

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sulla applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari.	
Esame del documento conclusivo ( <i>Seguito dell'esame del documento conclusivo e approvazione</i> ) .....	100
ALLEGATO ( <i>Documento conclusivo approvato dalla Commissione</i> ) .....	101

#### INDAGINE CONOSCITIVA

*Martedì 31 gennaio 2006. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Domenico Di Virgilio.*

#### La seduta comincia alle 14.10.

**Indagine conoscitiva sulla applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari.**

#### Esame del documento conclusivo.

*(Seguito dell'esame del documento conclusivo e approvazione).*

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, rimane così stabilito.

Avverte di aver predisposto una nuova versione della proposta di documento con-

clusivo, modificando la precedente alla luce delle considerazioni e delle osservazioni svolte dai deputati intervenuti nelle precedenti sedute, nonché delle proposte di riformulazione fatte pervenire alla presidenza. Illustra, quindi, la nuova versione della proposta di documento conclusivo.

Intervengono, quindi, per svolgere considerazioni e osservazioni sulla nuova proposta di documento conclusivo, i deputati Tiziana VALPIANA (RC), Grazia LABATE (DS-U), Maura COSSUTTA (Misto-Com.it), Chiara MORONI (Misto-LdRN.PSI), Anna Maria LEONE (UDC-CCD-CDU), Carla CASTELLANI (AN), Piergiorgio MASSIDDA (FI), Giulio CONTI (AN) e Francesco Paolo LUCCHESI (UDC-CCD-CDU).

La Commissione approva il documento conclusivo, come riformulato (*vedi allegato*).

#### La seduta termina alle 15.30.

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*

## ALLEGATO

**Indagine conoscitiva sulla applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari.**

**DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO DALLA COMMISSIONE**

## 1. PREMESSA

## 2. QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

2.1. *L'istituzione dei consultori*2.2. *Le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*2.3. *I successivi provvedimenti normativi riguardanti i consultori e l'interruzione volontaria di gravidanza*

## 3. I DATI SULLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E SUI CONSULTORI

3.1. *Le interruzioni volontarie di gravidanza*3.2. *I consultori e il loro ruolo nell'ambito della procedura dell'IVG*3.3. *Gli aspetti penali e la giurisdizione volontaria*

## 4. LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE EMERSE NEL CORSO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

4.1. *Il sistema di monitoraggio delle IVG*4.2. *La realtà dei consultori nelle diverse aree del territorio nazionale*4.3. *Il modello consultoriale*4.4. *L'attuazione delle procedure sull'interruzione volontaria di gravidanza*4.5. *L'aborto clandestino*4.6. *Le competenze del giudice tutelare*

## 5. ALCUNE CONCLUSIONI

5.1. *La validità della scelta di effettuare un'indagine conoscitiva*5.2. *Le proposte migliorative del sistema di rilevazione dei dati sull'IVG e sulle attività delle strutture socio sanitarie*5.3. *Il rilancio dei consultori*5.4. *Segue: le politiche attive sul territorio*5.5. *Le politiche di aiuto alla prosecuzione della gravidanza e a tutela della maternità.*

## 1. PREMESSA

La decisione di dar corso ad una indagine conoscitiva avente ad oggetto lo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le finalità attribuite dalla legge ai consultori familiari, è nata dalla proposta formulata dal gruppo UDC in seno all'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, della XII Commissione.

A conclusione di un lungo e vivace dibattito, nella riunione del 30 novembre 2005, l'Ufficio di Presidenza, a maggioranza, ha convenuto, di richiedere al Presidente della Camera l'intesa prevista dall'articolo 144 del regolamento, necessaria ai fini della successiva deliberazione da parte della Commissione medesima. Va precisato che tale determinazione è stata assunta sulla base dell'orientamento favorevole dei gruppi di maggioranza, mentre

i rappresentanti dei gruppi di opposizione non hanno partecipato a tale deliberazione.

Il Presidente della Camera, con lettera del 2 dicembre 2005, nel fare presente che non sussistevano ragioni ostative allo svolgimento dell'indagine, ha tuttavia sottolineato l'opportunità di integrarne il programma arricchendo il novero dei soggetti da ascoltare, affinché alla Commissione potessero essere rappresentate tutte le principali sensibilità in argomento. Il Presidente della Camera ha altresì evidenziato la necessità che il termine per la conclusione dell'indagine, fissato nel programma al 31 gennaio 2006, fosse tenuto fermo a tale data, considerandolo non suscettibile di proroga per ragioni legate all'approssimarsi della scadenza della legislatura.

Nella successiva riunione del 13 dicembre 2005, l'Ufficio di presidenza della XII Commissione ha quindi ampliato il programma dell'indagine conoscitiva, in modo che l'elenco delle audizioni fosse tale da garantire l'acquisizione di tutte le principali posizioni e opinioni in materia.

Nella medesima data, la XII Commissione, riunitasi in sede plenaria, ha deliberato formalmente l'avvio dell'indagine conoscitiva, inserendo nel programma la precisazione che dagli obiettivi della stessa « esula l'intento di mettere in discussione i contenuti della legge n. 194 del 1978 », essendo volta a verificare lo stato di attuazione della legge medesima, con particolare riferimento alle funzioni attribuite ai consultori, e ad acquisire ulteriori elementi di conoscenza rispetto a quanto già contenuto nelle relazioni annuali presentate dal Governo alle Camere, ai sensi dell'articolo 16 della citata legge n. 194.

Nel corso dell'indagine la Commissione ha proceduto alle seguenti audizioni che si sono svolte secondo ritmi particolarmente intensi e serrati:

14 e 15 dicembre 2005: Audizione del Ministro della salute, onorevole Francesco Storace.

15 dicembre 2005: Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di statistica e dell'Istituto superiore di sanità.

19 dicembre 2005: Audizione di rappresentanti dei seguenti ospedali in cui si praticano le IVG: Mangiagalli e Regina Elena di Milano, S. Camillo di Roma, Civico di Palermo, Maggiore di Parma, Civile Madonna delle Grazie di Matera, Civile Bernabeo di Ortona e Civile di San Marco Argentano di Castrovillari-CS.

20 dicembre 2005: Audizione di rappresentanti dell'Associazione Ginecologi Consultoriali (A.GI.CO), dell'Associazione Italiana per l'Educazione demografica (AIED), dell'Unione Italiana Centri di Educazione Matrimoniale e Prematrimoniale (UICEMP) e della Confederazione italiana dei consultori familiari di ispirazione cristiana.

21 dicembre 2005: Audizione del sottosegretario di Stato per la giustizia, onorevole Iole Santelli.

