione della politica preventiva dell'aborto prevista dagli articoli 1, 2, 3, 4 e 5 della legge n. 194 del 1978.

Ben sette « Relazioni al Parlamento sull'applicazione della legge n. 194 del 1978 » di Ministri di tutte le parti politiche (Anselmi, D.C.; Altissimo, P.L.I.; Aniasi, P.S.I.; Degan, D.C.) — succedutesi nel tempo — concordano nell'affermare che l'interruzione volontaria della gravidanza è usata in Italia come « mezzo di controllo delle nascite » e che i consultori pubblici non sono riusciti, nel loro complesso, a svolgere l'azione preventiva che era loro affidata, sia pure con modalità non esclusive.

Nel dibattito che ebbe luogo nel 1982 in Assemblea del Senato, a seguito delle interrogazioni presentate da alcuni di noi (Bompiani ed altri, n. 2-00508; Jervolino ed altri, n. 2-00509) ed anche dal senatore Gozzini (n. 2-00500), si sottolineò questo sostanziale « fallimento », se ne ricercarono le cause, si propose qualche rimedio.

Fu posto in evidenza, ad esempio, che nelle « Relazioni ministeriali » sino allora pubblicate non si faceva alcun cenno dell'opera di dissuasione dall'aborto richiesta ai consultori dal primo comma dell'articolo 5 della legge (aiutare la donna « a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza ») e dei risultati, anche minimi, ma significativi, eventualmente conseguiti; ci si chiese inoltre per quali ragioni non si trovi, nelle relazioni ministeriali, alcun dato relativo alle cause di aborto in base alla quadruplice distinzione enunciata nell'articolo 4 della legge.

Si chiedeva, inoltre, al Governo di comunicare quali interventi intendeva promuovere o effettuare, nell'ambito del proprio potere di indirizzo e coordinamento, al fine di:

organizzare una valida azione di prevenzione, non intesa esclusivamente come azione contraccettiva, ma tale da fornire un valido ed effettivo aiuto alle madri in difficoltà che desiderino portare a termine la gravidanza;

coordinare e utilizzare a tal fine l'azione dei consultori familiari superando l'attuale fase che li vede, in molte regioni, inesistenti o spesso finalizzati ad una logica di incentivazione dell'aborto;

utilizzare effettivamente ai fini di prevenzione i finanziamenti a ciò destinati dalla legge n. 194;

utilizzare, sempre ai fini di prevenzione, le forze di volontariato e lo stesso impegno dei medici obiettori di coscienza;

operare, in particolare, per la prevenzione dell'aborto nelle minorenni e perchè l'interruzione volontaria della gravidanza non sia usata come mezzo di contraccezione;

limitare il ricorso alla recidiva;

incentivare un'azione positiva di educazione al rispetto della vita.

I risultati di questo dibattito non sono stati incoraggianti, anche se è stata data nelle successive « Relazioni ministeriali » maggiore attenzione ad alcuni dei quesiti posti.

Nella relazione per il 1984 il ministro Degan ribadisce, nell'apposito capitolo sui consultori, che « è necessario perciò attuare gli articoli da 1 a 5 della legge n. 194 in modo da realizzare in forma nuova questa tutela, facendo dei consultori il luogo privilegiato di aiuto alla donna, di solidarietà verso la vita, di coordinamento delle varie iniziative di volontariato che già esistono e che in tale ottica devono essere sostenute e incoraggiate. Una riflessione di questo tipo esige un grande sforzo di convergenza, di intelligenza, e l'abbandono di ogni pregiudiziale sospetta o spirito di contrapposizione ».

Il giudizio di inattuazione della prima parte della legge n. 194 è largamente condiviso anche in altre sedi. Ad esempio nella pubblicazione « Per una procreazione responsabile », edito nel contesto dell'iniziativa

« Azione donna » del Ministero della sanità a cura del sottosegretario Magnani Noja, si legge: « L'azione sanitaria viene così capovolta: da intervento di emergenza, l'aborto si trasforma in metodica contraccettiva di rifugio che annulla e vanifica tutte le altre, la cui funzione, al contrario, sarebbe proprio di prevenire la gravidanza e impedire l'aborto » (pag. 98).

In un recente convegno il senatore Giovanni Berlinguer ha dichiarato: « ... sono preoccupato; non abbiamo centrato l'obiettivo della prevenzione. Così l'aborto è diventato un mezzo di regolazione delle nascite. In Italia, ormai, non c'è più una cultura della responsabilità. Insieme, cattolici e comunisti, dobbiamo raccogliere la sfida della difesa della vita ». (Cfr. *Famiglia Cristiana* del 13 novembre 1985, pag. 38).

