



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 11

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

**12<sup>a</sup> 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

126<sup>a</sup> seduta (pomeridiana): mercoledì 18 novembre 2009

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione del presidente del Comitato nazionale di bioetica Francesco Casavola**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>	CASAVOLA . . . . .	Pag. 4, 10, 13 e <i>passim</i>
COSENTINO (PD) . . . . .	4, 7, 9 e <i>passim</i>		
BIANCHI (PD) . . . . .	5, 8		
CALABRÒ (PdL) . . . . .	8, 9		
DE LILLO (PdL) . . . . .	9, 13, 14		
D'AMBROSIO LETTIERI (PdL) . . . . .	14		
BIANCONI (PdL) . . . . .	14		

---

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

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.*

*Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il presidente del Comitato nazionale di bioetica, Francesco Casavola.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,30.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Audizione del presidente del Comitato nazionale di bioetica, Francesco Casavola**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla procedura di aborto farmacologico mediante mifepristone e prostaglandine – percorso genericamente indicato come «pillola abortiva ru486» – e valutazione della coerenza delle procedure proposte con la legislazione vigente; organizzazione dei percorsi clinici, valutazione dei dati epidemiologici anche in relazione agli studi internazionali sul rapporto rischio/benefici, sospesa nella seduta pomeridiana.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo 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. Inoltre, sarà redatto il resoconto stenografico dell'audizione, che verrà pubblicato in tempi rapidi.

Abbiamo oggi l'onore ed il piacere di audire il professor Casavola, presidente del Comitato nazionale di bioetica.

A dire la verità, per oggi era prevista anche l'audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lombardia, il quale però, questa mattina, ha fatto sapere di aver avuto un grave impedimento. Egli ha consegnato una relazione pregandomi di darne lettura, aggiungendo, come d'altronde si evince anche dalla relazione, che non avrebbe avuto molto di più da dire in relazione al fatto che la Lombardia ha preso la determinazione di non attuare alcuna sperimentazione sino a che non si sia concluso l'*iter* burocratico che prevede la possibilità di utilizzo di questa metodica.

Do quindi lettura della relazione dell'assessore Bresciani: «In riferimento all'audizione di cui all'oggetto, presso l'Aula della Commissione igiene e sanità del Senato, sull'indagine conoscitiva sulla procedura di aborto farmacologico mediante mifepristone e prostaglandine – percorso genericamente indicato come «pillola abortiva RU486» –, a causa di improvvisi, delicati ed improrogabili impegni istituzionali che richiedono la mia presenza, sono spiacente di non poter presenziare.

Come d'accordo descrivo di seguito quella che rappresenta la posizione della mia Regione.

In Regione Lombardia non è stata attivata nessuna sperimentazione in merito a tale procedura in quanto: l'Istituto superiore di sanità non ha ancora formalizzato il parere in merito alla procedura di aborto farmacologico mediante mifepristone e prostaglandine – percorso genericamente indicato come «pillola abortiva RU486» – in termini di valutazione dei dati epidemiologici anche in relazione agli studi internazionali sul rapporto rischio-benefici; la direttiva europea in materia di medicinali prevede che ogni Stato membro proceda all'autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci di mutuo riconoscimento nel rispetto della normativa nazionale relativamente all'interruzione volontaria di gravidanza. Pertanto, deve essere presa in considerazione quella che è la normativa vigente in materia di interruzione volontaria di gravidanza; l'EMEA, sulla base della richiesta di un solo Stato, la Francia, ha attivato la procedura di mutuo riconoscimento: ci si chiede come mai altri Stati non abbiano attivato tale richiesta, come spesso invece è avvenuto per diversi farmaci; non esiste una raccolta omogenea dei risultati delle sperimentazioni attivate nelle altre Regioni sulla procedura di aborto farmacologico mediante mifepristone e prostaglandine oltre ad esserci difformità valutative in termini di sicurezza di utilizzo.

Tanto premesso, ci riserviamo la lettura dei documenti relativi alla tematica di cui all'oggetto, approvati da AIFA e dal Ministero, allorché saranno pubblicati in Gazzetta.

Con i migliori saluti, Luciano Bresciani, assessore alla sanità della Regione Lombardia».

COSENTINO (PD). Signor Presidente, se ritiene posso sollevare la questione successivamente, in modo da consentire l'audizione del professor Casavola. Desidero tuttavia segnalare che vorrei comunque poter rivolgere domande all'assessore alla sanità della Regione Lombardia; quindi, in sede o di Commissione o di Ufficio di Presidenza andrà valutato se chiedere un aggiornamento dell'audizione compatibile con gli impegni dell'assessore.

PRESIDENTE. Come lei sa, senatore Cosentino, è abitudine del Presidente rinviare queste richieste alla sede opportuna perché siano valutate. Prendo atto comunque della sua richiesta.

