Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 87

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

COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI

INDAGINE CONOSCITIVA SUI LIVELLI E I MECCANISMI DI TUTELA DEI DIRITTI UMANI, VIGENTI IN ITALIA E NELLA REALTÀ INTERNAZIONALE

97ª seduta: martedì 20 dicembre 2011

Presidenza del presidente MARCENARO

INDICE

Audizione della dottoressa Flavia Bustreo, vice direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, sul tema Politica estera e diritti umani

PRESIDENTE. . . . . *Pag.* 3, 8, 14
PERDUCA *(PD)*. 9, 12
BUSTREO. . . . . *Pag.* 4, 11, 13

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; Italia dei Valori: IdV; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Il Popolo della Libertà: PdL; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Unione Valdôtaine, Maie, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Flavia Bustreo, vice direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sul tema politica estera e diritti umani.

Presidenza del presidente MARCENARO

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione della dottoressa Flavia Bustreo, vice direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, sul tema Politica estera e diritti umani

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sospesa nella seduta del 14 dicembre scorso.

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 vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma oggi l'audizione della dottoressa Flavia Bustreo, vice direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. La dottoressa Bustreo non è solo la personalità italiana di maggior rilievo all'interno dell'OMS, ma è anche la persona che occupa una delle posizioni di maggiore responsabilità nell'insieme del sistema delle relazioni internazionali.

In questi mesi, il nostro lavoro è stato caratterizzato dall'esame di questioni riguardanti la dimensione politica e civile dei diritti umani, quella della libertà e dei grandi principi. Attraverso l'odierna seduta intendiamo però sottolineare che non abbiamo affatto dimenticato che per diritti umani si intendono anche i diritti economici e sociali e, tra questi, la grande questione della salute rappresenta senz'altro un pilastro fondamentale.

Come brevemente illustrato alla nostra ospite, l'azione della nostra Comissione - che abbiamo condiviso con le tante organizzazioni non governative attive su questo fronte - inerenti le campagne internazionali riguardanti il *Global Fund* e gli Obiettivi del Millennio delle Nazioni

Unite, nel cui quadro si inseriscono gli impegni rispettati e in alcuni casi anche "traditi" da parte del nostro Paese.

Riprendiamo quindi con questo incontro un filone di iniziative che, secondo il mio parere, dovrà caratterizzare il lavoro della nostra Commissione in questa ultima fase della legislatura.

Da questo punto di vista la presenza qui oggi della dottoressa Bustreo rappresenta per noi non solo un'occasione per approfondire i temi al centro della nostra indagine conoscitiva, ma anche un'importante opportunità per stabilire una relazione che perduri nel tempo.

Lascio quindi la parola alla dottoressa Bustreo per la sua relazione.

BUSTREO. Signor Presidente, onorevoli senatori, desidero innanzitutto ringraziarvi per l'invito e per l'opportunità offertami di interloquire con voi sul lavoro che stiamo portando avanti nell'ambito della Organizzazione mondiale della sanità.

Posso inoltre sin d'ora assicurare che l'intendimento manifestato dal Presidente affinché l'odierno incontro possa rappresentare l'inizio di un percorso di scambio e di discussione in direzione di un maggiore impegno costituisce per noi un auspicio che mi auguro possa essere confermato dalla odierna audizione.

Abbiamo predisposto una documentazione - già distribuita ai senatori - che contiene certamente molte più informazioni di quante ne riuscirò a fornire oggi con la mia relazione e che forse possono costituire la base per un futuro dialogo.

Il documento che abbiamo preparato per questa audizione è intitolato *"Family, women's and children health"* e riassume una delle domande che probabilmente molti di voi si stanno ponendo, ovvero quale sia la ragione per cui un rappresentante dell'Organizzazione mondiale della sanità intervenga oggi presso la vostra Commissione.

Chiaramente, il problema che cercherò di illustrare e che viene descritto all'interno del già citato documento, riguarda la salute delle donne e dei bambini. Occorre infatti considerare che vi sono tutt'ora nel mondo circa 350.000 donne che muoiono per complicazioni legate al parto (o durante il parto stesso) e 7,6 milioni di bambini che muoiono prima di arrivare ai cinque anni di età: e, di questi, circa quattro milioni sono neonati, hanno cioè meno di un mese.

