

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

4^a SEDUTA

MARTEDÌ 28 NOVEMBRE 1978

(pomeridiana)

Presidenza del Presidente VIVIANI

—————

INDICE DEGLI ORATORI

PRESIDENTE	Pag. 43, 44, 48	<i>DI MATTEO Teresa</i>	<i>Pag. 43, 44, 45 e passim</i>
BAUSI (DC)	46		
GOZZINI (Sin. ind.)	46		
TEDESCO TATO' Giglia (PCI)	45, 47, 48		

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza della regione Campania, la dottoressa Teresa Di Matteo, dell'Assessorato alla sanità.

La seduta ha inizio alle ore 17.

BENEDETTI, *f.f. segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui problemi concernenti l'adozione, l'affidamento familiare e l'assistenza minorile.

Ascolteremo oggi, per la regione Campania, la dottoressa Teresa Di Matteo, funzionario dell'Assessorato alla sanità, alla quale rivolgiamo il nostro benvenuto. Dottoressa, lei ha ricevuto il questionario da noi inviatole?

DI MATTEO TERESA. L'ho ricevuto, ma posso rispondere solo per quanto attiene alla materia di mia competenza, cioè i consultori familiari.

PRESIDENTE. Lei potrà toccare tutti gli argomenti che riterrà, anche al di fuori del questionario, in relazione ai disegni di legge che trattano il problema dell'adozione.

DI MATTEO TERESA. Penso possa interessare alla Commissione sapere anzitutto a che punto è giunta la Regione sulla materia, per ciò che riguarda l'attività consultoriale.

La regione Campania ha approvato, l'8 agosto 1977, la legge istitutiva del servizio dei consultori nel suo ambito, cioè la legge regionale n. 44, in base alla quale entro il mese di marzo il Consiglio regionale avrebbe dovuto approvare il piano per la programmazione del servizio consultoriale medesimo. Abbiamo però avuto un grave problema, rappresentato dalla mancata definizione degli ambiti territoriali: il piano socio-sanitario, è stato approvato dalla Giunta, ma non ancora dal Consiglio regionale — anzi, è oggetto di molte controversie — per cui

era particolarmente difficile programmare il servizio, prescindendo dalla questione degli ambiti territoriali; anche perchè la legge citata prevedeva un numero minimo di consultori per ogni istituenda unità sanitaria locale e quindi abbiamo dovuto pianificare anche queste ultime.

Il nostro piano prevede 60 unità sanitarie locali e noi, tenendo presente questo dato restrittivo e valutando una serie di altre considerazioni che ci venivano proposte dalla legge, cioè quelle relative alle situazioni orografiche e territoriali, alla mortalità infantile e così via, abbiamo programmato un servizio che prevede l'istituzione di 84 sedi consultoriali fisse e di 18 mobili, così suddivise: Avellino, 11 fisse e 3 mobili; Benevento, 8 fisse e 1 mobile; Caserta, 14 fisse e 3 mobili; Napoli, 30 fisse e 3 mobili; Salerno, 21 fisse e 10 mobili. La provincia di Salerno, in senso assoluto, è quella che ha avuto il maggior numero di consultori, essendovi ampie zone molto difficili da raggiungere, infatti abbiamo curato che ogni comunità montana avesse una sede fissa o mobile di consultorio.

Essendo la nostra Regione, lo scorso anno, in crisi, il piano è stato approvato solo alla fine del giugno di quest'anno, il che spiega la situazione attuale. Al luglio 1978 il piano era stato reso esecutivo da una delibera del Consiglio regionale che aveva approvato le localizzazioni. A partire da quella data abbiamo provveduto ad inviare ad ogni sede di gestione del consultorio — cioè ai comuni, consorzi di comuni e comunità montane — lasciando ovviamente la gestione all'autonomia locale, una circolare con la quale ci richiamavamo ai primi criteri direttivi sui consultori e comunicavamo che l'ente avrebbe dovuto approvare entro una certa data — 30 settembre — con delibera comunale o consortile l'istituzione di un consultorio, unitamente al relativo regolamento, che avrebbe dovuto prevedere forme di gestione sociale.