Do ora la parola al professor Casavola.

CASAVOLA. Signor Presidente, signore senatrici e signori senatori, devo premettere di non essere abilitato a parlare nella qualità di Presidente del Comitato nazionale per la bioetica su orientamenti ed opinioni del Comitato, non essendo questo mai stato sinora investito del compito di elaborare uno studio sul tema della RU486. Esporrò pertanto non tesi personali, ma linee di profili problematici di bioetica implicati dall'introduzione del nuovo farmaco.

La prima questione che si pone è se ed in quale misura viene alterato dalla metodica del rimedio chimico l'impianto legislativo della legge n.

194 del 1978, ispirato alla tutela sociale della maternità e mirante a contrastare la pratica dell'aborto, considerata non un diritto, ma un illecito penale e legalizzato solo in via di eccezione quando, praticato in una struttura sanitaria pubblica, abbia finalità terapeutica per la salute della madre, come aveva già stabilito, prima ancora del 1978, nel 1975, la Corte costituzionale con la sentenza n. 27.

La *ratio* della legge n. 194 ha realizzato un ricorso statisticamente decrescente all'interruzione volontaria di gravidanza, anche in comparazione con altri Paesi europei.

Ora, pongo in questa sede una domanda, che porrò poi in sede di Comitato se esso vorrà aprire un gruppo tematico di studio sul tema: la disponibilità, accanto all'aborto chirurgico, dell'aborto chimico può invertire la tendenza che sinora abbiamo registrato? È eticamente rilevante la ricaduta nell'immaginario collettivo di ogni prodotto del progresso scientifico. Potrebbe apparire più invogliante l'assunzione di una pillola, piuttosto che sottoporsi ad anestesia e ad operazione chirurgica? La scelta allora sarà tutta e soltanto della donna, debitamente informata, o, insieme a lei, anche del medico curante? In ogni caso, quanto influirà nella decisione di interrompere la gravidanza una scelta della metodica da adottare, nel senso peculiare della interrogazione bioetica, cioè che sia in gioco la salute fisica e psichica della madre e non che siano invece prevalenti altre e diverse motivazioni?

La seconda questione è se l'impiego della via chimica abbia luogo in stato di ricovero ospedaliero in linea di principio precauzionale o di regola inderogabile.

La terza questione è se il legislatore intende ribadire o attenuare la *ratio legis* della legge n. 194 di prevenzione dell'aborto, che postula attività di consultorio in grado di rendere consapevole e responsabile la scelta della donna fino alla sua eventuale totale riconsiderazione.

In vista di tale esito, va problematizzata anche l'obiezione di coscienza dei medici, perché può valere, questa obiezione, sia come una non condivisione della pratica sociale dell'aborto, sia come abbandono della madre ad una scelta solitaria e non tempestivamente controllata.

Questo è quel che mi sento di dire in questo momento.

PRESIDENTE. La sua relazione è stata sintetica, ma a mio parere ha scagliato macigni sugli argomenti oggetto delle riflessioni che credo siano di tutti i componenti della Commissione. Lasciando spazio ai quesiti dei senatori, ricordo che per prassi si risponde in maniera unica al termine di tutte le domande.

BIANCHI (PD). Desidero ringraziare il professor Casavola, in quanto ho molto apprezzato il fatto che abbia puntualizzato quale oggettivamente è stata la missione della legge n. 194 del 1978. Vorrei ricordare, come lui diceva, che secondo la legge n. 194 l'aborto è un illecito penale e che la n. 194 è una buona legge che serve anche a prevenire l'aborto. In essa sono previsti dei meccanismi per cui la donna dovrebbe essere messa nelle

condizioni di non arrivare all'aborto; questo è uno dei motivi per cui all'inizio di questo ciclo di audizioni ho detto che forse andrebbero trovate maggiori risorse per la piena attuazione della legge n. 194. Infatti, negli anni non è stata la legge a non esser moderna, ma sicuramente i mezzi con cui la legge ha operato devono essere modificati, visto che in Italia gli aborti sono soprattutto presenti tra le giovanissime e tra le donne immigrate, per cui occorre rivedere il meccanismo di azione dei consultori anche in relazione ai possibili cambiamenti delle modalità di aborto, perché differente è un aborto chimico dal punto di vista operativo rispetto ad un aborto chirurgico, che obbliga comunque la donna a rivolgersi a delle strutture ospedaliere e comunque ad un operatore sanitario.

Lei ha posto delle questioni interessanti, ad esempio su quanto influisce la metodica sulla scelta della donna. Questo è uno dei punti che destano in noi una certa preoccupazione, perché approvando delle leggi comunque determiniamo dei comportamenti sociali e comunque apriamo la strada ad un cambiamento di attitudine, di mentalità e di costumi; credo quindi che questa sia una delle questioni più importanti che lei ci ha posto e su cui vorrei una sua, anche se personale, opinione.

