

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— VII LEGISLATURA —————

2^a COMMISSIONE

(Giustizia)

INDAGINE CONOSCITIVA SUI PROBLEMI CONCERNENTI L'ADOZIONE, L'AFFIDAMENTO FAMILIARE E L'ASSISTENZA MINORILE

(articolo 48 del Regolamento)

Resoconto stenografico

7^a SEDUTA

MARTEDÌ 19 DICEMBRE 1978

(antimeridiana)

Presidenza del Presidente VIVIANI

INDICE DEGLI ORATORI

PRESIDENTE	pag. 71, 72, 75 e <i>passim</i>	BELLINI	pag. 78, 81
DE CAROLIS (DC)	74, 77, 80 e <i>passim</i>	BENNI Luciana	71, 72, 74 e <i>passim</i>
GOZZINI (Sin. ind.)	78	LOSITO Vincenza	75, 77, 78
TEDESCO TATO' Giglia (PCI) 74, 76, 78 e <i>passim</i>		STEFANELLI	76, 78, 79 e <i>passim</i>

2^a COMMISSIONE7^o RESOCONTO STEN. (19^l dicembre 1978)

Intervengono, a norma dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza della Regione Friuli-Venezia Giulia la signora Luciana Benni, funzionario dell'Assessorato all'assistenza sociale; in rappresentanza della Regione Umbria la dottoressa Vincenza Losito, il dottor Ivano Stefanelli e la dottoressa Paola Bellini, funzionari dell'Assessorato alla sicurezza sociale.

La seduta ha inizio alle ore 10,55.

S C A M A R C I O, f.f. segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui problemi concernenti l'adozione, l'affidamento familiare e l'assistenza minorile.

Do il benvenuto alla signora Luciana Benni, funzionario dell'Assessorato all'assistenza sociale della Regione Friuli-Venezia Giulia, alla quale do la parola.

B E N N I L U C I A N A. Signor Presidente, noi abbiamo avuto una richiesta telefonica innanzitutto di aderire all'invito rivoltoci da questa Commissione di partecipare alla indagine, in secondo luogo, a prescindere dalla nostra presenza, di redigere una nota su alcuni punti: sulla situazione dei consultori familiari nella Regione (attuazione, quindi, della legge n. 405) e sulle difficoltà incontrate nell'assistenza alla maternità e all'infanzia.

Sui due punti, onorevole Presidente, vi presentiamo una nota, in data 18 dicembre, sulla realizzazione dei consultori familiari e sull'attività da essi svolta.

Posso dirle in proposito che la Regione ha approvato solo di recente la legge di attuazione e di integrazione alla normativa statale. Ciò è avvenuto solo con la legge n. 81 del 22 luglio di quest'anno, per il fatto che il Consiglio regionale non aveva approvato un primo disegno di legge. Trascorsi sei mesi, è stato presentato un altro disegno di legge che, in sede di approvazione del Governo, aveva richiesto un ulteriore appro-

fondimento su alcuni argomenti. Il provvedimento, come ho già detto, è stato definitivamente approvato il 22 luglio 1978, e da allora si è proceduto alla sua applicazione. In genere, si dice che essa sia una buona legge. Poichè si era nel periodo in cui il Parlamento stava esaminando quella che è divenuta la legge n. 194, la legge della Regione Friuli-Venezia Giulia ne ha recepito i principi fondamentali, le finalità stesse, senza indicarne gli articoli e nemmeno evidentemente, il titolo della legge, che era — ripeto — in corso di approvazione.

Attualmente, all'esame della 6^a Commissione del Consiglio regionale si trovano due disegni di legge che tendono ad introdurre alcune modifiche proprio in relazione alla approvazione della legge n. 194. La Commissione sta lavorando e quindi, per ora, non credo di poter anticipare con esattezza, su che cosa vertano tali modifiche. Posso solo dire che esse vertono in gran parte sulla menzione, diciamo, degli articoli fondamentali della legge e poi su alcuni principi che dovrebbero salvaguardare, ad esempio, lo espletamento delle mansioni da parte del personale sanitario, e via dicendo.

Ci tengo, comunque, a precisare che la parte sanitaria e la parte sociale relativa alla legge è amministrata ed è di competenza, vista la struttura della nostra Giunta regionale, dell'assessorato alla sanità, con il quale siamo in collegamento e con l'approvazione del quale è stata redatta la prima nota che abbiamo inviato.

Circa la situazione dei consultori, quindi, le posso dire che, all'inizio, l'indirizzo della Giunta è stato quello di attuare un consultorio pubblico nell'ambito di ogni consorzio sanitario. L'ambito del consorzio socio-sanitario coincide con quello delle zone socio-economiche e quindi, nella prima fase di attuazione, ne sarebbero previste dodici. Comunque, è in fase di elaborazione un documento programmatico socio-sanitario, che è inserito nell'ambito di un piano di sviluppo che il Consiglio regionale potrà cominciare a discutere nelle prossime settimane; assieme al bilancio di previsione si discuterà del piano di sviluppo e notevole parte è destinata a questo documento program-

matico. Si può dire, quindi, che non vi è ancora nulla di realizzato.

In carenza di strutture consultoriali, che sono previste dalla legge n. 405 del 1975 e dalla nostra legge n. 81, sono tuttora diffusi sul territorio della nostra Regione i consultori ex ONMI (ma questa non è una novità): ne esistono 15 a Trieste, 29 a Gorizia, 70 a Udine e 40 a Pordenone. Gli altri consultori familiari, che sono stati però realizzati tutti precedentemente all'emanazione della legge regionale (alcuni anche avviati come iniziative a titolo sperimentale) sono sette, compreso anche uno pubblico (il solo) che si trova in provincia di Trieste.