22 dicembre 2005: Audizione di rappresentanti dei medici e operatori dei consultori (Società Italiana di Ginecologia e di Ostetricia, Ordine degli Psicologi, Ordine Assistenti Sociali, Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali) e della Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG).

10 gennaio 2006: Audizione di rappresentanti degli Uffici del Giudice tutelare presso i Tribunali di Roma e Milano;

audizione di rappresentanti della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche;

audizione di rappresentanti dell'Associazione per la tutela della salute femminile-Vita di donna, dell'Associazione Donne in genere, di associazioni di donne immigrate (Associazione donne in rete per lo sviluppo e per la pace e Associazione italiana donne per lo sviluppo-AIDOS), dell'Associazione il Melograno-Centro di informazione maternità e nascita;

audizione di rappresentanti dell'Associazione medici cattolici italiani (AMCI), dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, dell'Associazione di volontariato

Movimento per la vita, dell'Associazione Progetto Famiglia Onlus e della Caritas Italiana.

11 gennaio 2006: Audizione di rappresentanti dell'Associazione Luca Coscioni, della Società scientifica ANDRIA, dell'Unione Donne in Italia (UDI) e della Federazione Internazionale degli operatori di aborto e contraccezione (FIAPAC).

17 e 18 gennaio 2006: Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni.

## 2. QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

### 2.1. *L'istituzione dei consultori*

La legge n. 405 del 19 luglio 1975 ha istituito i consultori familiari.

Tra gli obiettivi del servizio rientrano l'assistenza psicologica e sociale alle coppie e alle famiglie, con particolare riferimento alle problematiche dei minori, la tutela della salute della donna e del concepito e la diffusione delle informazioni volte a promuovere una procreazione responsabile, ivi inclusa la somministrazione di mezzi volti a garantire le scelte delle coppie e del singolo in materia di procreazione responsabile, nel rispetto delle convinzioni etiche e della salute fisica degli utenti.

La legge ha previsto un primo stanziamento a carico del bilancio statale di 10 miliardi di lire annui: i criteri di riparto fanno riferimento sia alla popolazione residente in ciascuna regione che al tasso di natalità e di mortalità infantile. Sono fatti salvi gli ulteriori finanziamenti disposti da regioni ed enti locali, attraverso un programma annuale, concordato con gli enti locali interessati.

La legge stabilisce i principi base della normativa sui consultori, rinviando alle leggi regionali i criteri per la programmazione, il funzionamento, la gestione ed il controllo di tali strutture.

In particolare, la legge n. 405/1975 dispone che i consultori possono essere

istituiti direttamente da enti locali ovvero da altre istituzioni, enti pubblici e privati che abbiano finalità sociali, sanitarie e assistenziali senza scopo di lucro. Per le strutture promosse dai comuni, i consultori sono organismi operativi delle ASL e si avvalgono del personale pubblico sanitario; nel secondo caso, gli stessi operano attraverso convenzioni con le ASL.

Il personale di consulenza e di assistenza deve essere in possesso di titoli specifici in una delle seguenti discipline: medicina, psicologia, pedagogia, assistenza sociale; ove prescritto, il personale deve avere l'abilitazione all'esercizio professionale.

Le prestazioni dei consultori sono gratuite per tutti i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o che soggiornino, anche temporaneamente, sul territorio italiano, tranne le prescrizioni di prodotti farmaceutici a carico dell'ente o del servizio cui compete l'assistenza sanitaria.

In base al disposto della legge, le Regioni hanno subito provveduto a disciplinare in dettaglio le modalità di funzionamento dei consultori, con particolare riferimento alle seguenti tematiche: attività nel campo della assistenza socio-sanitaria nei confronti della donna, dei genitori e dei neonati; strumenti di programmazione degli interventi, con particolare riferimento all'individuazione del fabbisogno di tali strutture rispetto alla popolazione; figure professionali presenti negli organici ovvero con rapporto di tipo convenzionale; forme di partecipazione sociale degli utenti e delle associazioni operanti nel territorio alla programmazione e controllo dei consultori; procedure di autorizzazione e requisiti richiesti per l'apertura di consultori privati; formazione ed aggiornamento del personale; vigilanza e controllo sulle strutture; finanziamenti integrativi.

### 2.2. *Le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*

La legge n. 194 del 22 maggio 1978 ha dettato norme a tutela della maternità, ampliando a tal fine le competenze dei consultori e aumentando conseguente-

mente di 50 miliardi di lire annui i fondi a loro disposizione.

Ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 194 è compito dello Stato:

garantire il diritto alla procreazione cosciente e responsabile;

riconoscere il valore sociale della maternità;

tutelare la vita umana dal suo inizio.

Si precisa inoltre che l'interruzione volontaria della gravidanza non costituisce un mezzo per il controllo delle nascite; a tal fine le Istituzioni (Stato, regioni ed enti locali) promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari e tutte le misure volte ad impedire che l'aborto sia impiegato per la limitazione delle nascite.

L'articolo 2 rafforza il ruolo di assistenza alle donne in stato di gravidanza svolto dai consultori. In particolare detti organismi devono:

fornire informazioni alle donne in gravidanza sui diritti loro spettanti, sui servizi sociali, sanitari e assistenziali posti a disposizione dalle strutture operanti sul territorio e sulle norme riguardanti la tutela delle gestanti sul lavoro;

contribuire al superamento delle cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione volontaria della gravidanza.

I Consultori possono avvalersi della collaborazione volontaria di formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, anche al fine di aiutare la donna dopo la nascita.

L'interruzione volontaria della gravidanza è prevista (articolo 4) nei casi in cui la donna accusi circostanze per le quali la gravidanza, il parto o la maternità possono determinare un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna, con riferimento al suo stato di salute, alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, alle circostanze in cui è avvenuto il

concepimento, a possibili anomalie o malformazioni del concepito. La donna può rivolgersi alternativamente:

al consultorio;

alla struttura socio sanitaria;

al medico di famiglia.

Il consultorio, la struttura socio-sanitaria ed il medico di famiglia (articolo 5) hanno il compito di esaminare con la donna e con il padre del concepito (ove la donna lo consenta) le possibili soluzioni dei problemi indicati dalla donna e di cercare di rimuovere le cause alla base della richiesta di interruzione di gravidanza, promuovendo ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna e offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Salvo i casi di urgenza, dalla data del primo colloquio devono trascorrere sette giorni, al termine dei quali la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per richiedere l'intervento.

L'interruzione volontaria della gravidanza deve avvenire di norma entro i primi novanta giorni di età gestazionale. L'interruzione può essere praticata dopo novanta giorni (articolo 6) solo nei casi in cui la gravidanza o il parto comportano pericolo per la vita della donna ovvero si riscontrano rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinano un pericolo per la salute della donna.