A tale proposito, per cercare di agevolare i comuni, abbiamo inviato una bozza di regolamento, ma con valore del tutto indicativo. Al momento attuale ci hanno risposto 80 comuni su 84, inviando la relativa delibera ed il relativo regolamento. I quattro che

non hanno risposto non lo hanno fatto a causa di motivi che conosciamo: situazioni locali e nodi politici creatisi, ad esempio nella città di Napoli, dove sono stati previsti i consultori che indicavo prima e dove si è avuto una vertenza tra comune e provincia per l'utilizzazione, prevista dalla nostra legge, dell'ex ONMI. La *quérelle* dovrebbe però essere quanto prima risolta, per cui Napoli dovrebbe inviare in questi giorni la delibera relativa ai consultori. Alcuni comuni hanno già materialmente iniziato il lavoro di consultorio ed in altri si sta procedendo agli adempimenti materialmente necessari, come gli avvisi pubblici per rapporti di consulenza, per il personale e l'identificazione dei membri del comitato di gestione — avendo noi suggerito che nella gestione del consultorio fosse presente un ente che ne avesse la responsabilità giuridico-amministrativa, nonché, come comitato di gestione, l'assemblea degli utenti — e quindi stanno arrivando alla composizione dei comitati di gestione.

Questa è la situazione, al momento attuale, dei consultori nella regione Campania.

Per quanto riguarda il disegno di legge n. 1116-bis — « Accoglienza della vita umana e tutela sociale della maternità » —, che è l'unico sul quale sono competente, al momento attuale, per la nostra Regione, non mi sento di accettare in pieno un discorso del genere, perchè ritengo che andare a frammentare quel tipo di intervento potrebbe essere dannoso. Abbiamo cioè il servizio consultoriale che sorge adesso e che dovrà già fare i conti con una serie di difficoltà, specie nella nostra Regione; difficoltà che sorgeranno proprio dai possibili utenti del servizio, i quali potranno iniziare ad accettarlo come tale, a sentirsene parte, ad imparare a gestirlo, solo se si riuscirà a smussare la diffidenza iniziale, la diffidenza delle donne del Sud nei confronti di un servizio pubblico del genere. In questo ultimo caso potrà allora trovare applicazione un discorso tale da prevenire l'aborto, anche aiutando le persone materialmente, quando sia necessario: bisognerà provvedere, cioè, a tutte le spese anche per la gravidanza ed il parto, non solo a quelle per l'aborto, ponendole a carico della Regione; ed a tale

proposito vorrei dire che abbiamo approntato un disegno di legge composto di un unico articolo (in questi giorni all'esame delle Commissioni) proprio per il pagamento delle spese per tutti gli esami di laboratorio, anche i più complicati, nei casi di gravidanza a rischio. Nell'ambito dei consultori, poi, stiamo prevedendo tutte le spese di gravidanza a rischio ed un contatto stretto tra consultorio stesso e struttura ospedaliera, nella quale la donna in gravidanza a rischio potrà essere seguita; nonché una correlazione con i criteri di genetica che stanno sorgendo nell'ambito universitario. È anzi il centro di genetica che sta cercando di attuare un tipo di rapporto stretto con i consultori. Ad ogni modo, siccome abbiamo anche all'esame un seminario di aggiornamento per il personale degli stessi, che dovrebbe essere approvato in questi giorni, in quell'ambito stiamo cercando di potenziare tutta questa parte, tendendo a fornire cognizioni e ausili ai professionisti occupati nei consultori, proprio al fine di poter seguire tutte le gravidanze, di qualsiasi genere, naturalmente in stretta correlazione con le strutture abilitate allo scopo.

Io nutro grosse preoccupazioni nei confronti dei centri per la prevenzione dell'aborto previsti dall'articolo 6 del disegno di legge n. 1116-bis, temendo soprattutto — per la conoscenza che ho della nostra Regione — che possano diventare fonti di lucro da parte di alcune persone, le quali potrebbero cercare di ottenere comunque il relativo sussidio durante il periodo della gravidanza. Naturalmente si tratta di perplessità personali, che non mi sento di definire provenienti dalla Regione; però, siccome seguo l'argomento, come dicevo, e da parecchio tempo, la mia preoccupazione è molto forte, esistendo situazioni locali notevolmente difficili.

Penso di non avere altro da aggiungere.