È quindi evidente che ci stiamo riferendo ad un problema di salute pubblica che il mondo sta cercando di affrontare congiuntamente.

Se, però, mi è permesso esprimermi utilizzando le parole del Consiglio dei diritti umani, va aggiunto che questo è anche un problema che attiene ai diritti umani, perché le conoscenze, sia scientifiche che di po-

litica sanitaria, attualmente esistenti nei vari Paesi del mondo, inclusa l'Italia, ci permettono di affermare con forza che è assolutamente possibile eliminare ed evitare queste morti.

Tali decessi nell'attuale mondo globalizzato riflettono infatti un sistema caratterizzato da un disuguale accesso a quel diritto alla salute che la nostra Costituzione garantisce a tutti i cittadini italiani, ma che purtroppo, nel mondo registra ancora situazioni di grave disuguaglianza.

Come emerge anche dalla nostra documentazione, i decessi cui facevo riferimento non si distribuiscono in maniera omogenea tra i vari Paesi del mondo, ma si concentrano prevalentemente (più del 99 per cento) nei Paesi con livelli di sviluppo socio-economico bassi e medi. Circa la metà di queste morti si verifica nell'Africa subsahariana e nel continente asiatico. In India, ad esempio, i decessi rappresentano circa il 25 per cento della mortalità totale.

A riprova di quanto detto segnalo che il Consiglio dei diritti umani due anni fa ha approvato una risoluzione nella quale si sottolinea specificatamente come queste morti evitabili riguardino la propria azione e non quella dell'Organizzazione mondiale della sanità, posto che le cause di mortalità materna ed infantile sono molto semplici da affrontare. Nel caso della diarrea, infatti, i bambini muoiono per disidratazione, cioè per mancanza di liquidi, così come nel caso della polmonite, i bambini muoiono perché non dispongono di 25 centesimi, questo è infatti il costo del trattamento con antibiotici che può guarire dalla polmonite un bambino di un Paese subsahariano! I bambini muoiono anche perché al momento della nascita non c'è un operatore sanitario in grado di fornire il minimo di assistenza necessaria per rianimare un bambino asfittico (faccio presente che in tal caso si effettua una procedura semplicissima, consistente nell'aspirazione del liquido amniotico ingerito durante il travaglio) oppure muoiono per ipotermia, perché in alcuni casi non è possibile tenere il bambino al caldo. Inoltre una scarsa igiene al momento del parto facilita la trasmissione di batteri e, quindi, la possibilità che si instauri una sepsi (cioè una infezione grave) del bambino o della puerpera il cui decesso può verificarsi nelle ore successive al parto.

Le cause della mortalità materna sono anch'esse assolutamente prevenibili. Circa il 35 per cento dei decessi è collegabile a emorragie e a sanguinamenti che si determinano nelle donne dopo il parto, in una fase in cui non hanno nessuno che possa aiutarle e salvarle. Potete quindi immaginare la situazione di una donna che ha appena partorito, dato la vita ad una creatura e che invece muore quando con un semplice intervento di tamponamento, di rimozione della placenta o con una trasfusione potrebbe essere facilmente salvata.

Mi permetto di sottolineare questi aspetti perché, seppur cruenti, credo spieghino bene le disuguaglianze esistenti nell'attuale mondo globalizzato, disuguaglianze che non rappresentano solo una violazione dei diritti umani fondamentali, ma contribuiscono anche a creare le condizioni di quel disagio che spinge queste persone a lasciare il proprio Paese per recarsi altrove, un problematica questa che l'Italia in questa fase vive concretamente. Del resto, immaginate - e mi rivolgo in particolar modo alle donne che generalmente rimangono molto colpite da questo esempio - di partorire in un contesto in cui non c'è nessuno che possa dare assistenza alla puerpera ed al neonato; e chiaro che una situazione del genere non può che spingere le donne a cercare realtà in cui tale assistenza possa essere assicurata. Sono un medico e sono consapevole che il parto è un evento naturale che nella maggior parte dei casi ha luogo senza particolari complicazioni che tuttavia possono comunque insorgere sia per la donna che per il bambino.