C'è un altro argomento, quello delle difficoltà incontrate nell'assistenza alla maternità e all'infanzia, ai minori. Secondo noi, sono le difficoltà connesse all'acquisizione di una documentazione idonea da parte degli enti locali al fine di impostare una programmazione organica di interventi assistenziali. Sono le difficoltà che si incontrano, credo, ovunque, connesse non solo al reperimento ma alla qualificazione di personale adatto a queste strutture e all'eventuale riqualificazione e all'impiego idoneo del personale che provenga dagli enti disciolti o in procinto di essere disciolti e connesse, ancora, ai problemi che sono collegati alla mobilità e alla possibilità di distaccare del personale da quegli enti che siano costituiti proprio per queste difficoltà.

Questo è quanto posso dire sui primi due punti.

Per quanto concerne, poi, l'adozione, posso dire che in ordine a questo problema, che dovrebbe essere di competenza dell'Assessorato all'assistenza sociale, di cui io faccio parte, siamo molto più indietro ancora.

P R E S I D E N T E . Dunque, è di vostra competenza!

B E N N I L U C I A N A . È di competenza dell'Assessorato, ma non è una competenza che gli derivi da una pienezza di funzioni. La Regione Friuli-Venezia Giulia non è in possesso di norme di attuazione dello statuto che le consentono di mettere in atto il dettato della legge sulla riforma n. 382

o del decreto n. 616 del 1977 che trasferisce agli enti locali la competenza in questa e in altre materie. Le norme di attuazione non le abbiamo. I decreti che trasferiscono anche alla nostra Regione questi compiti non sono ancora stati emanati. È di questi giorni, però, la notizia che la Commissione paritetica, costituita da rappresentanti dello Stato e da rappresentanti della Regione, è al lavoro e sembra che l'indirizzo sia quello di non procedere *in toto* all'assegnazione dei compiti, ovvero alla formulazione di questi decreti, ma di procedere ad uno stralcio che dia una regolamentazione o dia la possibilità, in presenza degli enti da sciogliere, di sistemare almeno quella partita. Mi risulta che la Commissione si sia riunita ai primi di dicembre e che stia lavorando.

Noi tutti confidiamo, quindi, in primo luogo in questi adempimenti, dai quali discende, poi, la possibilità per la Regione di operare nella pienezza delle funzioni e della competenza.

È ovvio che, in carenza delle norme di attuazione, qualcosa si potrebbe fare. E, cominciando brevemente dalla fine delle conclusioni contenute nella nostra nota, posso dire che proprio in fase di riordino e riassetto di tutta la nostra legislazione regionale in materia assistenziale stiamo considerando la possibilità di dedicarne una parte almeno a quel settore in cui riteniamo che la Regione possa avere un ruolo più qualificante: quello degli affidi familiari. Le dirò, signor Presidente, che è stato fatto proprio dalla nostra Regione il principio sostenuto dagli enti locali, che abbiamo sentito e con i quali ci siamo messi in collegamento: essere, cioè, l'affido familiare a scopo educativo competenza da affidare, se non esclusivamente, in misura senz'altro preminente all'ente locale, ritenendo peraltro che gli organi giurisdizionali dei minorenni debbano essere informati e che possano e debbano intervenire al momento opportuno nel caso si verificassero conflitti. Queste sono cose ovvie. Perché noi riteniamo che siano da affidare agli enti locali quei compiti che sono connessi alla finalità che si intende perseguire con l'istituto dell'affido, che è quella di dare ad ogni fanciullo la possibilità e la ca-

pacità di formare la sua personalità e la sua educazione.

Sulle altre materie abbiamo interpellato gli enti locali, abbiamo avviato dei colloqui. Non dobbiamo infatti dimenticare che siamo ai primordi di questo nostro interessamento. Abbiamo quindi interpellato gli enti locali, il tribunale dei minorenni — la sede di Trieste —, abbiamo anche interpellato l'Associazione famiglie adottive e affidatarie. In merito alla necessità di rivedere la materia dell'adozione, essa si inserisce nelle difficoltà che ci sono da parte dei giudici tutelari nell'esprimersi sullo stato di abbandono per le implicazioni di ordine psicologico, morale, eccetera. Dimenticavo di dire che nella nostra Regione, per il notevole ruolo di sensibilizzazione culturale della popolazione, la legge n. 431 del 1967 ha conseguito dei risultati generalmente soddisfacenti, pur nelle difficoltà di applicazione, che sono legate a quello che adesso dicevo.

Specie nel periodo in cui erano in vigore le norme transitorie, si è manifestata una grande sensibilità da parte delle famiglie, superiore a quelle che erano le segnalazioni di stati di adottabilità. Ma questo sembra essere un problema generale. Abbiamo riscontrato negli enti locali, e questo a detta di coloro che hanno operato nel settore, una certa riluttanza ad esprimersi sull'abbandono. Anche questo, però, mi sembra un fenomeno generale. Le province sono più disponibili, proprio per il ruolo che esse svolgono, sebbene ci sia una tendenza, specie in questi ultimi anni, a salvaguardare il rapporto con la famiglia naturale, anche se questo può determinare pregiudizio nell'interesse dei minori. L'adozione ordinaria a nostro avviso è superata. Si potrebbe cioè eliminarla con opportuni miglioramenti di quella speciale.