L'intervento è praticato da un medico (articolo 8) presso le strutture ospedaliere (anche ambulatoriali) pubbliche e presso le case di cura private autorizzate. In questo caso è previsto un numero di interventi massimo annuo. Gli interventi effettuati presso le strutture previste dalla legge sono a carico del Servizio sanitario nazionale (articolo 10). Il medico che esegue l'intervento fornisce alla donna le informazioni sulla regolazione delle nascite e sui procedimenti abortivi (articolo 14).

Il personale sanitario che abbia preventivamente sollevato obiezione di coscienza non è tenuto a partecipare alle procedure previste per l'interruzione volontaria della

gravidanza, ma non lo esonera dalle procedure di assistenza antecedenti e conseguenti all'intervento (articolo 9).

La richiesta di interruzione di gravidanza è fatta personalmente dalla donna (articolo 12), per le minori è richiesto l'assenso di chi esercita la potestà o la tutela. Nei primi novanta giorni, in presenza di seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione dei suddetti soggetti oppure in caso di rifiuto dell'assenso ovvero di pareri tra loro difformi, il giudice tutelare, previa relazione della struttura sanitaria, del consultorio o del medico di fiducia, autorizza la donna a decidere da sola. Se il medico certifica l'urgenza dell'intervento sulla minore, l'intervento è autorizzato indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela o del giudice. Il giudice decide anche in caso di richiesta di una donna interdetta per infermità mentale e del suo tutore o marito (articolo 13).

Sono previsti corsi di aggiornamento professionale per il personale sanitario sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso di tecniche rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna. Sono altresì previsti incontri per il personale sanitario e le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale (articolo 15).

Il Ministro della salute ed il Ministro della giustizia presentano annualmente due distinte relazioni sulle procedure inerenti l'attuazione della legge, anche in ordine al problema della prevenzione. Le regioni forniscono al Ministro della salute le informazioni necessarie alla redazione della relazione, sulla base di appositi questionari redatti dal Ministro (articolo 16).

Gli articoli da 17 a 21 regolano gli aspetti di carattere penale, individuando i reati e le relative pene.

### *2.3. I successivi provvedimenti normativi riguardanti i consultori e l'interruzione volontaria di gravidanza*

Nel corso degli anni numerosi provvedimenti, sia a livello nazionale che regio-

nale, hanno arricchito le competenze dei consultori, provvedendo altresì ad un ampliamento delle risorse finanziarie a loro disposizione e a disciplinare ulteriormente l'interruzione volontaria di gravidanza.

In particolare, la legge n. 34 del 31 gennaio 1996, nell'ambito dei finanziamenti previsti per le strutture socio sanitarie, ha destinato una quota di 200 miliardi di lire alla costruzione, ristrutturazione e attivazione di consultori familiari, al fine di conseguire l'obiettivo di un consultorio ogni 20.000 abitanti.

Con la legge n. 285 del 28 agosto 1997 si richiama il ruolo dei consultori, nell'ambito dell'attuazione dei progetti a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, al cui finanziamento si provvede attraverso l'istituzione di un apposito Fondo.

Numerosi sono altresì i provvedimenti adottati dalle regioni per il sostegno della famiglia e delle scelte di procreazione responsabile, riaffermando il ruolo strategico svolto dai consultori nel campo dell'informazione e educazione sessuale, della prevenzione e dell'assistenza socio sanitaria.

All'interno dei Piani sanitari nazionali e regionali si riscontra un'attenzione specifica per la tutela della salute nell'ambito materno infantile, che si è concretizzata da ultimo nell'adozione del progetto obiettivo di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2000.

Il progetto materno infantile sottolinea il carattere strategico degli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in questo settore, delineando le forme di integrazione tra i diversi livelli istituzionali per l'estensione su tutto il territorio nazionale degli interventi.

Il progetto indica puntualmente le azioni da attuare. Dopo aver individuato le finalità di carattere generale (miglioramento delle condizioni in cui avviene il parto, promozione dell'allattamento al seno, miglioramento dei servizi di emergenza pediatrica, eccetera) il progetto dedica ampia attenzione al ruolo ed alla attività dei consultori (punto 12), affermando che tale struttura costituisce un

importante strumento per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna nell'arco dell'intera vita.

Viene sottolineata a tale riguardo la peculiarità del lavoro di équipe, che rende le attività svolte da tali strutture uniche nella rete delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, precisando che per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale), il cui intervento integrato, proiettato nelle problematiche della prevenzione, ne definisce la fisionomia e specificità rispetto ai presidi di natura ambulatoriale e ospedaliera.

Devono essere inoltre previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo e il genetista presenti nella A.S.L. a disposizione dei singoli consultori. Si giudica necessaria l'identificazione di un responsabile che coordini l'attività del consultorio familiare e monitorizzi il conseguimento degli obiettivi, fungendo da garante nei confronti dell'organizzazione dipartimentale.

In ordine all'interruzione volontaria della gravidanza, nel documento si evidenzia la delicatezza dell'azione dei consultori che, da un lato, operano nella necessità di individuare i fattori che inducono la donna all'interruzione volontaria di gravidanza e di promuovere la ricerca degli interventi che potrebbero indurre la donna a tornare indietro rispetto alla via intrapresa; ove ciò non sia possibile, i consultori operano per assistere adeguatamente (sia in ambito sanitario che psicologico) la donna che richiede una IVG. Nel caso la richiesta provenga da minorenni senza assenso dei genitori, o da donna in situazione di disagio sociale o socio-sanitario (ed in particolare per le donne con problemi psichiatrici, tossicodipendenti, immigrate ecc.) l'intervento consultoriale deve garantire, per quanto

possibile, il « tutoring » dell'utente, cioè un vero e proprio affiancamento durante l'intero percorso assistenziale.

Le azioni proposte dal progetto obiettivo per la prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza sono le seguenti:

offrire il colloquio;

garantire il supporto psicologico e sociale; qualora ne esistano le condizioni, devono essere attivati i servizi sociali per gli opportuni interventi di natura sociale e sanitari (anche avvalendosi, nel rispetto della volontà dell'assistito, delle associazioni di volontariato);

per la donna che richiede l'IVG deve essere facilitato il percorso verso le strutture sanitarie, anche al fine di favorire il successivo ritorno al consultorio per la promozione della salute riproduttiva e la prevenzione di successivi ricorsi all'IVG.

A tal fine è opportuno ricordare innanzitutto che il progetto obiettivo materno infantile 1998-2000 è espressamente riportato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale, di cui al decreto del Presidente del consiglio del 29 novembre del 2001. Lo stesso decreto richiama anche le principali leggi statali in cui si disciplina l'attività dei consultori (legge n. 405 del 1975; legge n. 194 del 1978; legge n. 34 del 1996).