Tengo anche a segnalare che il gruppo di lavoro che dirigo all'interno dell'Organizzazione mondiale della sanità si occupa della salute della famiglia, delle donne e dei bambini, quindi di tutto quello spettro di azioni - di cui alcune già menzionate - che coinvolgono le politiche sanitarie, i finanziamenti destinati alla salute delle donne e dei bambini ed anche attività come il monitoraggio e la misurazione. Infatti, abbiamo anche riscontrato che nella maggior parte dei casi i Paesi in cui si registra una maggiore concentrazioni di decessi, sono anche quelli il cui sistema sanitario e lo stesso sistema Paese risultano purtroppo poco sviluppati, tanto che le nascite e le morti non vengono nemmeno registrate perché non si ha nemmeno la capacità di registrare la nascita di un bambino, il che costituisce una violazione pazzesca del diritto, perché in pratica è come se il bambino non esistesse. In alcuni Paesi, per esempio in Mozambico, nella prima settimana di vita i familiari non danno neanche un nome al bambino perché si è consapevole del rischio di morire che il neonato corre. L'assenza di registrazioni delle nascite, delle morti e delle cause dei decessi dei bambini rappresenta un grosso problema perché, ovviamente, oltre a non garantire un diritto fondamentale a quei cittadini, non si consente neanche ai Governi e ai Ministeri della salute di conoscere i dati relativi alla propria popolazione ed anche le ragioni per cui queste donne e questi bambini perdono la vita

Aggiungo a questo proposito che la direttrice dell'Organizzazione mondiale della sanità, la dottoressa Margaret Chan, mi ha affidato l'incarico di promuovere iniziative che mettano al centro dell'azione dell'Organizzazione mondiale della sanità proprio il diritto alla salute non solo per quanto riguarda specificatamente gli aspetti inerenti la salute delle donne e dei bambini cui ho testé fatto riferimento, ma anche per quanto concerne la lotta alle grandi pandemie, come la tubercolosi, la

malaria e l'HIV - problematiche di cui la Commissione si è già occupata - ed altre patologie, come ad esempio le malattie tropicali definite "*neglected*" o le malattie non trasmissibili, segnalate soprattutto durante l'ultima Assemblea generale delle Nazioni Unite, come il diabete, l'ipertensione e il cancro.

Questa grande sfida mi spinge a cercare la vostra collaborazione, chiedendovi quali sono le risorse italiane in termini di pensiero, di valori e di scritti, con cui eventualmente poter stabilire quella importante interlocuzione cui abbiamo accennato all'inizio.

L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce il diritto alla salute nel proprio atto costitutivo, ma l'attuazione di questo diritto, come voi ben sapete, nelle dinamiche mondiali è stata antagonizzata da vari Paesi e Governi. Specialmente negli ultimi anni il Governo americano si è espresso in maniera molto forte a che il riconoscimento di questo diritto non fosse contemplato nella Costituzione dei diversi Paesi membri dell'Organizzazione mondiale della sanità e questo ha rappresentato senz'altro un vincolo molto forte e importante.

Vorrei soffermarmi anche sull'azione che l'Italia ha svolto in questo ambito e sta ancora svolgendo e sulle iniziative che potrebbe prendere, al riguardo confrontandoci anche sulla base di idee e proposte che possono venire dalla Commissione. Quando parlo dell'Italia all'estero in consessi pubblici, mi sento sempre fiera della nostra tradizione e dei nostri valori: il diritto alla salute è infatti sancito dalla nostra Carta costituzionale e registriamo uno dei tassi di mortalità materna e infantile più bassi al mondo; inoltre i nostri padri costituenti ed i nostri politici hanno dimostrato negli anni la sensibilità e la capacità di garantire concretamente questo diritto alla salute ai più vulnerabili, alle donne e ai bambini, e l'hanno fatto traducendo quei diritti in servizi che vengono distribuiti in maniera equa, senza escludere parti della nostra popolazione.