In relazione a queste poche cose esposte, si formulano alcune indicazioni che potrebbero essere esaminate, se si riterrà che ne valga la pena: abolizione dell'istituto della adozione ordinaria; elevazione a diciotto anni (ma questo lo abbiamo letto in tutte le riviste e quindi sarà una ripetizione) della età utile per l'adottando; più precisi criteri atti ad individuare lo stato di abban-

dono del minore, perchè, anche a detta dei magistrati, non è sempre facilmente riconoscibile quando un minore si trova in tali condizioni; tempestività nelle segnalazioni ai tribunali dei minori da parte dei giudici tutelari, e di conseguenza un maggior coordinamento tra gli enti competenti. A questo proposito il procuratore della Repubblica di Trieste, dottor Giordano, ha fatto adottare alcuni accorgimenti che possono consentire di sveltire un po' questa procedura.

Sembra opportuno facilitare le procedure per l'affidamento a scopo sociale-educativo, ritenendosi che esso non debba essere considerato un intervento punitivo nei confronti della famiglia di origine, bensì un intervento assistenziale da riguardare nell'ambito di una programmazione di servizi sul territorio. Riteniamo che esso debba essere di competenza preminente degli enti locali. Il ruolo della Regione noi lo vediamo più che nella materia specifica dell'adozione, in quello di programmare. Il mio pensiero va ricollegato a quanto ho detto poco fa circa la programmazione, che dovrà trovare indicazioni proprio nel piano di sviluppo che la Regione si appresta a discutere, quindi nella pienezza delle competenze che si auspica possano essere trasferite con i decreti del Governo. Nell'attesa di tutto questo, in attesa di avere la pienezza delle competenze, noi potremmo, nell'ambito di quella legge di riordino della materia, considerare anche alcuni interventi specifici atti a prevenire il male all'origine, consentendo alla famiglia del minore, la famiglia naturale, di mantenere il più a lungo possibile i contatti e di svolgere la sua funzione, con una rete di servizi sociali idonei. Noi abbiamo già alcuni interventi assistenziali che non coprono, però, il territorio; non c'è un'organica programmazione anche se molte delle nostre leggi sono rivolte proprio a sostenere la famiglia nella sua funzione, incominciando dalla legge integrativa sugli asili nido e dal piano degli asili nido che presso la Regione sta trovando attuazione. Gli asili nido sono certamente più numerosi dei consultori, ma la legge è più vecchia. Gli asili nido cominciano a crescere un po' in ritardo di fronte alle esigenze manifestate da lungo tempo. Comun-

que potremmo fornire una documentazione sullo stato di queste strutture per la prima infanzia. Ci sono anche scuole a tempo pieno, perchè la legge regionale prevede e sostiene queste strutture che consentono alla famiglia di mantenere negli ambienti più adatti i ragazzi. Sono molto sviluppate specie nelle zone colpite dal terremoto del Friuli, si è data preminenza e preferenza alle zone terremotate per cui altri comuni, altre province sono rimaste un po' indietro, ma anche questo evidentemente è connesso con le possibilità degli enti pubblici. Abbiamo dei centri a tempo pieno ma a titolo sperimentale. Poi ci sono situazioni locali che si inseriscono nell'ambito di una programmazione organica che spetta alla Regione e possono trovare sostegno ad essere recepite perchè è evidente che la scelta è affidata all'iniziativa degli enti locali.

Alla luce di questo principio la nostra Regione sta conducendo questa sua politica, confortata da un accordo programmatico preso in sede di Consiglio, a sostegno di una giunta monocoloro costituitasi recentemente.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Vorrei chiedere chiarimenti in ordine a due punti della legge regionale, pur tenendo conto del fatto che l'applicazione di essa è appena agli inizi. Il primo riguarda l'articolo 4, sulla partecipazione degli utenti nella attività dei consultori. Inoltre vorrei conoscere la consistenza numerica della istituzionalizzazione di minori, e se in qualche modo la dottoressa Benni può dare un giudizio sulle ragioni che hanno determinato tali istituzionalizzazioni.

B E N N I L U C I A N A . Devo rifarmi a quanto dicevo prima sull'attuazione della legge. L'unico consultorio che non sia di derivazione ONMI è uno pubblico, sorto nel territorio del comune di Trieste a titolo sperimentale e che ha anticipato la legge. Però, poichè nel comune capoluogo si è passati da una Giunta di centro-sinistra a un'amministrazione guidata dalla « Lista per Trieste » e sostenuta da altre forze politiche, si è verificato un momento di arresto nella realizzazione del consultorio sperimentale e nella

adozione del suo regolamento. Un nuovo regolamento è stato ora presentato alle forze sociali presenti sul territorio. La competenza in proposito è affidata ai comuni, ma la Regione sta predisponendo un regolamento base. La partecipazione sarà uno dei principi sui quali si misurerà la capacità delle forze presenti in Consiglio, perchè la proposta di iniziativa socialista e quella d'iniziativa comunista tendono ad allargare la competenza dell'organo di partecipazione (il comitato di partecipazione: così si chiama nella legge n. 81). L'attuale legge affida all'amministrazione dell'ente locale la responsabilità della gestione.

In merito all'altro quesito, direi che il ricovero — così come per gli anziani, per i quali si sono attuate forme di assistenza domiciliare — è una scelta alternativa che si basa non sul desiderio delle famiglie di fare avere una maggiore educazione ai figli, ma, in realtà, sullo stato di abbandono — più morale che materiale — la cui consistenza sfugge persino agli operatori sociali e la cui entità non è possibile individuare. Stiamo avviando però dei contatti e ci riserviamo di approfondire l'argomento.

D E C A R O L I S . Vorrei chiedere informazioni su come si sviluppa la collaborazione con i tribunali per i minorenni: se esiste un rapporto costante, soprattutto in relazione all'affidamento familiare e alla adozione speciale.