Va, inoltre, ricordata la legge n. 328 del 2000 « Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali », che nel definire il sistema integrato di interventi e servizi sociali, ha specificato che tale sistema si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei vari settori della vita sociale, integrando servizi alla famiglia e alla persona con eventuali misure economiche; la legge ha previsto altresì che tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili figurino anche misure per il sostegno delle responsabilità familiari, misure di sostegno alle donne in difficoltà, nonché l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi.

Da ultimo, la legge n. 40 del 2004 « Norme in materia di procreazione medicalmente assistita » ha attribuito ai consulenti anche le competenze inerenti l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

### 3. I DATI SULLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E SUI CONSULTORI

Nel presente capitolo sono esposti i dati statistici più significativi presenti nelle relazioni annuali dei Ministri della salute e della giustizia, nelle relazioni dei rappresentanti dell'ISTAT e dell'Istituto superiore di sanità e negli altri documenti illustrati nel corso dell'indagine conoscitiva.

#### 3.1. *Le interruzioni volontarie di gravidanza*

Gli elementi di conoscenza sull'andamento della interruzione volontaria di gravidanza in Italia sono molteplici e consentono una valutazione approfondita del fenomeno.

Il Ministro della salute, nella sua audizione, ha sottolineato il dato sicuramente rilevante relativo al numero complessivo delle interruzioni di gravidanza registratesi in Italia negli anni 1978-2004.

L'analisi dei dati statistici evidenzia che il picco annuale delle IVG si registra nel 1982 (234.801 casi), e, secondo quanto rilevato dal rappresentante dell'ISTAT, trova fondamento anche nell'emersione del fenomeno dell'aborto clandestino. Da allora si è verificato un *trend* di costante diminuzione del numero dei casi, fino ad arrivare a 132.178 interventi nel 2003 (meno 41,8 per cento tra 1982 e 2003); i primi dati provvisori del 2004 indicano, invece, una leggera crescita rispetto all'anno precedente (136.715 interventi, con un incremento del 3,4 per cento), crescita

che riguarda non solo le immigrate ma anche la popolazione residente, come evidenziato dal rappresentante della Conferenza delle regioni nel corso della sua audizione.

È opportuno evidenziare soprattutto i dati relativi al *tasso di abortività*, cioè al numero delle IVG per 1.000 donne tra i 15 ed i 49 anni, considerato dall'OMS l'indicatore più adeguato a misurare le tendenze sul ricorso all'IVG nei singoli Paesi.

Tale tasso risultava pari 17,2 per 1000 nel 1982; da allora si è registrato un costante declino di tale tasso, fino ad una sostanziale stabilizzazione negli anni Novanta tra 9,3 e 9,6. Nel 2004, a seguito dell'incremento dei casi di IVG, il tasso di abortività è pari a 9,9, con un decremento del 42,4 per cento rispetto al 1982.

Tale dato assume una particolare rilevanza se posto a confronto con quelli disponibili degli altri Paesi: solo l'Olanda, la Germania e la Finlandia vantano un tasso di abortività inferiore a quello italiano.

Con riferimento al *rapporto di abortività* (che indica il numero delle Interruzioni volontarie di gravidanza per mille nati vivi), nel 2004 esso è pari a 249,4 per 1000, con una riduzione del 34,4 per cento rispetto al 1982.

I dati sopra esposti riflettono naturalmente le tendenze sulla presenza delle donne straniere in Italia, con un tasso di abortività volontario molto più elevato rispetto alle donne italiane. Nel 2003 le straniere hanno fatto ricorso all'IVG 31.825 volte (26 per cento del totale delle IVG) e il loro tasso di abortività è di 35,5 per 1.000.

Proprio l'aumento progressivo delle IVG praticate dalle straniere che vivono in Italia ha compensato la progressiva riduzione degli interventi cui si sottopongono le donne italiane, il cui tasso di abortività è sceso a 8,1.

La maggior presenza in Italia di donne straniere, spesso di giovane età, ha un impatto anche sui dati relativi al trend di crescita, registratosi negli ultimi dieci anni, del ricorso all'IVG da parte delle minorenni e, più in generale delle donne più giovani.

In conclusione, emerge con chiarezza una riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne italiane, mentre – al contrario – si registra una progressiva crescita del ricorso alle pratiche dell'interruzione da parte delle donne extra comunitarie, la cui presenza in Italia assume con gli anni sempre maggior rilievo.

Inoltre, come sottolineato da diversi soggetti auditi, è opportuno rilevare che il fenomeno della diminuzione del *tasso di natalità*, registratosi nel nostro Paese, non risulta correlato all'andamento delle interruzioni volontarie di gravidanza. Il rappresentante della Conferenza delle Regioni, a tale riguardo, ha osservato che alla forte riduzione del numero degli aborti registrato dal 1983 ad oggi non ha corrisposto un significativo aumento della natalità.

### 3.2. I consultori e il loro ruolo nell'ambito della procedura dell'IVG

Le relazioni annuali del Ministro della salute presentano i dati sul numero complessivo dei consultori e sulla loro distribuzione sul territorio. Tali dati peraltro confliggono con quelli contenuti nella documentazione presentata dai rappresentanti dell'ISTAT, che evidenzerebbe una crescita dei consultori fino alla fine degli anni '90 ed una successiva riduzione nei primi anni 2000.

Permangono pertanto incertezze sul numero stesso dei consultori oggi esistenti, sottolineata anche nell'intervento del Ministro della salute, dovute anche ad una mancata raccolta sistematica dei dati al riguardo da parte di molte regioni.

In ogni caso, risulta certo il mancato conseguimento dell'obiettivo indicato dalla legge di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti. La media nazionale infatti è di circa 0,86 consultori per 20.000 abitanti. Tale dato risente peraltro di una forte disomogeneità sul territorio: se al Nord e al Centro, infatti, l'obiettivo di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti risulta mediamente raggiunto, al sud invece risultano soltanto 0,64 consultori per 20.000 abitanti.

Le relazioni ministeriali non forniscono dati sul personale in servizio e sulle diverse figure professionali impegnate nei consultori. Sono invece presenti alcuni dati, peraltro non aggiornati, sull'obiezione di coscienza, disciplinata dall'articolo 9 della legge n. 194. I dati disponibili evidenzerebbero una media nazionale della obiezione di coscienza pari a 57,8 per cento per i ginecologi, 45,7 per cento per gli anestesisti e 38,1 per cento per il personale non medico.