P R E S I D E N T E. Ad ogni modo la valutazione da lei data del disegno di legge n. 1116-bis — come lei stessa ha precisato — è una valutazione personale.

D I M A T T E O T E R E S A. Ne ho discusso con i responsabili della Regione e tutti

2^a COMMISSIONE4^o RESOCONTO STEN. (28^o novembre 1978)

sono d'accordo sul contenuto di questo tipo di provvedimento. La nostra perplessità riguarda, ripeto, i centri, staccati dai consultori, non il contenuto del disegno di legge, che anzi ci sembra tale da chiarire e precisare varie cose; tanto è vero che talune iniziative da esso contemplate erano già state da noi adottate: ad esempio la reale tutela della donna che voglia portare a termine la sua gravidanza. Esistono infatti ancora molte difficoltà per chi abbia deciso di non abortire: intendo difficoltà tra la decisione e ciò che ne consegue.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Vorrei iniziare con una prima domanda, riservandosi il mio Gruppo in seguito altri quesiti.

L'articolo 5 della legge regionale n. 44 del 1977 prevede, del resto ricollegandosi anche alla linea indicata dalla legge nazionale numero 405, la possibilità di assolvere al servizio consultoriale mediante convenzione degli enti locali con istituzioni già esistenti. Vorrei allora sapere se è già in corso la definizione di una qualche convenzione di tale tipo.

D I M A T T E O T E R E S A . Al momento attuale nessuno degli enti obbligati nelle delibere d'istituzione ci ha fatto cenno di volersi convenzionare con altri consultori privati esistenti sul territorio regionale. Il comune di Napoli, come ho detto, non ha ancora redatto la sua delibera, e poichè la maggior parte dei consultori privati è proprio in Napoli città, non possiamo sapere se quel comune prevedrà nella sua delibera la suddetta possibilità.

Un solo caso è quello del comune di Giugliano, dove esiste già un centro sanitario facente capo, pur non essendone parte, al Comune stesso, che ha nel suo ambito una serie di servizi socio-sanitari già funzionanti, tra cui quello consultoriale. In questo caso il comune di Giugliano si avvarrà del servizio del centro, che, anche in applicazione della legge n. 180, opera già sul territorio. Non ci è giunta finora notizia, da parte degli enti obbligati, di altri casi. Ripeto che questa è una prima fase di realizzazione. Vi è inoltre da considerare che per la nostra legge

il programma è annuale. Tale programma, pur essendo stato presentato entro i termini, è stato tuttavia approvato in ritardo, e vale solo per il 1978. Perciò per il marzo dell'anno prossimo saremo chiamati a fare un nuovo programma, che probabilmente ricalcherà il precedente, ma che potrebbe anche contenere alcune modifiche che ci sono state richieste, quale lo sdoppiamento delle sedi consultoriali per le zone molto popolate.

Posso fare gli esempi di Scafati, in provincia di Salerno, che era stato aggregato a Nocera, che è di per sé molto popolosa; di Pozzuoli, che da sola raggiunge una soglia di 70-80 mila abitanti, alla quale sono state aggregate Baia, Bacoli, Quarto e Monte di Procida, e che quasi sicuramente chiederà uno sdoppiamento: sono situazioni che debbono essere valutate.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . La dottoressa Di Matteo ha fatto cenno ad un argomento, a mio avviso, molto interessante non solo per la Campania, cioè alle questioni che sorgono in relazione all'utilizzo delle strutture dell'ex ONMI.

Vorrei sapere in che misura tali strutture sono effettivamente funzionali per un riciclaggio in questi nuovi servizi.

D I M A T T E O T E R E S A . È necessario fare una premessa indipendentemente dal margine di utilizzo del personale di queste strutture (l'articolo 8 della nostra legge parla anche di personale). Vi sarebbero anche qui delle riserve da fare: l'ONMI è stato sciolto con la motivazione che non rispondeva allo scopo, ma il suo personale viene riciclato mandandolo in una struttura delicata come quella del consultorio. Necessariamente queste strutture, stante l'insufficienza del contributo regionale, che indubbiamente non copre tutta la spesa, dovranno essere utilizzate. Prima di proporre l'ammontare del contributo (il nostro è di 12 milioni), ho svolto una indagine conoscitiva di tipo informale dalla quale è risultato che la nostra cifra non è certo inferiore a quella erogata da altre regioni: l'Umbria ha dato 5 milioni, altrettanti, all'inizio, il Lazio, ma queste regioni hanno i consorzi sanitari che già fun-

zionano e dispongono di operatori di base validi per tutti i servizi.