Le chiederei, inoltre, quanto sia importante l'abbandono della madre, perché ritengo che, al di là della sede in cui dovrebbe avvenire l'aborto chimico, che potrebbe anche essere non ospedaliera per quanto mi riguarda, è importante che la donna non sia lasciata sola e che comunque sia seguita da professionisti che possano aiutarla, proprio perché la legge n. 194 non vuole determinare l'aborto, ma andare incontro ad una madre in difficoltà.

PRESIDENTE. Ritengo molto opportuno che lei, professor Casavola, abbia indicato delle contingenze, che in America chiamano *convenience*, che possono influenzare questa scelta, proprio per quella che è la strada del medico curante e della metodica. In questa ottica, vorrei sapere quanto può essere, a suo parere, rilevante in questo senso il consenso informato e quindi l'opportuno criterio di conformare il consenso informato. Non so se sia scientificamente noto a lei o ai componenti della Commissione, qualora dovessero affrontare un intervento decisionale, ma mi pare opportuno osservare che la differenza fra le due metodologie è che quella chirurgica non appena iniziata diviene un atto senza ritorno, è cioè un atto concluso in se stesso, mentre quella farmacologica nell'ambito del suo percorso ha una fase di latenza più o meno prolungata che come minimo è di due giorni, ma dal suo inizio comunque non c'è possibilità di ritorno. Mi è parso molto importante che lei abbia ribadito la possibilità di attenuare o rinforzare la legge n. 194 del 1978 in tutte le sue parti, quindi non solo quelle legate meramente all'esecuzione dell'atto chirurgico medico; vorrei sapere se ci sono particolari suggerimenti o rilievi sulle parti non applicate o non applicate in modo soddisfacente nel campo della prevenzione.

Un altro problema che lei ha posto ed è a mio parere importante è quello relativo all'obiezione; le chiedo di approfondire ulteriormente que-

sto aspetto, anche se so benissimo che risponde a titolo personale. Come dovrebbe essere interpretato il criterio dell'obiezione alla luce dell'introduzione di questa nuova metodologia? Infine, mi pare importante notare che questa metodica, adottata in diversi Paesi, seppur con delle differenze, ormai da vent'anni, anche se non ha sopravanzato la precedente, viene applicata secondo delle indicazioni; vorrei sapere se ritiene che vi siano indicazioni specifiche sul diversificare i due metodi e quale rilievo ciò possa avere nelle scelte delle pazienti.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, vorrei porre due domande. Sono colpito, professor Casavola, dalla sua affermazione secondo la quale la metodica usata può influenzare il comportamento e la scelta della donna: vorrei quindi chiederle in quale misura può farlo e perché lei fa questa valutazione. Concordo sulle premesse relative alla legge n. 194 del 1978 che lei ha formulato. A mio parere, ma anche a parere del ministro Sacconi, che è stato audito nella prima seduta di questa indagine, la legge n. 194 si è rivelata una buona legge, anche perché ha avuto l'effetto, nel corso degli anni, di determinare un contenimento, un vincolo, una riduzione delle interruzioni di gravidanza; quindi, evidentemente è una legge equilibrata che ha svolto la sua funzione. Personalmente non credo, per la mia esperienza, per i contatti che ho avuto e per le informazioni che ricevo, che la decisione della donna, quando fa la scelta dell'aborto, nel quadro della legge n. 194, sia determinata dal tipo di metodica usata: penso siano altre e forse più terribili le ragioni d'incertezza, di sofferenza e di angoscia che portano la donna, alla fine di un percorso previsto dalla legge, dopo le informazioni necessarie e dopo i contatti avuti, ad assumere questa decisione, che credo per una donna non sia mai semplice. Sono dunque sorpreso e davvero mi chiederei se vi siano elementi oggettivi o se sia solo una sua personale valutazione quella di ritenere che una diversa metodica sposti il tema di un dubbio che investe la coscienza della donna e una decisione comunque difficile. È una domanda che mi sono posto ascoltandola, perché ciò metterebbe in discussione i convincimenti che mi sono fatto finora e francamente mi verrebbe da pensare che forse in questo caso lo Stato dovrebbe costringere a soluzioni sempre più complesse pur di riuscire ad evitare un alto numero di aborti, ma in tal modo si rischierebbe di cadere nel vecchio meccanismo che lo Stato aveva innescato proibendo l'aborto e quindi rendendo possibili gli aborti clandestini, che anzi erano più numerosi di quanto non sia oggi l'aborto legale. Dunque, sul punto vorrei un chiarimento.