Il sistema di rilevazione risulta inadeguato anche con riferimento alle attività di prevenzione e assistenza delle strutture sociosanitarie. Qui i dati sono molto carenti e non consentono una valutazione sul reale svolgimento da parte dei consultori e delle strutture socio-sanitarie degli interventi espressamente disposti dalla legge n. 194, e in particolare dagli articoli 2 e 5, al fine di prevenire il ricorso alla interruzione volontaria della gravidanza e tutelare la maternità sin dal suo inizio. Inoltre, non si conosce il numero di gravidanze che non vengono interrotte successivamente alla richiesta di IVG.

Le statistiche forse più significative riguardano le modalità di richiesta di certificazione medica. Nel corso degli ultimi 20 anni si è registrato una progressiva crescita dell'utilizzo, nell'ambito della procedura di IVG, del servizio ostetrico-ginecologico e, soprattutto, dei consultori (negli anni '80 la certificazione dei medici di famiglia rappresentava oltre il 50 per cento dei casi); nel 2003 il consultorio è stato il servizio più utilizzato nell'ambito della procedura di IVG (34 per cento), con picchi molto significativi al Nord ed al Centro (rispettivamente, 45 per cento e 41 per cento). Per quanto concerne l'Italia meridionale, va rimarcato un impegno inadeguato dei medici di famiglia per instaurare un rapporto di collaborazione con i consultori, che potrebbe incidere anche sul rilevante fenomeno delle recidive, come ipotizzato dal dirigente dell'Ospedale civico di Palermo.

Naturalmente, le tabelle riassuntive evidenziano una notevole diversità tra le diverse aree del Paese, con un ricorso al

consultorio nelle regioni del Centro nord, mentre al sud e nelle Isole la certificazione è prevalentemente richiesta ad altre strutture (anche a causa dei problemi legati alle carenze dei servizi e alle lacune degli organici). Il maggior ricorso ai consultori per la certificazione è influenzato anche in questa fattispecie dalle donne straniere (che vi fanno ricorso nel 50 per cento dei casi) rispetto a quelle italiane (29 per cento), che invece preferiscono ricorrere al medico di famiglia (38 per cento).

### 3.3. *Gli aspetti penali e la giurisdizione volontaria*

Per quanto riguarda i profili di competenza del Ministero della giustizia, occorre preliminarmente distinguere tra giurisdizione penale (ossia di repressione delle violazioni delle disposizioni penali della legge n. 194) e giurisdizione volontaria (ossia di richieste al giudice tutelare di autorizzazione ad interrompere la gravidanza da parte di donne minorenni o interdette).

Per quanto riguarda la giurisdizione penale, nel periodo dal 1995 al 2004 il numero di procedimenti per reati commessi in violazione delle norme della legge n. 194 è rimasto pressoché costante. L'area maggiormente interessata è il Nord. I soggetti coinvolti, invece, provengono in misura preponderante dal Sud. Diminuisce, tra i soggetti coinvolti, il numero dei medici e paramedici. Non appare significativo, almeno dai dati giudiziari, il fenomeno dell'associazione finalizzata direttamente alla commissione dei reati in questione. Va peraltro tenuto conto che questo tipo di reati sono verosimilmente commessi in larghissima misura anche dalle organizzazioni criminali dedite allo sfruttamento della prostituzione e alla tratta delle straniere.

Le violazioni riguardano in misura sostanzialmente uguale l'articolo 17 (che punisce chi cagiona nella donna per colpa un'interruzione di gravidanza o un parto prematuro), l'articolo 18 (che punisce chi cagiona l'interruzione della gravidanza

senza il consenso della donna o con azioni dirette a provocare lesioni alla donna) e l'articolo 19 (che punisce chi cagiona l'interruzione della gravidanza nella donna senza l'osservanza delle modalità stabilite dalla legge). I reati dolosi – quelli di cui agli articoli 18 e 19 – risultano commessi in misura maggiore da stranieri. Per quanto riguarda l'esito dei procedimenti, la percentuale di archiviazione risulta altissima, riguardando in media il 60 per cento dei casi. Ciò è dovuto, verosimilmente, all'infondatezza di molte notizie di reato e alla difficoltà di trovare elementi di imputazione nella fase delle indagini preliminari.

Per quanto riguarda la giurisdizione volontaria, l'attività del giudice tutelare si espleta quasi esclusivamente nei confronti delle minorenni (fattispecie di cui all'articolo 12 della legge) e pressoché per nulla nei confronti delle interdette (fattispecie di cui all'articolo 13 della legge). Nella quasi totalità dei casi (96,9 per cento dei casi nel 2004), le autorizzazioni richieste vengono concesse.

L'età media delle ragazze che chiedono l'autorizzazione è in lenta ma progressiva diminuzione (nel 2004 è pari a 16 anni e 9 mesi). Per quanto riguarda la composizione demografica, è assai cospicua la quota delle straniere rispetto al complesso delle minorenni che chiedono l'autorizzazione (nel 2004 oltre il 25 per cento, a fronte del 4,5 per cento di stranieri nella popolazione residente in Italia).

Per quanto riguarda le motivazioni addotte, sono preponderanti quelle di carattere psicologico, seguite da quelle di carattere economico; sono invece marginali quelle legate a condizioni di salute. In particolare, la motivazione psicologica si collega alla situazione familiare di appartenenza. In generale, le minorenni che decidono di interrompere la gravidanza provengono da situazioni familiari connotate da grave disagio sociale ed economico. Nella maggior parte dei casi, inoltre, il padre del concepito ha con la minorenne rapporti labili ed occasionali e non apporta alcun sostegno morale né materiale. Per quanto riguarda, più nello specifico, le

minorenni straniere, la scelta dell'interruzione di gravidanza è spesso motivata dal timore dell'emarginazione da parte della famiglia o della comunità di appartenenza per un giudizio di ordine etnico-culturale.

Non sono disponibili dati relativi ai conflitti tra le minorenni e la famiglia di provenienza. Sembra, tuttavia, dai dati disponibili, che nella maggioranza di casi la minorenne si rivolga direttamente al giudice tutelare, senza prima confidarsi con i genitori: non si rivolge quindi al giudice a causa di un'autorizzazione negata da parte di coloro che esercitano la potestà o la tutela, bensì senza aver provato a chiedere tale autorizzazione. Tale scelta è motivata da un conflitto con i genitori, dalla paura di affrontarli, dal timore di perderne la stima e la fiducia o di essere allontanata dalla famiglia, o da mancanza di dialogo o lontananza ovvero da gravi motivi familiari, quali genitori violenti, in contrasto fra loro, o in gravi condizioni di salute. Peraltro, non esistendo dati di riscontro, tali considerazioni devono basarsi sulle dichiarazioni delle ragazze.

#### 4. LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE EMERSE NEL CORSO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

##### 4.1. *Il sistema di monitoraggio delle IVG*

L'attuale sistema di monitoraggio sulla rilevazione delle IVG e delle caratteristiche degli interventi appare valido e scientificamente molto affidabile.