È evidente che non si può pensare che l'ente gestore in una Regione come la nostra, dove non è ancora realizzato questo tipo di discorso, possa farsi carico di tutto il personale con un contributo di 12 milioni se non sul presupposto che ci sia una struttura di personale già esistente. Tale premessa, a mio parere, è indispensabile.

Esistono sedi dell'ex ONMI che non sono assolutamente agibili e che, pertanto, non sono state utilizzate da vari comuni, anche perchè in molti casi essi non erano proprietari ma affittuari. Tuttavia siamo tenuti a riciclare e utilizzare il personale dell'ex ONMI. All'uopo abbiamo predisposto gli indispensabili corsi di aggiornamento.

La famosa questione dell'ONMI, cui facevo cenno prima, nasce dal fatto che nel comune di Napoli esistono ben 12 consultori ONMI, tanti quanti sono i consultori previsti, che fanno, però, capo al Comitato provinciale e non ai comuni. Se il comune di Napoli dovesse trovare 12 sedi diverse, è evidente che questo servizio non riuscirebbe a partire, per lo meno non partirebbe adesso.

B A U S I . La dottoressa Di Matteo ci ha informati che nella sua Regione sono previste 84 sedi fisse di consultori e 18 sedi mobili. Desidero conoscere se vi sono consultori pubblici già in funzione e, in caso affermativo, quanti.

D I M A T T E O T E R E S A . Ho fatto prima una premessa. La nostra circolare ha stabilito ai comuni come limite per l'istituzione del consultorio il 30 settembre o il 15 ottobre: siamo al 28 novembre e non sono in grado di rispondere se i consultori funzionino realmente; posso soltanto dire che agli atti in possesso dell'assessorato vi sono due delibere esecutive e che mi consta personalmente (perchè vengo chiamata da vari comuni a spiegare in assemblee pubbliche la funzione del consultorio) che l'attività consultoriale si sta avviando.

Vi sono alcuni consultori sorti di spontanea iniziativa locale, a carattere popolare. Le faccio l'esempio di Pellezzano, un piccolo

comune in provincia di Salerno, dove un movimento di base ha creato un consultorio, che non era stato previsto dalla programmazione regionale, ma che è stato ugualmente inserito come associazione di fatto. La stessa cosa è avvenuta per Sant'Arpino, in provincia di Caserta, per Tribalda, per Ponticelli, dove il consultorio aveva base volontaria, e per Giugliano, che era inserito in un centro di medicina sociale finanziato dalla Regione. Il consultorio in questo centro è sorto su richiesta della base. Le donne che si erano avvalse di questo centro per il servizio per l'infanzia avevano stabilito un particolare tipo di rapporto con il personale, per cui il sorgere del consultorio è stato spontaneo. Vi sono, inoltre a Napoli, tre consultori privati: uno del rione Traiano, uno della Croce rossa ed uno presso il centro « La famiglia », della Parrocchia del Gesù, che forse è stato uno dei primi ad entrare in funzione. Non mi risulta, agli atti, che ve ne siano altri.

B A U S I . S'è parlato di gravidanza rischiosa. Cosa significa esattamente?

D I M A T T E O T E R E S A . Non sono un medico. Ritengo, tuttavia, si tratti di quelle gravidanze particolarmente rischiose, che vanno seguite possibilmente nell'ambito ospedaliero.

G O Z Z I N I . Vorrei anzitutto sapere, nell'ambito della sua esperienza, che mi pare molto significativa e diretta, ma anche nell'ambito di quelli che sono gli atti ufficiali di cui ha parlato, quali prospettive di sviluppo ha, soprattutto in ordine alla prevenzione dell'aborto, l'estensione dei compiti dei consultori previsti dalla legge n. 194.

La seconda domanda riguarda l'organizzazione del volontariato previsto e regolato dalla citata legge n. 194.