Negli ultimi dieci anni l'Italia ha un po' stentato a mantenere questi valori all'interno della politica internazionale. Vorrei tuttavia ricordare un passo importante che è stato per me elemento di grande soddisfazione; mi riferisco a quando l'Italia, *chair* del G8 di L'Aquila nel 2008, si è fatta portavoce di questa problematica, tant'è che per la prima volta nel comunicato del G8 è stato inserito il problema della mortalità materna e infantile. Successivamente, nel G8 in Canada nel 2010 nell'ambito della "iniziativa di Muskoka" - che ha preso il nome dalla città in cui ha avuto luogo il *summit*- l'Italia, sempre in tema di mortalità infantile e materna si è impegnata a contribuire per 75 milioni di dollari; il nostro Paese sta inoltre collaborando con l'Organizzazione mondiale della sanità anche ad alcuni progetti innovativi. Ad esempio, stiamo lavorando con il

Ministero degli affari esteri e la missione italiana a Ginevra nell'ambito del progetto «*Women create life*», cercando di creare un momento di collegamento tra gli obiettivi di diffusione del problema e di generazione delle risorse finanziarie, anche se in questa fase per l'Italia diventa abbastanza difficile contribuire a questo impegno.

Chiaramente, mi sto riferendo ancora a passi iniziali e se mi è concesso al riguardo vorrei fare un confronto che forse non è neanche legittimo. All'interno dell'"iniziativa Muskoka", tutti i Paesi partecipanti al G8 hanno assunto dei *committments* molto forti. Il Canada, per esempio, si è impegnato a versare più di un miliardo di dollari canadesi per l'iniziativa a favore della salute di donne e bambini. La Federazione russa si è impegnato a contribuire alla iniziativa negli stessi termini dell'Italia, ovvero per 75 milioni di dollari. Lo scorso ottobre, a Mosca, alla presenza della *first lady* russa, del Ministro degli affari esteri, del Ministro della salute e del Ministro delle finanze, è stata lanciata la cosiddetta esperienza russa nella riduzione della mortalità infantile, che è un progetto, portato avanti in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità, per formare quel personale sanitario di cui, come già segnalato, vi è assolutamente carenza e necessità, soprattutto per l'assistenza al parto e alla fase *post partum*.

Questa iniziativa, oltre alla collaborazione dell'Organizzazione mondiale della sanità, conta anche sul sostegno di altri Paesi dell'Asia centrale, come il Kirghizistan e il Tajikistan, e di Paesi che, tradizionalmente rientravano nell'orbita sovietica, come l'Etiopia e l'Angola.

Ciò detto e a fronte di quanto segnalato, se qualcuno dei miei colleghi e collaboratori mi chiedesse in che modo l'Italia abbia fatto fronte agli impegni assunti a Muskoka, non saprei che cosa rispondere. Credo pertanto che in qualità di parlamentari, voi abbiate l'obbligo di chiedere che il Governo fornisca dei chiarimenti anche se non nell'immediato. Diversamente, c'è il rischio di mettere a repentaglio l'immagine del nostro Paese presso la comunità internazionale e di contribuire ad un clima difficile nell'ambito del nostro sistema globalizzato. Gli impegni presi, infatti, devono assolutamente essere rispettati, soprattutto quando, come ho spiegato all'inizio del mio intervento, vengono assunti nei confronti di persone che versano in una condizione di massima vulnerabilità, i cui diritti, assolutamente supportabili e sostenibili, verrebbero invece ad essere lesi.

Avrei ancora moltissime considerazioni da fare ma mi fermo qui rimanendo a disposizione per ogni eventuale richiesta di chiarimento.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Bustreo per la sua relazione. I problemi da lei posti, a partire dalla questione del mancato rispetto de-

gli impegni assunti dai Paesi, sono tra i temi fondamentali che abbiamo sollevato in questa Commissione, ivi compreso quello della grave contrazione degli aiuti pubblici alla cooperazione allo sviluppo attuata dal parte del Governo italiano.