Tale sistema, coordinato dall'Istituto superiore di sanità (che si avvale della collaborazione del Ministero della salute, dell'ISTAT e delle Regioni), è di carattere esaustivo (e non campionario), ed è basato su modelli di rilevazione dell'Istat.

I dati rilevati sono d'altronde alla base delle relazioni annuali trasmesse dal Ministro della salute al Parlamento, cui si affiancano, per gli aspetti di competenza, le relazioni del Ministro della giustizia. I dati elaborati costituiscono anche la base per ulteriori ricerche volte ad approfondire le caratteristiche del fenomeno.

Se il giudizio sul sistema è complessivamente positivo, l'indagine ha evidenziato però che alcune regioni sono carenti nella trasmissione dei dati, e ciò è dovuto anche alla inadeguatezza degli organici dei responsabili del servizio di trasmissione, che non hanno talora quella conoscenza del sistema dei servizi sociosanitari, fattore indispensabile per una corretta interpretazione dei dati e dei fenomeni ad essi sottesi.

Inoltre, non sono compiutamente rilevati alcuni aspetti del fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza che meritano un particolare approfondimento, non solo al fine di individuare nuove e più avanzate soluzioni di carattere legislativo o amministrativo, ma anche per disporre di maggiori conoscenze scientifiche utili, ad esempio, alla prevenzione di malformazioni e alla eventuale cura.

Analogamente, come già sopra sottolineato, risultano carenti le informazioni sull'attività effettivamente svolta dai consultori.

A tale riguardo sono state avanzate dal Ministro della salute e da alcuni soggetti intervenuti proposte di integrazione dell'attuale sistema di rilevazione che meritano una particolare attenzione.

##### 4.2. *La realtà dei consultori nelle diverse aree del territorio nazionale*

I dati ufficiali delle relazioni ministeriali, sopra riportati, indicano che la carenza di consultori si registra soprattutto al sud. Va comunque precisato che la distribuzione dei consultori si è realizzata a « macchia di leopardo », e pertanto risultano zone del territorio, anche nel centro e nord Italia, che risultano sprovviste di un'adeguata rete di consultori.

Va inoltre rimarcato che i dati ufficiali riportati nei prospetti riassuntivi possono talora trarre in inganno: accade, infatti, che all'indicazione sulla carta di un consultorio non corrisponda una presenza effettiva e costante del servizio nel territorio, a causa di gravi problemi di organico, carenza di risorse finanziarie etc. Ad

esempio, se manca un ginecologo, cioè la figura medica che rilascia la certificazione, la donna sarà portata inevitabilmente a rivolgersi altrove, e andrà persa quella opportunità di confronto e assistenza all'interno dei consultori che pure la legge vuole garantire a tutti.

All'aspetto della carenza dei consultori si affianca ancora, in alcune zone d'Italia, una notevole « diffidenza » nei confronti di tale struttura di una parte della popolazione femminile, che preferisce ricorrere direttamente alla struttura ospedaliera – o al medico di fiducia – per ragioni di carattere socio-culturale.

Le audizioni con i responsabili delle strutture socio sanitarie, situate nelle varie aree del territorio nazionale, hanno evidenziato realtà di funzionamento dei servizi assai diversificato. È emerso talora un rapporto problematico tra strutture sanitarie e consultori, segnalato anche dalle relazioni del ministero della salute.

#### 4.3. *Il modello consultoriale*

La legge n. 405 del 1975 ha avuto senz'altro una felice intuizione nel definire un modello di struttura, basato sulla sinergia di diverse figure professionali, in grado di garantire un approccio multidisciplinare al singolo caso ed arricchire a vicenda le competenze di tutti gli operatori impegnati in tali strutture.

La validità di tale modello – con cui la struttura ospedaliera, mirata prevalentemente agli aspetti di natura sanitaria, non può per sua natura competere – è stata più volte confermata nel corso del tempo, fino, di recente, dal Progetto obiettivo materno infantile, che ha riaffermato la centralità del consultorio per le politiche di tutela della salute della donna e per le politiche di sostegno alla famiglia, nell'ambito di un adeguamento degli strumenti e delle prestazioni dei servizi socio sanitari alle profonde modifiche del contesto demografico e culturale con cui essi devono oggi confrontarsi.

L'indagine conoscitiva è servita ad apprezzare lo sforzo compiuto da tutti gli

operatori nello svolgimento di un compito assai delicato, reso ancor più difficile dalle evidenti carenze del sistema, con riguardo sia al numero delle strutture effettivamente funzionanti, sia agli organici ridotti o incompleti sia alla mancata realizzazione di adeguati programmi di formazione professionale. I consultori, come già sottolineato, esistono spesso solo sulla carta, e non sono in grado di garantire ovunque quel servizio di carattere continuativo per il quale sono stati progettati.

Alcuni degli intervenuti hanno sottolineato una inadeguata attenzione all'evoluzione dei consultori nell'ambito del complessivo ridisegno dei servizi socio sanitari realizzato nel corso dell'ultimo decennio, anche a seguito della legge n. 328 del 2000; è stata lamentata una eccessiva « sanitarizzazione » del servizio, a scapito dei compiti di carattere assistenziale, psicologico e di consulenza giuridica per i quali sono stati ideati.

Ciò ha portato talora ad uno « svilimento » del consultorio e delle funzioni da esso esercitate, anche in relazione all'assenza delle risorse finanziarie e alla faticosità delle strutture; la scelta di utilizzare personale precario, con contratti di breve durata, oppure di impiegare personale « ad ore », senza un rapporto stabile e continuo con la struttura è solo una conseguenza di tale impostazione fortemente riduttiva del ruolo del consultorio.

Nonostante le carenze sopra evidenziate, il servizio consultoriale svolge con efficacia le proprie competenze nell'ambito delle procedure previste dalla legge n. 194 per l'interruzione volontaria di gravidanza, che rappresentano – è stato ribadito anche dal rappresentante della Conferenza delle Regioni – solo una percentuale molto bassa delle attività di prevenzione e assistenza complessivamente svolte in base alla normativa vigente.

#### 4.4 *L'attuazione delle procedure sull'interruzione volontaria di gravidanza.*

Più in generale, va sottolineato che, grazie al contributo di tutte le strutture socio sanitarie, le procedure per l'IVG

sono rigorosamente rispettate, secondo la tempistica prevista dalla legge.

Il ricorso all'IVG (praticata quasi esclusivamente presso istituti del servizio sanitario nazionale) avviene in tempi relativamente brevi: l'ultima relazione del Ministro della salute evidenzia che nel 62 per cento circa dei casi l'IVG è effettuata entro 14 giorni dalla richiesta, mentre nel 14,5 per cento dei casi richiede un periodo superiore alle 3 settimane.