D I M A T T E O T E R E S A . Ritengo, come già ho accennato prima, che nell'ambito del consultorio sia possibile svolgere un intervento di prevenzione dell'aborto volontario e non di certificazione abortiva, che sarebbe uno sminuire il discorso sul consultorio. E questo per una

serie di ragioni. Vi sono molte donne che chiedono di abortire per cause che possono essere risolvibili. Vi sono cause di ordine psicologico che provocano blocchi, timori di malformazioni e paura di gravidanze portate male a termine. Tutto ciò può essere fugato o accertato attraverso esami specifici — per esempio attraverso quello del liquido amniotico — che sono molte volte costosi e che non si effettuano in tutte le strutture sanitarie. In questi casi, il consultorio può esplicare la sua azione di prevenzione, indirizzando la donna che voglia fare uno di questi esami e che, una volta tranquillizzata, può decidere di non abortire. Quanto, però, agli interventi assistenziali che potrebbero verificarsi per motivi strettamente economici, come nel caso di una donna che non possa portare a termine la gravidanza perchè non può lasciare il lavoro, è da valutare che si corre un grosso rischio.

Oltre a questo lavoro, mi occupo di minori e ho avuto modo di incontrare donne che costituiscono veramente casi limite.

Ultimamente ho conosciuto una donna che aspettava il dodicesimo figlio, ne aveva con sé uno di due anni, aveva dato via il figlio che le era nato nove mesi prima e la stessa cosa avrebbe fatto con quello che aspettava. Sono perfettamente d'accordo che questo è un caso limite, tuttavia non è escluso che possa capitare il caso che si facciano figli come attività lucrativa: bisogna evitare tale rischio. Ritengo, quindi, questa forma di assistenza, proprio per la conoscenza che ho molto pericolosa.

Per quanto riguarda il volontariato, l'articolo 2 della legge prevede convenzioni con società di volontariato o, addirittura, privati.

Ad Aversa, paese molto popoloso dell'entroterra casertano, dove si è sollevato il problema del volontariato, ho suggerito al comune di fare una convenzione di volontariato purchè siano esattamente previsti i compiti. Il volontariato previsto dalla legge n. 194 è concepito come una associazione per aiutare coloro che hanno problemi particolari (per esempio un figlio handicappato) e anche qui sono necessari raccordi con altri tipi di strutture. Non si tratta del volontariato del singolo.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Prendo lo spunto dall'accenno fatto dalla dottoressa Di Matteo all'azione d'intervento e prevenzione in materia di tubercolosi.

Vorrei sapere se l'orientamento della regione Campania è quello di riassorbire questo servizio specifico in tutta l'attività generale di prevenzione dei consultori oppure se ritiene, in prospettiva, di innestarla nell'azione generale relativa alla maternità.

D I M A T T E O T E R E S A . Il discorso è duplice. Noi abbiamo il dipartimento di sicurezza sociale che comprende Assessorato sanità e assistenza insieme; ne consegue che molte volte l'assistenza è frazionata e fatta con sistemi di doppioni. Ciò crea grandi difficoltà perchè facciamo lo stesso tipo di assistenza sotto voci e sotto etichette diverse.

Quindi, secondo me, sarebbe molto importante e preliminare che questo discorso fosse unificato, perchè altrimenti anche la quantificazione del fenomeno non si avrebbe completamente. La Regione ha ereditato il problema dal Ministero della sanità, che con una circolare ha dato dettami sulla cosiddetta predisposizione alla tubercolosi. Io ho lavorato 16 anni in sanatorio e pertanto mastico qualcosa di questo argomento e posso dire che la predisposizione alla tubercolosi non esiste dal punto di vista clinico. Per cui, la predisposizione della quale si parla nella circolare del Ministero e nelle altre circolari che l'hanno ricalcata, viene da noi considerata come una generica predisposizione dipendente da situazioni di vita particolari, ambienti malsani, o nel caso di bambini epilettici e denutriti, oppure ancora nel caso clinicamente abbastanza evidenziabile di bambini predisposti ad un complesso primario particolarmente massiccio, ma questi sono i casi in cui ci vorrebbe una vigilanza preventiva medica. Comunque, abbiamo una rete di istituti che svolgono già attività in questo senso. Questo aspetto va soprattutto valutato: secondo me, soltanto attraverso un'opera di educazione molto incisiva si possono ottenere risultati. Vi sono, è vero, casi limite, ma il più delle volte si tratta di una delega da parte della famiglia alla struttura pubblica; delega che avviene