B E N N I L U C I A N A . Abbiamo riscontrato che i contatti sono soltanto sporadici e parziali. Abbiamo ottenuto però molto dal servizio sociale dei tribunali. Per quanto riguarda la posizione dei giudici, essa si distingue da quella degli operatori sociali. L'affidamento, per il quale è considerata preminente la posizione della magistratura, viene considerato solo come anticipazione e come momento iniziale che deve, però, tendere all'adozione; non viene considerato a scopo educativo, sia pur per brevi periodi, ma come indirizzo di massima. Noi riteniamo che esso debba salvaguardare il minore solo per brevi periodi, dopo i quali egli possa rientrare in famiglia.

P R E S I D E N T E . Prendiamo atto della documentazione che la signora Benni ci ha fornito e la ringraziamo vivamente per avere accolto il nostro invito.

B E N N I L U C I A N A . Grazie a voi.

Vengono introdotti in rappresentanza della Regione Umbria la dottoressa Vincenza Losito, il dottor Ivano Stefanelli e la dottoressa Paola Belini, funzionari dell'assessorato alla sicurezza sociale.

(Segue **P R E S I D E N T E**) . Ringraziamo i funzionari dell'Assessorato alla sicurezza sociale della Regione Umbria di aver gentilmente accolto il nostro invito. In relazione al questionario inviatovi e ai disegni di legge al nostro esame sull'adozione, desidereremmo conoscere le vostre osservazioni ed avere informazioni sull'attività della Regione Umbria nel settore dell'adozione, dell'affidamento familiare e dell'assistenza minorile.

S T E F A N E L L I . La programmazione dei consultori in Umbria è stata rapportata, nella prima fase di attuazione, a un consultorio ogni 20.000 abitanti o frazione, pari a 46 consultori. I comuni e i consorzi hanno iniziato la realizzazione di queste strutture. Al momento ne risultano funzionanti 17, e un'altra decina entreranno in funzione nei mesi di dicembre e gennaio. Avremo pertanto realizzato i due terzi di quanto programmato. Abbiamo però notato una certa disparità di funzionamento. I consultori sinora realizzati non vanno infatti avanti in maniera uniforme, tant'è che vorremmo giungere a una normativa di indirizzo e di comportamento per omogeneizzare quest'attività. La richiesta dell'utenza è per il momento prevalentemente indirizzata a rendere possibile la programmazione delle nascite, o a materie connesse. È mancata in Umbria una certa forma di pubblicizzazione del servizio, cioè si è atteso troppo che la gente arrivasse al servizio e non viceversa. A questa carenza intendiamo porre rimedio: abbiamo già iniziato alcune pubblicazioni di facile accesso e stiamo programmando corsi di aggiornamento per il personale e di informa-

zione per l'utenza. Quest'attività dovrebbe esprimersi parallelamente all'attività di formazione più specifica per quanto riguarda l'attuazione della legge n. 194. Nel contempo dovrebbero realizzarsi le ultime strutture programmate, e sta avanzando il processo di distrettualizzazione. L'Umbria è divisa in 12 consorzi, 11 già funzionanti e uno che sta entrando in funzione in questi giorni. È già pronto un progetto di distrettualizzazione, che non è fisso nè rigido, ma che mediamente prevede un distretto ogni 9.000 abitanti. I primi distretti dovrebbero partire dai primi consultori realizzati.

L O S I T O V I N C E N Z A . Mi sono interessata di quanto è stato fatto dal Tribunale dei minorenni in Umbria negli ultimi 10 anni. Ho raccolto anche dati che riguardano l'andamento dell'adozione in Umbria. Consegno in proposito alla Commissione uno schema predisposto.

Quando ho parlato col Presidente del tribunale dei minorenni — che ci aiuta molto anche per la realizzazione di quanto previsto nell'articolo 23 della legge n. 616 nell'ambito della Regione — e gli ho chiesto cosa pensasse della legge sull'adozione, mi ha risposto che si tratta sicuramente di un fatto positivo, anche se si deve registrare qualche elemento negativo, soprattutto per quanto riguarda la lunghezza dell'*iter* per giungere alla conclusione dell'adozione.

I tribunali non riescono a soddisfare tutte le domande di adozione.

Di positivo c'è che nella nostra Regione è nata una consapevolezza maggiore dei diritti dei minori, dei diritti della famiglia che li lascia e dei diritti della famiglia che li accoglie. La mentalità sta cambiando; sta maturando il concetto dell'interesse dello adottando e l'interesse della popolazione verso i bambini in istituto.

In Umbria si è fatto un grande lavoro in merito alla « deistituzionalizzazione » dei ragazzi, tanto che nel 1975, per fornire una cifra, c'erano circa 4.000 ragazzi in istituto, mentre attualmente ce ne sono soltanto 1.500. E anche questi 1.500 non sono ragazzi abbandonati, ma per la maggior parte, ragazzi che si trovano in Umbria per ragioni scolastiche o di educazione (ragazzi dello

ENPAS, dell'ONAUSSI, orfani di sanitari e di maestri): i ragazzi in istituto in stato di abbandono sono una minoranza.

Le domande di adozione sono circa ottanta l'anno, e i ragazzi che si riesce a sistemare sono circa 15 all'anno. C'è una grossa selezione delle coppie che chiedono ragazzi in adozione, sulla base non solo delle condizioni di censo, ma soprattutto della maturità mentale e morale delle coppie. In Umbria, le proposte di legge sull'adozione sono state accolte con molto interesse, soprattutto per quanto riguarda l'aumento dell'età dei bambini — è sempre sembrato riduttivo il limite degli otto anni — e la diminuzione dell'età di chi adotta.