Il giudizio complessivamente positivo sull'attuazione delle norme sull'IVG non deve far passare inosservati le difficoltà sottolineate da molti interventi, anche in relazione all'obiezione di coscienza da parte delle diverse figure professionali, riconosciuta dalla legge n. 194.

I dati sopra evidenziati si riferiscono alle medie nazionali; ma il massiccio fenomeno dell'obiezione di coscienza in talune realtà territoriali può avere un impatto negativo sulla possibilità di garantire l'effettivo svolgimento continuativo dei servizi, con conseguente fenomeno di mobilità verso altre regioni (nel corso dell'indagine è emerso per esempio il caso della Basilicata, dove in passato si è registrato un significativo fenomeno di « migrazione » verso la regione Puglia delle donne che volevano fare ricorso alla IVG).

Non va inoltre sottovalutato un certo « disinteresse » delle giovani generazioni dei ginecologi nei confronti della problematica dell'IVG, sottolineato nel corso dell'audizione dal rappresentante della Società italiana di ginecologia e ostetricia.

#### 4.5. *L'aborto clandestino*

Nel corso dell'indagine è stato più volte sottolineata la rilevanza che continua a rivestire nel nostro Paese il fenomeno degli aborti clandestini.

Molti soggetti intervenuti hanno ricordato il caso di donne che arrivano alle strutture del servizio sanitario nazionale in gravissime condizioni di salute a causa del ricorso a pratiche illegali volte a provocare un aborto.

Il rappresentante dell'Istituto superiore di sanità ha fornito stime inquietanti sul-

l'aborto clandestino: se nel 1987 si stimavano 85.000 aborti clandestini l'anno, nel 2001 questi sarebbero ancora pari a oltre 20.000.

Tali stime non trovano conferma nei dati illustrati dal rappresentante del Ministro della giustizia, il quale peraltro ha sottolineato che esiste una « zona grigia », costituita dalle organizzazioni criminali dedite allo sfruttamento della prostituzione, cui si collega inevitabilmente, ed in forma massiccia, l'istigazione all'aborto clandestino effettuato all'interno delle medesime organizzazioni criminali. I dati ufficiali a tale riguardo non consentono di cogliere la realtà nel suo effettivo dispiegarsi, rappresentando soltanto la « punta dell'iceberg », anche perché relativi soltanto all'aspetto giudiziario e non a quello investigativo.

Ai fini della valutazione del fenomeno dell'aborto clandestino non va comunque sottovalutata la paura, ancora esistente in certe fasce della popolazione, soprattutto nei piccoli centri, le quali temono che, andando in ospedale, il ricorso alla IVG possa essere di pubblico dominio, anche se la legge garantisce espressamente l'anonimato.

#### 4.6. *Le competenze del giudice tutelare*

In via preliminare, occorre ricordare che quella del giudice tutelare è una funzione specializzata del tribunale ordinario volta alla cura delle azioni e situazioni giuridiche relative alle persone incapaci, interdette, inabilite, soggette ad amministrazione di sostegno o minorenni.

Per quanto riguarda i profili della giurisdizione volontaria afferenti alle richieste di autorizzazione all'interruzione della gravidanza da parte di donne minorenni o interdette, è emerso nel corso dell'indagine conoscitiva – in particolar modo dall'audizione del sottosegretario alla giustizia Santelli – che la prassi applicativa della legge n. 194 è spesso differente a seconda del tribunale e che esistono d'altra parte alcune incertezze applicative.

Infatti, i giudici tutelari possono affrontare i casi loro sottoposti in modo diverso,

nel senso che, a parità di condizioni, giudici diversi possono provvedere in modo diverso. Il giudice tutelare ha infatti un certo margine di discrezionalità. La sua decisione si basa, oltre che sulla relazione trasmessa dal referente sanitario cui la minore si è rivolta, su un colloquio con la medesima. A tal proposito, però, risultano esistere significative divergenze applicative, in quanto alcuni giudici ritengono di dover entrare nel merito delle motivazioni addotte dalla minore e approfondire il caso, mentre altri giudici ritengono corretto soltanto un sostegno volto ad integrare la volontà non del tutto formatasi, limitandosi ad accertare che la scelta di procedere all'interruzione della gravidanza sia stata presa dalla donna liberamente, senza coercizioni morali.

Elementi integrativi del quadro emerso dall'audizione del sottosegretario Santelli sono stati forniti dai magistrati degli uffici del giudice tutelare presso i tribunali di Roma e Milano (questi ultimi non sono intervenuti in audizione, ma hanno trasmesso una relazione scritta).

L'esperienza dei tribunali di Roma e di Milano è pienamente riconducibile alla casistica generale precedentemente esposta. Nella grande maggioranza dei casi, si rivolgono al giudice tutelare ragazze che hanno scelto di non fidarsi con i genitori e che si presentano, pertanto, per lo più da sole (o comunque accompagnate da qualcuno che non è il genitore). Talvolta la minore è accompagnata dalla sola madre, consenziente; praticamente mai dal solo padre. È rarissimo, quindi – almeno in base all'esperienza dei tribunali di Roma e di Milano – che il giudice tutelare sia chiamato ad intervenire a causa del fatto che i genitori, consultati dalla minore, abbiano negato entrambi l'assenso all'interruzione della gravidanza. La casistica evidenzia soprattutto il fenomeno, da un lato, delle ragazze che temono il giudizio negativo dei genitori ovvero che hanno comunque un rapporto difficile con i propri familiari. Va sottolineato che la legge non impone la consultazione dei

genitori, in ragione dell'interesse a scongiurare il pericolo che la minore ricorra all'aborto clandestino.

Il giudice tutelare basa la sua decisione sulla relazione trasmessa dal referente sanitario al quale la ragazza si è rivolta in prima istanza: nella maggioranza dei casi si tratta del consultorio (meno spesso di una struttura socio-sanitaria, quasi mai del medico di fiducia). La serietà dei motivi per i quali la minore ha scelto di non coinvolgere i genitori vengono valutate dall'assistente sociale o dallo psicologo del consultorio (figura, quest'ultima, peraltro non obbligatoriamente presente nel consultorio).

Gli esperti del consultorio, a conclusione della relazione, formulano un parere, al quale il giudice tutelare – almeno nei tribunali di Milano e di Roma – tende ad attenersi. La decisione del giudice si basa, inoltre, su un diretto colloquio con la minore, nel corso del quale vengono discusse le ragioni del mancato coinvolgimento dei genitori, viene ripercorsa la valutazione di merito svolta dal referente sanitario in ordine alle motivazioni che inducono la minore a voler interrompere la gravidanza. Una volta accertato che la scelta dell'aborto sia volontaria e libera, e non dovuta, quindi, a condizionamenti, il giudice autorizza la minore a decidere se interrompere la gravidanza.