Questo problema diventa ancora più palese e, a mio parere, preoccupante e grave quando riguarda stanziamenti sulla cui efficacia nessuno può avere dubbi. Come lei sa, si discute molto degli sprechi perpetrati anche nelle istituzioni internazionali, se però si parla delle risorse destinate alle campagne di sostegno al *Global fund* o di lotta alla malaria, alla tubercolosi e all'HIV - questioni delle quali anche noi ci siamo occupati - è assolutamente certo che esse contribuiscano in modo efficace a ottenere dei risultati positivi e a salvare delle vite umane.

Siamo tutti convinti e consapevoli che l'Italia viva una delle situazioni migliori per quanto riguarda la tutela della salute, sia sul piano giuridico-costituzionale con il pieno riconoscimento della salute come diritto fondamentale, sia in termini di traduzione pratica di questo diritto.

Va detto però che questa situazione di assoluta eccellenza sul piano generale, lo diventa assai meno se si vanno ad esaminare le situazioni specifiche. Tanto per fare un esempio concreto, la Commissione ha svolto un lavoro di una certa importanza sulla condizione di rom e sinti in Italia. Anche in questo caso, nessuno dispone di dati e di informazioni precise, ma crediamo di non sbagliare affermando che questi gruppi hanno una speranza di vita drasticamente inferiore (circa 10 anni) a quella del resto della popolazione, un dato questo che non posso però quantificare con esattezza. Anche per quanto riguarda la salute materna e infantile in tale specifico contesto si presentano problematiche assolutamente diverse rispetto al resto del Paese.

A mio parere, tale situazione non riguarda solo l'Italia, ma tutte quelle *enclaves* dove si presentino problemi che abbiano la stessa natura e le stesse caratteristiche di quelli illustrati dalla nostra ospite, mi riferisco ad esempio ai Paesi dell'Africa subsahariana.

Come lei sa bene, per chi si occupa di diritti umani non c'è avversario più temibile della teoria e della pratica del *double standard*, in virtù delle quali si vedono solo i problemi degli altri e non quelli presenti a casa propria, utilizzando due pesi e due misure a seconda della situazione che si affronta. Era questo quanto volevo ricordare prima di dare la parola al senatore Perduca.

PERDUCA *(PD)*. Presidente, ringrazio anch'io la dottoressa Bustreo per la sua relazione e mi scuso se tra poco dovrò allontanarmi per seguire i lavori di un'altra Commissione.

Quanto testé sottolineato dal Presidente è stato in parte ripreso la primavera scorsa a New York dal Comitato per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, in particolare soffermandosi sulla diffusione della sieropositività e dell'AIDS nelle comunità di immigrati, evidenziando come in Italia, purtroppo, manchi l'attenzione a questi gruppi, sia che si tratti di immigrati regolari che di irregolari.

Vorrei pertanto sapere se, negli scambi che vi sono stati, o che vi saranno, tra Governo italiano e l'OMS, si affronteranno anche tali questioni. Mi risulta peraltro che nella seconda metà di gennaio dovrebbe essere in Italia la *Special Rapporteur* ONU contro la violenza sulle donne.

Ritengo che tale questione, a parte che con il diritto alla salute, sul quale non mi soffermo - a mio avviso l'OMS non dovrebbe occuparsi di modifica delle Costituzioni ma di altro - sicuramente abbia a che fare anche con la violazione dei diritti umani.

Abbiamo avuto modo di discutere, in sede di Assemblea plenaria, alcune delle questioni al centro del rapporto con i parlamentari. Ho notato in particolare la critica al parto cesareo, che in Italia pare raggiunga delle cifre spropositate rispetto ad altri Paesi europei. La senatrice Marinaro ha preparato assieme ad altre senatrici una mozione relativa agli Obiettivi del Millennio, che si spera di poter discutere quanto prima; se ce lo consente vorremmo fornire la documentazione da lei consegnata agli atti anche alla senatrice Marinaro per verificare quali degli aspetti evidenziati possono essere contemplati nella suddetta mozione. All'interno di questo testo ci sono anche delle proposte relative al recupero dei fondi destinati alla cooperazione internazionale di cui negli anni si osserva una forte riduzione.