Riguardo alla questione della delinquenza minorile, devo dire che in Umbria ce n'è molto poca, così come c'è poca delinquenza dell'adulto. I nostri due grossi carceri (Perugia e Spoleto) ospitano soprattutto reclusi di altre regioni. Quindi, per noi non è molto pesante il problema della delinquenza minorile, anche se lo stiamo studiando molto attentamente, soprattutto nell'imminenza del 1° gennaio 1979, cioè dell'avvio dei nuovi compiti del Comune; la Regione è collegata al Tribunale minorile e deve aiutare i comprensori e i comuni a partire « col piede giusto ».

C'è da dire che tutti i problemi sono stati affrontati con grande serenità e c'è da rilevare che in Umbria non si sono verificati casi di minori affidati dai genitori naturali a coppie che poi hanno richiesto l'adozione, mentre questo è avvenuto in altre grandi Regioni.

Nel nostro arduo cammino, intrapreso proficuamente insieme al Tribunale minorile, ci è stata di molto aiuto la legge n. 12 del 1973, che è stata aggiornata nel 1977.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A .
Per quanto riguarda i consultori, il dottor Stefanelli, tra le indicazioni che ci ha fornito circa la verifica da compiere, ha sottolineato la necessità di superare una certa unilateralità nella richiesta degli utenti, che, spontaneamente, si indirizza soprattutto verso certi problemi.

Vorrei sapere a questo proposito quali settori e quali servizi, al di là dell'azione informativa, pensate di potenziare nell'ambito dell'attività consultoriale. Vorrei poi sapere come si è arrivati alla esperienza fondamentale della « deistituzionalizzazione » dei ragazzi, che è avvenuta in un tempo recente ed ha comportato un intenso lavoro.

S T E F A N E L L I . Noi riteniamo — e l'abbiamo di fatto sancito nella nostra programmazione regionale con la legge n. 54 — che il Consultorio non sia un servizio a sé stante ma vada inserito nell'ambito dell'attività distrettuale. In particolare, per quanto riguarda l'infanzia, la maternità e l'età evolutiva, intendiamo mettere in moto in maniera prevalente alcuni servizi. Il consultorio da un lato e, dall'altro, un'attività a livello territoriale da parte delle strutture sanitarie esistenti, in particolare gli ospedali, per la tutela della gravidanza e del periodo immediatamente successivo. E questo si dovrebbe realizzare con i dipartimenti territoriali. Però il collegamento degli ospedali con il territorio è possibile solo se nel territorio esiste un momento di aggancio. Noi rileviamo che c'è un grosso ostacolo, poiché vi è una chiusura da parte degli ospedali che per tradizione e conformazione, operano solo al proprio interno, e perchè di fatto sul territorio non vi sono altri servizi ai quali collegarsi.

Non è opportuno, almeno per il momento puntare su certi servizi del consultorio. Il consultorio deve anzitutto servire a garantire la pianificazione delle nascite e la pianificazione familiare, come è suo compito specifico, ma nello stesso tempo deve collegarsi a tutte le altre attività del distretto; e per questo non deve ingigantirsi, ma deve essere in grado di dare risposte immediate e di fare da filtro e da indirizzo alle strutture in grado di approfondire determinati aspetti del problema. In altri termini, occorre avvalersi di altre strutture (ospedali, ambulatori, centri di igiene mentale, per quanto concerne problemi psichiatrici); ma questo è possibile solo se il consultorio e, successivamente, anche il distretto, riescono a svolgere i loro compiti. Purtroppo, ci si rivolge al consultorio

soltanto in determinate situazioni e soltanto da parte di alcuni strati sociali; ad esempio, il consultorio che registra la massima affluenza in Umbria è quello di Perugia, che è situato accanto all'università ed è frequentato da studenti e da studentesse; e questo è un fatto positivo, ma è anche negativo, poiché significa che non si riesce a permeare altri strati sociali.

Abbiamo constatato che l'entrata in vigore della legge n. 194 ha comportato una « pubblicizzazione » e un maggior lavoro dei consultori, ma nello stesso tempo è mancata l'informazione, che non significa soltanto erogazione di notizie, ma crescita, recupero del rapporto consultorio-utente, e discussione. L'Umbria è una regione piccola, con una popolazione di 800 mila abitanti, quasi come un quartiere di Roma, distribuita però su un territorio più vasto; i due terzi dei comuni hanno una popolazione al di sotto dei cinquemila abitanti. Ci sono scarse possibilità di aggregazione, tanto che in queste zone l'attività del consultorio stenta, in genere, a trovare richiesta. Abbiamo dovuto fare grosse battaglie per gli asili nido, che in molte zone non erano voluti; ora che siamo riusciti a farli, li vogliono tutti.

DE CAROLIS. La dottoressa Losito ci ha detto che i bambini in istituto sono attualmente circa 1.500, contro i 4.000 di qualche anno fa. Vorrei sapere che fine hanno fatto i bambini che non si trovano più in istituto.

LOSITO VINCENZA. I due brefotrofi esistenti in Umbria sono stati chiusi, e i bambini in essi ricoverati sono stati dati in affidamento preadottivo, oppure sono stati recuperati dalle famiglie di origine. Questo è un fatto molto importante. Nel periodo di transizione è stata mantenuta una struttura intermedia nei brefotrofi, cioè una struttura diurna e, in pochissimi casi e per pochissimo tempo, anche una struttura notturna. In questo modo si è facilitato il lavoro delle madri e delle famiglie che volevano prendere in affidamento o in adozione il bambino. Molti dei bambini ricoverati in istituto sono stati dichiarati in stato di com-

pleto abbandono, e quindi in stato di adottabilità. Dallo schema che abbiamo fornito alla Commissione, si può vedere che le cifre relative ai bambini in stato di abbandono sono sempre più basse, appunto perchè i bambini vengono dati in affidamento, in preadozione o in adozione.