2^a COMMISSIONE4^o RESOCONTO STEN. (28^o novembre 1978)

in situazioni di indigenza, ad esempio quando vi sono numerosi figli che non possono essere seguiti. È facile esprimere giudizi se si è fatto bene o si è fatto male a fornire quella data assistenza, ma va anche considerato che il non offrirla crea problemi di coscienza, oltre al fatto che vi sono aspettative, diciamo, da soddisfare da parte degli istituti stessi, che sono strutture cresciute in un certo modo, con un certo personale e che richiedono una trasformazione di questo tipo di assistenza, al fine di esser meglio utilizzate.

Posso, comunque, dire, poichè si tratta di un discorso che io seguo personalmente dal 1974-75, che all'inizio assistevamo quasi 1.500 bambini. Il Ministero della sanità aveva fornito la sua assistenza in varie Regioni, per cui pagamo rette anche fuori Regione. Abbiamo dovuto fare un primo lavoro, molto importante, per il rientro dei bambini che erano in istituti fuori Regione, poi abbiamo dovuto fare una mappa degli istituti che avevamo nella Regione e quindi fare delle convenzioni regionali anche con disposizioni ben precise sulle modalità d'oltre. Abbiamo, così, cercato di ridurre la portata dell'assistenza e, in questo momento, assistiamo 850 bambini, il ricambio dei quali è scarso; cioè i nuovi bambini non sono molti rispetto a quelli già assistiti. Cerchiamo di fare sempre più un lavoro di svecchiamento e, nei rapporti con gli istituti, stiamo conducendo un certo tipo di politica che consiste nel cercare di dare rette decenti, perchè quelle di adesso sono irrisorie, e nel cercare di ridurre il numero dei bambini in modo che l'assistenza possa essere più qualificata e meno dispersiva. Questo è quanto posso dire per il settore che seguo.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Qual è l'importo attuale delle rette?

D I M A T T E O T E R E S A . La media è molto bassa, è sulle 3.500 lire a bambino. Per alcuni istituti è di 3.800, che ora passeremo a 4.000, mentre per altri istituti è di 6.000 lire perchè vi è un tipo di rapporto privilegiato, per motivi molto obiettivi, non per favoritismo. Ciò dipende, infatti, non solo dal tipo di ser-

vizio, ma dal fatto che certi istituti impiegano personale laico con paghe sindacali ed hanno organizzazioni sindacali all'interno, per cui noi ci troviamo di fronte ad una controparte forte e quindi avviene come per i sussidi che vengono dati alle industrie in crisi che non producono. Naturalmente tutto ciò va a scapito di altri istituti, religiosi, più piccoli, di tipo più familiare che riescono a contenere le spese nella retta più modesta.

T E D E S C O T A T Ò G I G L I A . Per scoraggiare la prospettiva del ricovero quali sono le alternative che intendete offrire alle famiglie, al di là di un'azione educativa, che ovviamente non sempre può essere sufficiente per ragioni sociali obiettive?

D I M A T T E O T E R E S A . In questo momento non stiamo facendo niente. Io sono sola a fare il lavoro per i consultori e per i minori; batto a macchina le circolari, le spedisco, vado di persona in vari posti. Forse non sono cose da dire in questa sede, ma è la realtà, cioè si tratta di sacrificio personale quando si crede in quello che si fa. Spero, comunque, che in seguito si farà qualcosa nel senso detto dalla senatrice, ma per ora non posso dire altro.

P R E S I D E N T E . Poichè non vi sono altre domande, ringraziamo molto la dottoressa Di Matteo per il suo intervento e per il contributo che ha dato attraverso le notizie fornite e le valutazioni fatte, con le quali ha dimostrato la sua competenza e la sua passione.

Era anche previsto l'intervento dei rappresentanti della Regione Sardegna, i quali hanno fatto sapere di non poter venire. Pertanto, poichè non si fanno osservazioni, il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato alla prossima seduta per sentire i rappresentanti delle Regioni Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta e Abruzzo.

La seduta termina alle ore 17,40.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. RENATO BELLABARBA