Quel che però dal mio punto di vista manca totalmente nella documentazione che lei ci ha oggi consegnato è la parte che precede il parto. Lavorando con delle organizzazioni non governative che sono molto attive in Africa, ed in particolare con Population Media Center, che fa ricorso alla televisione o comunque a campagne di informazione che cercano di raggiungere il villaggio più sperduto, si evince che - la percentuale potrebbe essere eccessiva - il 70 per cento dei parti nel mondo non sono desiderati. Bisognerà pur prendere in considerazione questo problema! Se, infatti, la mortalità è legata non soltanto alle condizioni igienico-sanitarie del luogo dove, per sbaglio, si nasce, ma anche ad un contesto socio-economico in cui la donna continua purtroppo a rappresentare l'ultimo gradino della scala sociale, è evidente che la responsabilità politica, da una parte, e sicuramente sanitaria - anche se in misura minore - dall'altra, risultino fondamentali. Per tali ragioni ritengo che più che mettersi a riscrivere le Costituzioni dei Paesi bisognerebbe va-

lutare come le norme delle Carte fondamentali vengono tradotte in leggi e le leggi in politica. Anche se non è poi detto che ci siano documenti che in qualche modo certifichino le stime effettuate dalle organizzazioni non governative; avendo avuto l'opportunità di parlare a New York con i responsabili del Population Fund ho infatti potuto riscontrare l'esistenza di questa disattenzione nei confronti dell'"emancipazione femminile", per usare un'espressione che si utilizzava una volta e che forse bisognerà continuare ad utilizzare. Infatti, la mancanza di libertà, così come l'impossibilità di scegliere e di dire dei "no" hanno ripercussioni drammatiche in alcune aree del mondo, e questo non solo perché siamo diventati ormai 7 miliardi di persone, visto che la popolazione mondiale è aumentata di un settimo negli ultimi 10-15 anni, ma anche perché l'incremento si verifica proprio in quelle aree ove la donna non ha voce in capitolo sia rispetto a se stessa che al contesto sociale. Vorrei perciò sapere se e come voi pensate di affrontare tale questione all'interno dell'OMS.

BUSTREO. Vorrei anzitutto ringraziare il senatore Perduca per il suo intervento e manifestare la nostra piena disponibilità per quanto riguarda la mozione cui sta lavorando la senatrice Marinaro anche al fine di meglio comprendere la discussione che si sta svolgendo attorno a queste problematiche.

Segnalo che il dottor Mario Merialdi è il coordinatore del nostro Dipartimento di salute riproduttiva e che il concetto che abbiamo sviluppato all'interno dell'Organizzazione mondiale della sanità fa riferimento al ciclo della vita. Come è stato sottolineato, la mortalità materna e del bambino, soprattutto al momento del parto, sono il segnale di una difficile e pericolosa condizione delle donne che spesso non possono prendere decisioni e che sono prive anche delle informazioni necessarie a compiere delle scelte riproduttive consapevoli. Circa il 20 per cento delle morti materne riguardano adolescenti o, per esser più precisi, bambine. Vi è una campagna, che l'OMS sta supportando intitolata : «*Girls not brides*», che tradotto significa «Bambine, non mogli». In tal modo si cerca di affrontare una problematica sociale di grandissimo impatto sulla mortalità perché il corpo di una bambina non è ancora maturo, non è preparato all'eventualità di una gravidanza e, quindi, il rischio di mortalità, sia per la bambina che per il nascituro, in questi casi è più elevato.

Quello della pianificazione familiare è un aspetto di cui ci stiamo occupando moltissimo. Negli ultimi anni la pianificazione familiare, tra tutti gli interventi che possono aiutare a risolvere il problema della mortalità materno-infantile, è stato quello che ha ricevuto il minore supporto finanziario da parte di tutti i Paesi donatori, compresa l'Italia. Questo

perché chiaramente implica delle scelte bioetiche differenti che molti Paesi non si sentono in grado di supportare.