L'Umbria è una Regione preferita da molti per la sua discreta vastità territoriale, perchè ha anche una struttura agricola, è suddivisa in tanti comuni ed è caratterizzata dal rapporto umano che intercorre tra le amministrazioni e gli amministrati. Per questi motivi abbiamo avuto molti bambini ospitati da altre regioni.

Finchè è stato possibile sono stati restituiti i bambini alle regioni d'origine, anche perchè i principi della nostra legge n. 12, il cui testo ho consegnato alla Presidenza nella sua forma aggiornata, sono quelli dell'assistenza all'individuo, al cittadino, in qualsiasi condizione esso sia, nel suo luogo d'origine, fino a quando ciò sia possibile, in modo da non allontanarlo dal suo nucleo familiare. Ecco quindi che la suddetta legge ci ha aiutati a sistemare quei bambini ed i Tribunali per i minorenni hanno lavorato molto, con le Province ed i Comuni, per poterli restituire; salvo quelli che sono tornati nel paese d'origine, dove sarà stato lo stesso Comune a sistemarli. Però né Comuni né Province hanno mai restituito bambini alle altre Regioni senza precisare quale fosse la loro destinazione.

La Regione ha inoltre formulato un'altra legge, nella quale vengono indicati anche degli orientamenti agli istituti, in modo che possano essere seguiti con maggiore esattezza i rapporti che i bambini hanno con le famiglie d'origine. È previsto anche il controllo dei registri di presenza, nei quali le famiglie dovrebbero, ogni qualvolta vanno a prelevare il bambino, o semplicemente a visitarlo, apporre la propria firma, in modo da poter avere subito, grosso modo, un orientamento circa quello che è, se non l'abbandono completo, il semiabbandono, che a volte si verifica per i soggetti che si trovano in istituto.

Rispondendo alla senatrice Tedesco Tatò, debbo dire che abbiamo anche una specie di

2^a COMMISSIONE7° RESOCONTO STEN. (19^l dicembre 1978)

comitato di vigilanza regionale, il che è molto interessante. Noi, infatti, facciamo anche parte di tale comitato.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Come è composto?

L O S I T O V I N C E N Z A . È costituito per una parte da pubblici funzionari e per una parte da esperti in varie materie, dalla pediatria all'igiene dell'ambiente, alla vita del soggetto, alla pedagogia. È insomma formato da persone esperte.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . I giudici minorili collaborano o partecipano?

L O S I T O V I N C E N Z A . Collaborano. Siamo in stretti e frequenti contatti.

G O Z Z I N I . Vorrei rivolgere tre domande.

La prima riguarda la questione dell'affidamento: ritengono opportuno l'immediato intervento dei giudici e quindi la giurisdizionalizzazione della questione, oppure pensano sia possibile, senza l'insorgere di conflitti, un intervento di natura sociale, da parte dell'ente locale?

L O S I T O V I N C E N Z A . Noi saremo molto orientati verso l'intervento dell'ente locale, che ha già le deleghe per l'assistenza; ed anche nella nostra Regione ciò può avvenire per i comuni, come ricordava il dottor Stefanelli, poco popolosi, per il rapporto esistente tra la persona che amministra e gli amministrati.

G O Z Z I N I . La seconda domanda riguarda la legge n. 194, che, estendendo le funzioni dei consultori, prevede la partecipazione del volontariato. Cosa potete dire in tal senso, anche in prospettiva?

Mi riferisco soprattutto alla partecipazione sociale ai consultori.

B E L L I N I . La partecipazione delle donne alla gestione dei consultori si verifica dappertutto. Ora ciò da un lato è cosa positiva, però rappresenta anche un difetto di

molti dei consultori stessi, nella nostra Regione, essendo la gestione lasciata al volontarismo, allo spontaneismo, che è apprezzabile, ma fino ad un certo punto. Si tratta di donne appartenenti ad un'associazione femminile, costituenti un comitato che partecipa alla gestione, con gli operatori del servizio.

G O Z Z I N I . Ma vi è un collegamento con i consigli circoscrizionali o scolastici?

L O S I T O V I N C E N Z A . Nei consultori non ancora.

G O Z Z I N I . Forse andrebbe proposto.

S T E F A N E L L I . Quello della partecipazione è un aspetto abbastanza delicato. Esistono infatti due tipi di partecipazione: la prestazione di servizi previsti nei consultori, ad esempio da parte di medici volontari e senza remunerazione; l'altra, quella vera e propria, la partecipazione alla gestione dei consultori, in collegamento con il consiglio circoscrizionale, cui è stato fatto riferimento, funzionante sostanzialmente a Perugia, Terni e Città di Castello. Altre partecipazioni alla gestione del consultorio non esistono e probabilmente non esisteranno, in quanto la nostra programmazione prevede la gestione sociale del distretto, di cui il consultorio è un aspetto.

Ora, è vero che il consultorio deve mantenere, nella esplicazione dei servizi una sua specificità; ma è altrettanto vero che, se a questo facesse riscontro una gestione partecipante ma staccata da quella del distretto, diventerebbe un corpo separato e pertanto scarsamente collegato. Occorre, quindi, una partecipazione nell'ambito del distretto, nel cui alveo trova momento d'attuazione il consultorio stesso.

G O Z Z I N I . La terza domanda riguarda la legge n. 194, in particolare per quanto concerne l'interruzione della gravidanza ed i relativi compiti previsti per i consultori, cioè la rimozione delle cause che inducono ad interrompere la gravidanza.