Sono accenti resi ancora più espliciti dai parlamentari Onorato e Gozzini del Gruppo della sinistra indipendente; il primo ha scritto: « La legge n. 194... assumeva chiaramente anche compiti dissuasivi e preventivi. Volendo tutelare il valore sociale della maternità e la vita umana fin dal suo inizio, rifiutava l'aborto come mezzo di controllo delle nascite e proponeva alle istituzioni pubbliche e agli operatori socio-sanitari il compito di rimuovere le cause che inducono le donne a interrompere la gravidanza. Sulla base delle rilevazioni statistiche oggi disponibili è ragionevole concludere che questi compiti sono falliti ». La causa di ciò è vista da Onorato nella inefficienza dei consultori e nel « carattere burocratico della certificazione che la società rilascia attraverso il medico » per cui « il consultorio o la struttura socio-sanitaria agisce solo come fattore di decolpevolizzazione sociale..., non aiuta la coppia e tanto meno la donna... L'intervento pubblico, in tal modo, viene a svolgere più un ruolo di destrutturazione che di reale ristrutturazione della persona e della società ». (Cfr. « La legge n. 194: una difficoltà paradigmatica dello Stato sociale », in *Testimonianze* n. 274-275, pagg. 103 e 105).

Analogamente il senatore Gozzini: « Avviene così che consultori, strutture socio-sanitarie, medici di fiducia concepiscano ed esercitino i compiti loro attribuiti dalla legge in modo carente e distorto.

Quasi sempre si limitano ad una burocratica presa di atto della volontà della donna. Non è fatto il benchè minimo sforzo per studiare possibilità alternative da proporre e realizzare... » (Cfr. « Qualche proposta di modifica della legge sull'aborto », in *Testimonianze*, cit., pagg. 111-112).

Ci sembra importante, partendo da questa comune e riconosciuta inattuazione o inefficienza della prima parte della legge n. 194, cercare di capire, attraverso un'analisi attenta degli interventi consultoriali, la causa di questa disapplicazione per portarvi rimedio.

È dovuta alla estrema sanitarizzazione del servizio? Allo scontro ideologico sull'aborto, che ha condizionato pesantemente i servizi e ha provocato una sorta di blocco di subalternità nei confronti della decisione della donna, formalmente in nome del rispetto della sua libertà, sostanzialmente talvolta a causa di un'incapacità a trovare o a proporre soluzioni alternative?

È dovuto, e in che misura, ad una scarsa professionalità di operatori talora provenienti da servizi diversi, non abituati a lavorare in gruppo e su interventi preventivi? E quanto incide, su questa incapacità, il collegamento effettivo dei consultori con le altre politiche (economiche, sociali, dei servizi, della casa, ecc.) e con gli enti (Comuni, Regioni) titolari di queste competenze?

Alcuni di noi, ad esempio, sono fermamente convinti che, in mancanza di una « formazione specifica » del personale alle attività consultoriali, non potrà mai essere realizzato un « modello » di consultorio aperto alle esigenze globali della persona.

Ci sembra che una risposta a queste domande ricavata anche dalla presente indagine potrebbe consentire di passare, da una convergenza genericamente espressa sulla mancata attuazione di una politica di prevenzione all'aborto, ad una convergente proposta di iniziative perchè tale prevenzione possa verificarsi raggiungendo un duplice obiettivo: l'applicazione della « parte positiva » della legge n. 194, voluta dal Parlamento, e il miglioramento stesso dei servizi consultoriali chiamati al loro effettivo ruolo.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. È costituita la Commissione di indagine parlamentare per accertare lo stato di attuazione quantitativo e qualitativo della legge 29 luglio 1975, n. 405, istitutiva dei consultori familiari con particolare riferimento:

a) agli interventi relativi alle problematiche familiari e minorili;

b) all'azione svolta dai consultori pubblici e privati convenzionati in applicazione degli articoli 1, 2, 3, 4 e 5 della legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. La Commissione procede con i poteri ed i limiti previsti dall'articolo 82 della Costituzione.

Art. 2.

1. La Commissione propone le iniziative legislative ed amministrative che appariranno eventualmente opportune.

Art. 3.

1. La Commissione presenterà una relazione al Senato e alla Camera dei deputati entro sei mesi dal suo insediamento.

Art. 4.

1. La Commissione è composta di quindici deputati e di quindici senatori, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati. Con la stessa procedura si provvede alle sostituzioni che si rendessero necessarie in caso di dimissioni, di impedimento assoluto o di cessazione del mandato parlamentare.

2. Il Presidente è nominato, al di fuori dei trenta componenti, di comune accordo dal Presidente della Camera dei deputati e dal Presidente del Senato. La Commissione elegge nel suo seno due vice presidenti e due segretari.

Art. 5.

1. Le spese per il funzionamento della Commissione sono poste a carico, in parti uguali, del bilancio del Senato e di quello della Camera dei deputati.