Vorrei inoltre sottolineare che la questione non attiene solo alla disuguaglianza o alla incapacità delle donne di prendere decisioni. Ad esempio, nel Nord Nigeria se la donna decide di voler partorire in ospedale, non può farlo perché questa decisione non spetta a lei, ma al marito. Ripeto, oltre al fatto che le donne non possono prendere decisioni, occorre anche considerare che le operatrici donne del sistema sanitario non sono in grado di fornire questa assistenza. Lei, senatore Perduca, al riguardo ha parlato di "emancipazione femminile", ma c'è un doppio angolo visuale di tale emancipazione femminile che a mio avviso merita di essere considerato. La maggior parte delle operatrici sanitarie che anche in Italia sono stati i soggetti che ci hanno permesso di ottenere il miglioramento delle condizioni di vita e di salute che tutti conosciamo, sono donne a cui non vengono forniti l'educazione e gli strumenti necessari per poter operare in maniera adeguata.

La questione sollevata dal Presidente è sicuramente fondamentale nell'ambito della strategia su cui stiamo lavorando per il *mainstreaming human right and gender equity*; il nodo dell'equità è importantissimo perché riconoscere il diritto alla salute al 90 per cento della popolazione e negarlo al 10 per cento credo rappresenti uno degli abusi della politica cui si assiste purtroppo in molti Paesi. In tal modo si perpetrano delle discriminazioni che non hanno ricadute solo in termini di salute e di mortalità per quella parte di popolazione; l'impatto che infatti esse determinano è ben più ampio ed è fonte di destabilizzazione nel Paese proprio perché si tratta discriminazioni perpetuate e volute. Da questo punto di vista l"equità è uno dei valori fondamentali che stiamo cercando di promuovere. Abbiamo dati importanti relativi anche ad altri Paesi dove, per esempio, il gradiente economico è uno dei discriminanti per l'accesso ai servizi sanitari essenziali, ne consegue che una donna che vive e fa parte del quintile più ricco nell'80 per cento dei casi ha la possibilità di accedere ai servizi socio-sanitari, laddove una donna che appartiene alla fascia socio-economica più bassa, ha solo il 20 per cento di opportunità di accedere a questi servizi.

Questi gradienti di disuguaglianze nel garantire dei diritti socio-economici rilevano quanto la garanzia del diritto stesso, poiché in tal caso il rischio è quello di creare all'interno della popolazione situazioni di tensione.

PERDUCA *(PD)*. Per quanto riguarda il problema della sieropositività negli immigranti, mi interesserebbe sapere se la questione sia stata posta e come eventualmente si sia tentato di affrontarla. Vi è infatti una

parte di immigrati più o meno regolari e una di irregolari con la quale interagire anche se le politiche attinenti questa materia sono cambiate e continueranno a cambiare e ciò potrebbe in qualche modo comportare ulteriori problemi all'immigrato irregolare che si trova in Italia e che potrebbe essere trasferito in un centro d'identificazione per l'espulsione. È stato particolarmente grave, a mio avviso, che il Comitato per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne delle Nazioni Unite abbia trovato l'Italia colpevole di questo totale disinteresse nei confronti dell'AIDS, che ancora costituisce invece un grave problema. Mi complimento invece con l'OMS che nei casi di malattie derivate dall'uso o abuso di sostanze stupefacenti ha sempre laicamente cercato - anche in termini di riduzione del danno - di porsi in una prospettiva socio-sanitaria, cosa che altre agenzie delle Nazioni Unite non hanno purtroppo mai fatto. Non so se al riguardo esista una canale privilegiato di informazione. Sicuramente, come segnalato dalla nostra ospite, noi parlamentari abbiamo il dovere di porre delle domande, e lo facciamo. Il Governo non ha però il dovere di rispondere alle nostre interrogazioni parlamentari e quindi molti di questi atti rimangono sospesi nel limbo. Si possono naturalmente sollecitare le risposte ma, evidentemente, le nostre come le vostre sollecitazioni non sortiscono grossi effetti, del resto è così che funzionano le istituzioni italiane!