Nella vostra legge regionale, varata molto prima della legge n. 194, di ciò non si fa parola: mi interesserebbe quindi sapere qual è la situazione e quali le prospettive in questo senso.

STEFANELLI. Noi intanto puntiamo al potenziamento — e quando dico « potenziamento » mi riferisco sempre all'ambito del distretto — del servizio consultoriale. Per noi si tratta di un punto fermo, in quanto una delle maggiori cause che portano la legge n. 194 a funzionare soltanto nella sua seconda parte, cioè per quanto riguarda l'interruzione della gravidanza, potrebbe essere rimossa attraverso una pianificazione delle nascite, com'è ovvio: quindi, da tale punto di vista, se il consultorio riuscisse a garantire in pieno e massicciamente il servizio di contraccezione, per dirla in termini crudi, una gran parte degli aborti potrebbe essere eliminata.

Per quanto riguarda le cause sociali dell'aborto e quelle di altra natura, il discorso diventa più complesso: non può cioè essere riservato, com'è evidente, esclusivamente al consultorio ma deve essere collegato ad una serie di interventi che nella nostra Regione sono e saranno posti in atto attraverso i consorzi socio-sanitari, rispetto ai quali, perciò è possibile individuare iniziative specifiche.

L'intervento sull'ambiente, ad esempio, non può chiaramente essere riservato solo al consultorio o al distretto, a questo o a quell'altro soggetto, ma occorre una programmazione più complessiva, da parte dello Stato e della Regione, che consenta di modificare sostanzialmente il modo di vita. Ora, quindi, non mi sento di dire specificamente che cosa il consultorio fa per l'attuazione integrale della legge n. 194: diciamo che in alcuni momenti si ha il precedente della legislazione regionale, cui il senatore faceva riferimento.

Ad esempio, quando si parla di dipartimento materno-infantile, con tutti gli aspetti connessi e quindi con la tutela della gravidanza e della maternità, evidentemente si punta su una parte dell'attuazione dell'aspetto principale della legge n. 194, tendente appunto alla tutela sociale della maternità.

Per quanto riguarda l'obiettivo di evitare le interruzioni della gravidanza, questo in parte lo si potrà realizzare evitando che vengano concepiti figli non voluti; e, per il resto, attraverso quell'altro tipo di intervento, molto più globale e complessivo, che non sono in condizione, adesso, di specificare.

TEDESCO TATÒ GIGLIA. Vorrei aggiungere una, per così dire, *sub-d* domanda in relazione all'applicazione della legge n. 194.

Da informazioni raccolte durante un convegno mi sembra possa dirsi che le richieste d'interruzione della gravidanza rivolte non a medici di fiducia, bensì a consultori, in Umbria sono abbastanza consistenti. Ora mi interesserebbe sapere se, a vostro giudizio, ciò deriva esclusivamente dal fatto, già di per sé rilevante, che nella vostra Regione tale struttura è considerevolmente presente e decentrata; oppure se vi è una componente di altro tipo, cioè il dialogo col consultorio, che dalle donne verrebbe preferito al medico di fiducia.

STEFANELLI. Non abbiamo elementi certi, per rispondere con absolutezza. Posso dire che il consultorio, là dove funziona, è riuscito a stabilire un rapporto, non so se ottimale ma senz'altro positivo, con la comunità, il che fa sì che è frequentato ed assolve ai compiti connessi con l'attuazione della legge n. 194.

D'altro canto, prima dicevamo che abbiamo avuto all'inizio, ed ancora persiste, una attività di volontariato, non solo nella gestione ma anche nell'erogazione del servizio. Generalmente abbiamo medici ed operatori che volontariamente danno la loro opera nel consultorio, perchè spinti soprattutto da un impegno sociale che evidentemente li porta non ad aspettare che la gente li cerchi bensì ad andarle incontro. Ciò non accade dappertutto, come dicevamo, ma nelle città più grandi.

Esiste poi il problema, connesso, dell'obiezione di coscienza. Da noi questa si è manifestata nella percentuale del 60-65 per cento: una circostanza per la quale in Umbria, su 23 ospedali esistenti, in quattro non si

2^a COMMISSIONE7^o RESOCONTO STEN. (19^l dicembre 1978)

procede all'aborto e negli altri diciannove sì. Ora, data l'utenza, tale situazione soddisfa sostanzialmente la domanda: non ci sono liste d'attesa e via dicendo. Vi è stato qualche atteggiamento imprevisto, da parte di alcuni comuni o consorzi: ad esempio nei regolamenti che si vanno predisponendo per la gestione e il funzionamento dei consultori si affaccia qualche proposta perchè il medico e l'operatore del consultorio non sia obiettore. Noi non siamo nè contrari nè favorevoli, però guardiamo con una certa preoccupazione a tale indirizzo, ritenendo che la materia vada vagliata, per accertare dove cominci e dove finisca l'obiezione del medico: il fatto che sia obiettore, cioè, significa che non può fare alcune cose, ma può e deve farne altre. Ora, se escludessimo i medici obiettori dal consultorio, da un lato opereremmo una discriminazione ingiustificata, e dall'altro rinunceremmo alla battaglia per stabilire il limite dell'obiezione, già definito nel Convegno di luglio a Campobasso, in cui unitariamente queste cose sono state dette.

La settimana scorsa il Commissario del Governo ha approvato una delibera della Regione la quale, fra l'altro, prevede che i medici obiettori, ovunque si trovino, sono comunque tenuti a sottoscrivere le certificazioni mediche relative all'applicazione della legge n. 194 del 1978.