La seconda osservazione concerne una curiosa situazione, emersa nel corso delle audizioni, di cui non so se il Comitato di bioetica o il professor Casavola si siano mai occupati, che vorrei sapere se al professore pare eticamente equa. Mi riferisco alla situazione per cui il legittimo, doveroso e necessario riconoscimento di un diritto all'obiezione da parte del medico, previsto nella legge n. 194, ha prodotto, nel corso degli anni, la scelta della strada dell'obiezione da parte della maggioranza degli operatori sanitari. Non credo vi siano medici che scelgono di praticare l'aborto

per un qualche desiderio in tal senso. Immagino che, pur sentendo anch'essi, come le donne che si sottopongono all'intervento, la sofferenza e il trauma di una simile decisione, lo facciano per una finalità sociale e di solidarietà umana verso la donna che ne ha bisogno, per la volontà di garantire, nel quadro della legge n. 194, il diritto alla cura e all'assistenza anche attraverso l'aborto, inteso in questo caso come cura o alternativa alla sofferenza delle donne e ai rischi per la loro salute, fisica e psichica. Dunque, costoro svolgono un compito previsto dalla legge, necessario, che un tempo si espletava clandestinamente a pagamento e che oggi si adempie nelle strutture pubbliche con il proprio impegno professionale. Forse sbaglio e mi domando se il professor Casavola sia più informato di me, ma non vi è dell'ingiustizia nel fatto che questi medici lavorino di più, siano meno premiati professionalmente, effettuino interventi che portano sofferenza senza avere la libertà di un'obiezione di coscienza che porta poi, magari, a trovare, come è capitato (e il Presidente lo ha citato in una delle ultime sedute), un medico obiettore di coscienza che pratica illegalmente e privatamente l'aborto?

Non sarebbe necessario, in un equilibrio di un quadro etico, anche trovare le forme per riconoscere il valore di chi si fa carico di un bisogno delle donne nel servizio pubblico, facendo sì che non sia solo svantaggiato da questa scelta? Si tratta di una scelta che può essere moralmente ed eticamente non condivisa; tuttavia, a mio parere, andrebbe dato un riconoscimento a chi in questi anni si è impegnato in tal senso, spesso anche a scapito della propria carriera professionale.

PRESIDENTE. Lentamente stiamo digerendo i macigni e quindi la senatrice Bianchi chiede nuovamente di intervenire.

BIANCHI (PD). Signor Presidente, relativamente alla domanda posta inizialmente dal senatore Cosentino, concordo che forse la metodica non influisce in una donna adulta, che ha sicuramente la criticità per capire il momento ed effettuare scelte consapevoli, ma vorrei porre la stessa domanda riferendola alle adolescenti, cui maggiormente va il mio pensiero, tra le quali peraltro gli aborti sono in aumento. Non vorrei infatti, sia per esperienze personali che di colleghi che hanno figli adolescenti, i quali seguono nelle scuole anche corsi di educazione sessuale, che venisse portato avanti il principio che abortire con la pillola è più semplice, come in qualche occasione si è sostenuto, tanto che ci sono genitori che protestano in proposito. Chiedo allora se su una giovane, che sicuramente ha una capacità critica ancora non ben sviluppata, la metodica possa diventare un fattore negativo.

CALABRÒ (PdL). Signor Presidente, desidero ringraziare il professor Casavola per come ha svolto il suo intervento, per il modo in cui ha posto alcuni interrogativi forti, significativi. Non mi sembra che il professor Casavola abbia tratto conclusioni, né – e mi rivolgo al senatore Cosentino – mi è parso che nelle parole del professor Casavola vi fosse la



valutazione che il metodo chimico possa facilitare il ricorso all'aborto. Ritengo che quando si effettua una scelta con coscienza e libertà, si ha dinanzi un panorama ampio, nell'ambito del quale vi è sicuramente anche questa metodica. Il dramma è il dramma, e nel valutare le soluzioni al dramma che si sta affrontando possono esservi soluzioni che indirizzano più facilmente in una direzione piuttosto che in un'altra e, personalmente, ritengo che questo rischio si possa correre. Tuttavia, desidero sottolineare che non mi è parso questo il senso dell'intervento del professor Casavola, il quale ha evidenziato un problema che probabilmente la Commissione dovrà porsi, stabilendo se una valutazione del genere debba essere formulata nelle conclusioni dell'indagine o rimanere un quesito da approfondire successivamente.

Nutro poi profonde perplessità sull'idea che si possa entrare nella logica del Sistema sanitario nazionale creando meccanismi di premialità nei confronti di alcuni.

COSENTINO (PD). Ponevo delle domande, non aprivo un dibattito tra noi. Questo avverrà al termine delle audizioni.

CALABRÒ (PdL). Tuttavia, penso che questi quesiti lascino delle perplessità e che queste perplessità necessitino chiarimenti. Immaginare che nell'ambito del Sistema sanitario nazionale vi siano funzioni più sociali rispetto ad altre mi sembra estremamente pericoloso e penso quindi che non possa esistere alcun criterio di premialità per alcune funzioni rispetto ad altre.