Mi interessava tuttavia sapere se vi siano stati contatti con riferimento a questa problematica.

BUSTREO. Su questa problematica specifica non ve ne sono ancora stati. Quanto all'altra questione da lei sollevata, quella della violenza contro le donne, posso dire che attorno a questo tema il *cluster* di cui sono responsabile sta lavorando moltissimo. Facciamo infatti parte di questo gruppo delle Nazioni Unite che lavora sulla prevenzione della violenza contro le donne, e uno dei colleghi che lavorano con il dottor Mario Merialdi sta svolgendo uno studio interessantissimo, che sarà pubblicato nella prima metà dell'anno prossimo sulla violenza ad opera del *partner*.

La convinzione generale, infatti, è che la violenza contro le donne venga esercitata soprattutto in situazioni di emergenza, di conflitto e di *displacement*. In realtà, da quanto stiamo riscontrando, la maggior parte di queste violenze avviene da parte del *partner*, che vive insieme alla donna e che perpetua queste violenze in maniera regolare. Questo è uno degli aspetti su cui l'anno prossimo, l'OMS farà una pubblicazione molto importante ed interessante.

Non ci sono stati ancora segnalati episodi di discriminazione nei confronti di migranti sospettati di essere sieropositivi, ovviamente qua-

lora venissimo a conoscenza di episodi di tal genere non potremo che condannarli. Chiaramente, il fatto che le persone vengano discriminate in base al loro stato di salute non è un atto di civiltà.

PRESIDENTE. Su questo punto la Costituzione italiana garantisce che il diritto alla salute sia universalmente riconosciuto non solo ai cittadini italiani, ma anche a quelli stranieri. Quindi, non c'è dubbio che, in Italia, chiunque si presenti ad un pronto soccorso possa essere curato senza che gli venga richiesta l'esibizione preventiva di una carta di credito o di un documento di identità. Questa è una certezza.

Ho prima accennato alla questione dei *rom*, a mio avviso particolarmente significativa, non solo in Italia, ma anche in altri Paesi europei. Indubbiamente, il fenomeno della migrazione, anche nei Paesi europei, già comporta, e comporterà sempre di più, il dovere di misurarsi con problemi nuovi. Al contrario, in questi ultimi anni, i Governi che si sono succeduti hanno scelto di attuare un taglio inesorabile delle risorse pubbliche destinate alla cooperazione allo sviluppo, una decurtazione che in molti casi ha portato al mancato rispetto di impegni già pubblicamente e solennemente assunti.

Adesso possiamo dire, con una certa libertà, anche in questa sede, che in Italia, al momento, vi è una situazione di cambiamento tale per cui nessuno sa bene esattamente quale saranno gli sviluppi. Il fatto, però, che questa compagine di Governo, che ha ristretto il numero dei Ministri, abbia però scelto di nominare un Ministro per la cooperazione e l'integrazione, mi sembra particolarmente significativo. Al riguardo mi è capitato di dire che forse per fortuna, il nostro Paese si è ricordato che, oltre che ai debiti verso i ricchi, esistono anche quelli verso i poveri che devono essere comunque rispettati.

Quindi, questa è forse una fase in cui le domande e le interrogazioni alle quali anche lei faceva riferimento, potranno trovare maggiore attenzione e magari vi sarà anche la possibilità di qualche iniziativa positiva. Vedremo quindi quali saranno gli sviluppi.

Ringrazio la dottoressa Bustreo per il contributo offerto ai nostri lavori. Quella odierna è stata per noi un'audizione molto importante sulla quale produrremo un comunicato. Sono infatti dell'opinione che anche il solo ricordare e menzionare i dati che lei ha qui citato possa risultare molto utile, anche perché - come spesso mi capita di ripetere - vi sono situazioni che riusciamo a sopportare semplicemente perché decidiamo di non guardarle e quindi anche il solo fatto di parlarne, può costituire, in qualche misura, già un obbligo ad intervenire. Considero l'odierna audizione come un aiuto e una spinta proprio in questa direzione.

Dichiaro quindi conclusa l'audizione, e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta

I lavori terminano alle ore 14,55.