T E D E S C O T A T O G I G L I A . Ciò è molto interessante perchè, a tale proposito, v'è un'importante controversia interpretativa.

S T E F A N E L L I . Purtroppo, non ho una copia della delibera in quanto è stata approvata recentemente. Essa rappresenta, almeno per l'Umbria, un punto fermo, non soltanto perchè stabilisce che l'obiettore, oltre a garantire, ovviamente, l'assistenza prima e dopo l'intervento, è tenuto a rilasciare comunque la certificazione, ma anche perchè non consente di fare una battaglia sbagliata quale quella che potrebbe sintetizzarsi nello slogan: « Fuori gli obiettori dai consultori ». Noi crediamo, viceversa, che l'obiettore proprio nel consultorio trovi la massima possi-

bilità di esplicitare la sua azione di prevenzione dell'aborto, cioè quella che rimane una parte della legge n. 194, la parte transitoria, che servirà a tamponare la situazione fino a quando non si riuscirà a pianificare la famiglia in relazione alle nascite.

D E C A R O L I S . La risposta mi ha piuttosto tranquillizzato, perchè non vorrei che l'idea di questi medici che sciamano nel territorio, collegata con il rilevante numero di aborti, portasse a concludere che il consultorio espleta una funzione unilaterale.

Desidero essere informato sulle esperienze che sono state fatte dalla Regione Umbria attraverso i consultori ed, eventualmente, conoscere quali sono le intenzioni per il futuro. È vero che la tutela della maternità e, quindi, la prevenzione dell'aborto è legata ad un miglioramento generale delle condizioni di vita, tuttavia mi pare che nel frattempo, a prescindere dalla legittimità dell'aborto (comunque le forze politiche durante il dibattito sulla legge dell'aborto si sono dichiarate d'accordo) vi siano almeno tre tipi di interventi che possono essere fatti nell'ambito del consultorio o comunque delle strutture nelle quali l'attività del consultorio può essere inserita e cioè interventi di carattere medico, psicologico e sociale. Vorrei sapere se ci si muove o se si intendeva muoversi su tale linea.

S T E F A N E L L I . Si sta senz'altro procedendo in tale direzione. Il consultorio, come avviene ovunque, distribuisce prevalentemente contraccettivi; ritengo questo un obiettivo che va perseguito dal momento che, a mio avviso, attraverso la legge n. 405 è stata rilasciata la cittadinanza alla contraccezione. Naturalmente non è il solo tipo di intervento, anche se finora è quello prevalente, perchè di fatto si tende a prevenire l'aborto.

La ragione per la quale il consultorio non è stato collocato genericamente nel territorio, bensì nell'ambito di una struttura più ampia, cioè nel distretto, che è in grado di assicurare tutta una serie di altri servizi, consiste nel fatto che noi intendiamo fare

del consultorio e, quindi, della struttura della quale il consultorio fa parte, il distretto, uno strumento attraverso il quale garantire una serie di interventi, da quello medico a quello psicologico, da quello sociale a quello dell'informazione, soprattutto.

Prima ho parlato di pubblicità ed ho usato il termine nel senso di informazione sia sul ruolo, sulle capacità, sulle possibilità e sul tipo di servizi che può offrire il consultorio, sia come accrescimento di conoscenza da parte di tutti, portando avanti quell'educazione sanitaria che è fondamentale se vogliamo che certe strutture possano garantire il perseguimento degli obiettivi che ci siamo prefissi, in una dimensione più ampia che non sia soltanto medica nè genericamente sociale nè esclusivamente psicologica.

Poichè una donna che prende la pillola non è una malata, ne consegue che non ci si può orientare ad avere comunque e sempre garantito nel consultorio un medico che sia un ostetrico o ginecologo, perchè si correbbe, a mio avviso, il rischio di patologizzare situazioni che di fatto non lo sono. È importante avere nel consultorio un ristretto numero di operatori e appoggiarsi, poi, eventualmente, ad altri servizi territoriali come i centri di igiene mentale.

BELLINI. Desidero aggiungere una considerazione a quanto è stato detto. Esiste nei nostri consultori un'attività che mi sembra rilevante e che non è solo medica. Una donna che intende abortire si rivolge al consultorio, a mio parere, perchè sa che in esso troverà non solo il medico, ma una persona disponibile ad un certo discorso. Il consultorio dopo che la donna ha aborti-

to, l'aiuta a superare il trauma dell'aborto e, successivamente, viene affrontato il problema della contraccezione. Quindi, la donna che probabilmente fino allora non ha mai saputo che cosa fosse la contraccezione, da quel momento comincia ad usarla: è importante anche ai fini sociali, sottolineare questo aspetto del consultorio.

DE CAROLIS. Intendo fare soltanto un'osservazione: non carichiamo i centri di igiene mentale di troppi compiti, altrimenti si rischia che non facciano più nulla, perchè con la legge sugli stupefacenti fanno assistenza ai drogati, con la legge sulla riforma sanitaria la fanno ai malati di mente. Sono realtà che tutti conosciamo.

STEFANELLI. Siamo perfettamente d'accordo. Il Centro di igiene mentale, comunque, è una struttura che si muove nello specifico ambito della prevenzione, ed è un servizio rivolto alla cittadinanza nella stessa maniera del consultorio e, pertanto, un collegamento è necessario.

PRESIDENTE. Se non vi sono altre domande, ringrazio gli interlocutori per aver accolto il nostro invito e li assicuro che le loro interessanti informazioni e i dati che ci hanno forniti saranno tenuti nel debito conto sia dalla Commissione sia dall'Aula.

Il seguito dell'indagine è rinviato ad oggi pomeriggio.

La seduta termina alle ore 12,30.