Infine, non so con quali modalità il Comitato nazionale di bioetica immagini di avviare i lavori su una determinata tematica: il professor Casavola ha esordito dicendo che non parlava a nome del Comitato, perché al Comitato non è stato richiesto di lavorare sulla RU486. Tuttavia, a prescindere dalle richieste che possono venire dal Governo o dal Parlamento, se vi è una autonomia, vorrei chiedere al professor Casavola se ritenga di proporre al Comitato di affrontare le tematiche di bioetica che questo problema pone, che, come è stato sottolineato, sono di notevolissima importanza e certo non possono essere risolte nell'ambito di un'audizione, né del lavoro che la Commissione sta svolgendo. Penso che potrebbe essere un contributo molto utile che il Comitato può fornire.

DE LILLO (PdL). Vorrei sottolineare l'aspetto dell'obiezione di coscienza con particolare riguardo alla figura del farmacista, giacché per l'operatore medico tale diritto è ormai assodato, per quanto riguarda sia l'aborto chirurgico che l'aborto farmacologico e la contraccezione d'emergenza, in particolare con una dichiarazione del Comitato per la bioetica del 2004. Penso sia opportuno sottolineare come sia doveroso consentire l'obiezione di coscienza al farmacista e a tutti gli operatori sanitari, così come la legge n. 194 del 1978 prevede. Ritengo che non ci sia bisogno di ulteriori normative, ma vorrei conoscere in proposito il pensiero del professor Casavola.

PRESIDENTE. Ringraziandola ancora per il suo intervento, professor Casavola, vorrei chiarire che nelle domande dei senatori sono contenute alcune riflessioni personali che ovviamente non vanno considerate altrimenti e sono posti quesiti specifici a cui è stato invitato a rispondere sia per quanto ritiene personalmente, sia per quanto desidera rappresentare nell'ambito del Comitato.

CASAVOLA. Ciascuno di voi ha trattato un aspetto che ha una sua autonomia. La senatrice Bianchi pone il problema dell'influenza della legge n. 194 del 1978, ma in generale della legge, sul costume sociale. Vorrei dire che per antichissima tradizione la legge è sempre stata intesa non come il prodotto di una volontà generale o di una maggioranza democratica, ma come l'espressione di un alto monito morale che diventa un obbligo attraverso la veste della legge. Una definizione che è andata in uso per secoli è *lex ipsa pedagogus*, cioè la legge insegna, la legge è maestra. Noi dovremo liberarci da questa eredità, perché una legge democratica non pretende di esprimere un insegnamento morale: la legge democratica interviene a mediare tra diverse posizioni morali e diversi interessi che altrimenti lacererebbero la coesione della società, restando al suo interno, direi, semmai un minimo etico. Di conseguenza, ecco che nel caso della legge n. 194 la legge non ripropone in altre forme la riprovazione morale dell'aborto, perché in questo caso dovrebbe non occuparsi dell'aborto come intervento legalizzato, ma dell'aborto come illecito *tout court*. Allora, ecco che, se si vuole tutelare una valutazione etica di questo comportamento in maniera assolutamente coerente con determinati presupposti, bisogna agire sulla società, scegliere le vie dell'educazione, della persuasione generale, ma non la via della legge. Così, la legge n. 194, se vuole raggiungere quella *ratio legis*, cioè quella finalità che si formalizza di prevenire l'aborto, deve essere accompagnata da un'educazione della società, altrimenti fa soltanto quel poco che fa. Dirò subito, ricollegandomi anche al codicillo dell'intervento della senatrice Bianchi, che ci troviamo in una società in cui questo problema non tocca le donne adulte, ma le adolescenti: il problema della gravidanza precoce negli Stati Uniti è diventato un problema scolastico: prima ancora di arrivare agli esami di conclusione di un ciclo scolastico, buona parte di queste ragazze sono gravide. Di qui la necessità di una educazione sessuale precocissima; è di questi giorni la notizia che in Inghilterra l'educazione alla sessualità comincia dai bambini di cinque anni di età, figurarsi come deve poter progredire. Oltre alle adolescenti, però, vi sono le donne immigrate, le quali non hanno il sostegno che hanno le donne che hanno famiglia, parentela, una rete sociale di interlocutori; quindi, è chiaro che queste si trovano di fronte all'offerta più facile.

Riprendendo il discorso cui mi riporta anche il senatore Cosentino, se la nuova metodica influenzi o meno la scelta di una donna, è certo che di fronte ad una donna mediamente istruita, responsabile nella sua scelta, in cui c'è la quantificazione delle motivazioni esistenziali rispetto alle motivazioni cliniche, certamente la metodologia non dovrebbe avere questo ef-

fetto di influenza determinante, ma quando non ci si trova di fronte a questa possibilità di pesare le motivazioni esistenziali rispetto alle metodiche da usare, è chiaro che la metodica più semplice, *per os*, è una strada inclinata e non una strada in salita. Noi siamo tutte persone sufficientemente acculturate e con esperienze di vita tali da capire che è meno nocivo l'atto chirurgico, tutto sommato, perché ha una sua conclusione meccanica rispetto all'ingrediente chimico, ma fuori di questo livello la gente pensa che ingoiando una pillola si corrano meno rischi; bisognerebbe invece spiegare che se ne ingoiano due, una ha come effetto la morte del feto, l'altra ha effetto espulsivo. Non intendo prendere posizione, ma pongo la questione, che è sempre di educazione sociale: è un evento di una tale drammaticità che non sconvolge una vita individuale, ma si irraggia in tutta la società, perché determina comportamenti che possono diventare, anche se non di massa, comunque sempre più numerosi.

Il senatore Cosentino pone il problema dell'obiezione. L'obiezione di coscienza è una delle conquiste delle libertà democratiche, che non sono solo le classiche libertà dal potere pubblico, ma le libertà di coscienza, di effettuare scelte personali; allora, di fronte all'obiezione di coscienza, dico: *chapeau*. Non si può immaginare che si debbano condizionare gli obiettori di coscienza, ma è realistico dire che si crea uno squilibrio di carico d'impegno, che non è soltanto lavorativo, ma anche morale, per quelli che non fanno obiezione di coscienza e che essendo spesso minoranze esigue devono lavorare non soltanto con le loro mani di chirurghi e di ostetrici, ma anche con il peso della coscienza, perché queste cose non sono divertenti: conosco medici che soffrono terribilmente a doverlo fare. Non si possono prospettare, almeno per quella che è la mia formazione e la mia educazione, interventi autoritativi di nessun genere, non è possibile stabilire un equilibrio numerico tra obiettori e non obiettori, perché in quel caso usciremmo dalla libertà di coscienza e sarebbe tutt'altra cosa, ma bisognerebbe che, a livello di quell'educazione che auspicavo anche rispondendo alla senatrice Bianchi, si concepisse la funzione reale della obiezione di coscienza. Infatti, l'obiezione di coscienza ha anch'essa un fine educativo: dire che un medico non è disponibile a collaborare ad un'interruzione di gravidanza significa far capire che c'è qualcosa che osta ad accettare tale interruzione come intervento terapeutico nell'interesse della salute della madre. Qualcosa osta, perché, diciamo pure la verità, creiamo una presunzione di terapeuticità soprattutto quando pensiamo alla salute psichica. Infatti, per la salute fisica si constata quasi immediatamente che c'è un problema: le generazioni delle nostre madri e delle nostre nonne sapevano – l'aveva detto persino Leopardi che è «causa di morte il nascituro» – che vi sono rischi per il nascituro e per la partoriente. Ma quando si tratta di salute psichica, come facciamo ad immaginare che davvero quell'intervento salvi la futura personalità psichica? Non dico che si debba fingere una preoccupazione per la salute psichica, molte volte c'è già una condizione preparatoria di questo *vulnus* dell'integrità psichica, ad esempio la paura di dover fare i conti per la vita con il nascituro: ci sono donne che non riescono ad instaurare un rapporto psichi-

camente equilibrato e positivo con questo evento. Bisogna allora che il medico non tuteli solo se stesso: ecco, l'obiettore di coscienza che sia sollecito soltanto della coerenza personale, è privo della proiezione altruistica che dovrebbe essere propria della deontologia professionale. Pongo un problema, non sto effettuando una scelta per coloro che non obiettano contro coloro che obiettano o viceversa: dico che dobbiamo riconsiderare l'obiezione di coscienza, come società e come classe medica. Poi, quando accade che è la minoranza che lavora per questo, è facile anche colpevolizzarla e sostenere che intanto continuano gli aborti perché vi sono i medici che accettano di praticarli. Il che sarebbe ancora più ingeneroso. È comunque un problema del tutto aperto e che non va visto soltanto in una direzione e con un solo esito, perché ve ne possono essere due e in contrasto.

Invece, il presidente Tomassini ha riproposto un tema che è fondamentale e su cui il Comitato nazionale per la bioetica dibatte: quello del consenso informato. Stiamo verificando sempre più, ogni anno che passa, che non è una formula, come stava diventando e rischiava di diventare dalla Convenzione di Oviedo in poi. Cosa preoccupava soprattutto del consenso informato? La sua irrealizzabilità o realizzabilità molto parziale per la dissimmetria di preparazione e conoscenza tra paziente e medico: il medico sa tante cose, infinite cose in più rispetto al paziente; il tentativo di stabilire una comunicazione è sempre molto approssimativo e si va a finire ad un punto morto, perché se il paziente, vigile e consapevole (non quello che non ha possibilità di reagire ad un'opinione diversa dalla propria) persiste, il medico che fa? Alza la bandiera bianca, perché non può rifiutarsi, dal momento che il tema del consenso informato, quando arriva a questa frontiera, apre l'altro problema dell'autodeterminazione, che è un principio addirittura costituzionale.

Nel caso della donna che chiede l'interruzione della gravidanza, quindi, la realizzazione della *ratio* della legge n. 194 del 1978 è affidata ad una pura ipotesi ottativa, cioè il legislatore desidera che la legge riduca la pratica sociale dell'aborto ma, quando la donna consapevole, informata e responsabile persiste nella sua scelta, il medico deve eseguire.

E qui torna la questione delle metodiche da usare. Il Presidente pone un interrogativo con cui ci tormentiamo sempre nel Comitato nazionale per la bioetica. E altrove? Altrove, l'aborto chimico è in uso da vent'anni. Mi domando però se ogni legislatore nazionale sia un legislatore universale, vale a dire se si debba imitare tutto quello che si fa altrove e contemporaneamente allinearsi ad una linea comune, oppure se sia chiamato ad esprimere i bisogni della società in cui opera, per cui è legittimato democraticamente. Quando parliamo di questi casi, ci riferiamo a due scenari diversi: quello euroamericano, lo scenario occidentale, e quello europeo limitandoci anche a distinguere tra l'Europa mediterranea, di tradizione latina, e quella nordica, e riscontrando diversità di prassi e di comportamenti. Ebbene, che facciamo? Ci facciamo venire il complesso di inferiorità, rilevando che noi italiani siamo impediti di fare quello che invece fanno i francesi o gli spagnoli? Oppure, ancora una volta, non

solo il legislatore, ma anche tutti coloro che dibattono nell'opinione pubblica di questi temi devono cominciare a distinguere tra quello che la legge può fare e quello che invece deve fare un'educazione sociale e le grandi persuasioni generali. Se si arriva a questo punto, può anche darsi che, sotto la spinta della modernizzazione che non conosce frontiere e che ormai emulsiona tutti i tipi di società nazionale entro modelli unici, si arrivi a superare anche l'obiezione che da vent'anni altrove si fa; qui adesso abbiamo dei problemi.

Mi rivolgo al senatore Calabrò per dire che certamente, soprattutto dopo questa audizione, proporrò al Comitato nazionale per la bioetica di aprire un gruppo tematico su tutti questi problemi, giovandoci poi anche dei risultati dell'indagine conoscitiva che state conducendo.

Il senatore De Lillo ha posto il problema dell'obiezione del farmacista, che è già cosa diversa rispetto all'obiezione del medico che deve intervenire, dell'ostetrico e del chirurgo. L'obiezione del farmacista più chiaramente esprime la strategia del rendere difficile la reperibilità in commercio di un farmaco. Se mi consentite il paragone e il termine, è come boicottare una merce. Il problema è allora se il farmaco è dispensato dalle farmacie o deve essere dispensato soltanto in sede ospedaliera, come avviene per tanti farmaci: basti pensare ad una classe di psicofarmaci che non si possono comprare in farmacia, per cui bisogna andare in ospedale, dove vengono dispensati sulla base della richiesta del centro di salute mentale competente sul territorio in cui vive il malato. In tal caso, il discorso cambierebbe rispetto al dire che un farmaco si può comprare in farmacia e il farmacista, che è contrario al risultato finale dell'assunzione del farmaco, può fare obiezione e decidere che quel farmaco non lo vende.

CASENTINO (PD). E il farmacista ospedaliero, cioè dipendente dell'ospedale?

CASAVOLA. Non sono un medico, pertanto lo dico solo da profano, ma il farmacista dipendente dell'ospedale dovrebbe applicare quanto previsto dal regime ospedaliero, perché quando si entra in ospedale è come se si uscisse da un territorio abitato da tutti e si entrasse in un territorio governato da regole proprie. Credo che un farmacista ospedaliero non sia proprio in questione.

DE LILLO (PdL). Al contrario, la legge n. 194 del 1978, all'articolo 9, parla di obiezione di coscienza non per i medici, ma per gli operatori sanitari, altrimenti il legislatore avrebbe parlato di medici.

PRESIDENTE. Mi permetto di aggiungere, anche se la questione non è così facilmente dirimibile, che ha ragione il senatore De Lillo quando dice che l'estensione dell'obiezione di coscienza è a tutto il personale. Avendo fatto il direttore sanitario per tanti anni posso confermare che in realtà è così; poi, di fatto, si è cercato di operare una odiosa differenziazione stabilendo fin dove l'atto non prevede un legame con l'esecu-

zione dell'intervento e dove invece diventa preponderante sull'esecuzione dell'intervento, basando poi su questa l'obiezione di coscienza. Sia ben chiaro, però, che dico questo per informazione su quella che attualmente è la prassi, ma non saprei come questa prassi si potrebbe declinare nella metodica medica, che prevede una fornitura della farmacia ospedaliera che discende dal presupposto di una immissione in commercio; è complicato stabilire chi poi prende quel farmaco e lo immette nella catena, che arrivi prima al medico non obiettore che lo prescrive o per lo meno che lo consegna, ma questo è il modello legislativo di cui disponiamo.

CASAVOLA. Ignoravo che il modello avesse questa rigidità, perché questo postula poi che di fronte alle tante libertà di coscienza indiscutibili ci dovrebbe essere poi quella del malato di farsi curare portando il farmaco con sé in ospedale, a meno che non ci sia un secondo farmacista che invece non fa obiezione e rende possibile dispensare il farmaco. È un problema, però, di cui non ho mai sentito parlare.

COSENTINO (PD). Questa Commissione è creativa.

BIANCONI (PdL). È la legge.

DE LILLO (PdL). È la legge n. 194, all'articolo 9, che parla di operatori sanitari.

D'AMBROSIO LETTIERI (PdL). Seguivo con particolare interesse gli interventi di tutti i colleghi e del Presidente, per cui non pensavo proprio di dover intervenire, volendo meditare su osservazioni e stimoli che suggeriscono forse più la riflessione ed il silenzio. Intervengo su un aspetto che ha posto il senatore De Lillo e che non può essere concluso in questa seduta, perché è un aspetto centrale ritornato di particolare attualità dal giorno successivo alla immissione in commercio del Levonorgestrel, cioè della cosiddetta pillola del giorno dopo, che ha riproposto, direi in modo impetuoso e forse prepotente, la tematica del diritto della professione farmaceutica all'esercizio dell'obiezione di coscienza. Mi rendo conto che anche l'autorevole e consolidata esperienza del professor Casavola rispetto al tema mostra dei punti che suggeriscono approfondimenti che faremo in altra sede. A noi non resta, in questa stessa sede, che compiacerci, come diceva il senatore Cosentino, del fatto che le sollecitazioni e gli stimoli che vengono dalla Commissione aprano scenari che meritano non solo di essere esplorati, ma anche di essere oggetto di una risposta rispetto ad una platea (lo dico anche nella mia qualità di responsabile nazionale della classe farmaceutica) con una legittima aspirazione. Vi è una divaricazione all'interno dello stesso mondo dei giuristi fra chi ritiene che la risposta al quesito se i farmacisti abbiano o meno la possibilità di esercitare questo diritto sia scritta già nella legge n. 194 del 1978; gli stessi cultori del diritto, raffinati giuristi con i quali abbiamo avuto dei confronti, sono divaricati su posizioni differenti. Personalmente ritengo, non essendo

giurista e accusando con grande umiltà la mia assoluta precarietà nella costruzione di una esperienza forte su questo versante, che la legge n. 194 non possa non essere estesa anche al farmacista. Le osservazioni che lei giustamente ha fatto in merito al diritto del cittadino trovano un mio convincimento, anche questo fonte di una divaricazione all'interno della classe farmaceutica. Ritengo che il farmacista abbia il diritto di esercitare l'obiezione di coscienza, di rivendicare un diritto al pari di tutti gli altri operatori sanitari, ma ad una condizione: che egli stesso, quando opera in regime privatistico, ovvero l'organizzazione sanitaria allorquando il farmacista è ospedaliero ed è inserito nell'apparato della sanità pubblica, garantisca il primato del diritto del cittadino all'accesso alla terapia, allorquando questa avvenga all'interno di percorsi riconosciuti dalla legge e legittimati anche da una prescrizione medica. Questo è un aspetto di tipo organizzativo che riguarda sia l'ospedale, che deve garantire la presenza del farmacista non obiettore, perché diversamente si vanificherebbe il diritto del cittadino ad ottenere la prestazione farmacologica che ha deciso di richiedere e che di fatto ha ottenuto con una prescrizione medica, sia la farmacia aperta al pubblico, il cui titolare deve garantire che nel proprio organico vi sia un farmacista non obiettore.

PRESIDENTE. L'articolo 9 della legge n. 194 del 1978 recita: «Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 e agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione». Nel prosieguo dell'articolo si dice che tale dichiarazione di obiezione deve essere presentata all'atto dell'assunzione al medico provinciale, figura però soppressa dalla legge, e al direttore sanitario e, nel caso in cui sia stata omessa, la si può esercitare a decorrere da un mese dal momento in cui la si è presentata.

Credo che questo sia stato un approfondimento molto importante e interessante, anche se chiaramente molti aspetti continuano a rimanere controversi. La relazione conclusiva dell'indagine sarà senz'altro posta anche all'evidenza del Comitato nazionale per la bioetica, che ritengo importante e che mi auguro, come mi pare sia emerso anche dal nostro confronto, si interessi al tema oggetto dell'indagine.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,30.*