## 5. ALCUNE CONCLUSIONI

### 5.1. *La validità della scelta di effettuare un'indagine conoscitiva*

L'estrema importanza del tema dell'interruzione volontaria di gravidanza ha portato più volte il Parlamento a discutere queste tematiche nel corso degli ultimi venti anni, senza tuttavia procedere compiutamente ad una indagine conoscitiva in materia.

Pertanto, riconfermata l'assoluta volontà di non mettere in discussione i contenuti della legge n. 194 del 1978, si deve valutare positivamente l'iniziativa, assunta dalla Commissione affari sociali, di

ascoltare un elevato numero di soggetti (rappresentanti delle istituzioni centrali e regionali, operatori del settore, responsabili delle strutture sociosanitarie di diversa dimensione, sia pubbliche che private, esperti in materia, associazioni, associazioni di volontari, eccetera), appartenenti a differenti orientamenti culturali.

La ricchezza dei temi trattati, delle proposte avanzate e del serrato confronto avviato nella Commissione hanno confermato l'utilità dell'indagine finalizzata, è bene ribadirlo ancora una volta, non alla modifica della legge n. 194 – come sottolineato da tutti i parlamentari intervenuti e dallo stesso Ministro della salute – ma alla individuazione dei problemi esistenti nell'attuazione della legge: tutto ciò al fine di individuare gli strumenti atti a fornire la migliore assistenza possibile alla donna e al suo partner, nel momento in cui devono affrontare il dramma dell'IVG.

Sebbene non si ponga una questione di una modifica della legge n. 194, vanno comunque considerate le profonde modifiche del contesto istituzionale avvenute nel corso degli ultimi venti anni, a partire dal ruolo sempre più rilevante assunto dalle Regioni nella programmazione e gestione della spesa sanitaria.

In sede di attuazione sono emersi numerosi problemi (e le audizioni lo hanno confermato) che necessitano di una risposta organica. Le indicazioni contenute nel presente documento potranno rappresentare un utile contributo per le scelte che il prossimo Parlamento, insieme alle Regioni ed agli enti locali, dovrà effettuare per ridurre ancora di più il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e contrastare con ogni mezzo il fenomeno dell'aborto clandestino.

### 5.2. *Le proposte migliorative del sistema di rilevazione dei dati sull'IVG e sulle attività delle strutture socio sanitarie*

Proprio l'estrema delicatezza del tema in questione, e la necessità di elaborare nuove strategie di intervento, impongono una riflessione sulle modalità per miglio-

rare ulteriormente i dati sulla complessiva azione delle strutture pubbliche e private nelle attività di attuazione delle funzioni ad esse attribuite dalle leggi n. 405 del 1975 e n. 194 del 1978 e dal Progetto obiettivo materno infantile. Una migliore conoscenza dei dati rappresenta infatti il presupposto per una migliore attuazione di quella parte della legge che regola l'aspetto della prevenzione.

Questo obiettivo potrebbe essere utilmente realizzato attraverso un'Intesa in sede di Conferenza Stato regioni e province autonome, secondo le proposte già formalizzate dal Ministro della salute e acquisite agli atti della Commissione e volte ad una rilevazione periodica sulle attività dei consultori integrando il questionario trimestrale già utilizzato per la rilevazione statistica dei casi di IVG. Il rappresentante della Conferenza delle Regioni, nel corso dell'indagine, ha espresso la disponibilità delle Regioni a concordare le modalità operative per giungere ad un miglioramento della qualità delle informazioni e del sistema di rilevazione dei dati, che richiederanno comunque un forte impegno da parte di tutte le strutture interessate.

Gli ulteriori elementi di conoscenza – le cui risultanze sarebbero poi ulteriormente elaborate dall'ISTAT e dall'Istituto superiore di sanità – potrebbero riguardare, in particolare:

l'attività di informazione, prevenzione e assistenza svolta dai consultori all'interno delle strutture e al di fuori di esse, nonché gli orari effettivi di apertura;

i profili professionali attualmente presenti e i diversi rapporti di lavoro oggi prevalenti;

le forme di partecipazione del personale obiettore di coscienza alle attività di prevenzione nell'ambito della procedura prevista dalla legge n. 194;

le azioni di supporto (economico, legale, psicologico, assistenziale) attuate, ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 194, direttamente dalla struttura sanitaria, o

proposte all'ente locale, volte a rimuovere le cause che hanno portato la donna a richiedere l'IVG;

le circostanze indicate dalla donna, ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 194, al momento della richiesta della IVG;

il collegamento tra il consultorio e gli altri soggetti che operano sul territorio (medici di famiglia e strutture ospedaliere in cui si praticano le IVG);

il ruolo svolto dalle associazioni di volontariato e le convenzioni effettivamente stipulate;

i casi di maturazione di una scelta diversa dall'IVG da parte delle donne che hanno avviato tale procedura;

un più accurato monitoraggio delle cause alla base delle interruzioni volontarie della gravidanza dopo il novantesimo giorno, in particolare le anomalie o malformazioni del feto che hanno determinato l'IVG e gli esiti dell'eventuale riscontro diagnostico postabortivo;

### 5.3. *Il rilancio dei consultori*

Pur in assenza di dati puntuali, l'indagine conoscitiva è comunque servita a confermare il giudizio positivo sull'impianto della normativa statale e regionale sui consultori e sulle competenze ad esse attribuite.

Siamo in presenza di un patrimonio di esperienze e di professionalità che non vanno assolutamente disperse, ma semmai potenziate tramite specifici indirizzi all'interno dei piani sanitari nazionale e regionali, nonché dei piani degli interventi e servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000. Ciò consentirebbe un effettivo rilancio delle attività di prevenzione e assistenza, soprattutto nei confronti dei settori della società più deboli e svantaggiati, per i quali non esiste una realistica alternativa al consultorio.

È evidente che il compito più specifico della funzione consultoriale è l'offerta alternativa di consiglio e di aiuto onde evitare, se possibile, l'aborto.

Il rilancio del ruolo dei consultori risulta ancor più necessario se si considerano le nuove problematiche e patologie proprie della società moderna (dalla pedofilia, all'abuso sessuale, al fenomeno dell'alcolismo e dell'uso diffuso di droghe, fino al manifestarsi di rapporti estremamente conflittuali tra genitori e figli) che richiedono una risposta altamente qualificata, anche attraverso un aggiornamento della normativa sui consultori, che risale ad oltre 30 anni fa, come suggerito da alcuni parlamentari intervenuti nel corso del dibattito.

Il nodo delle risorse finanziarie aggiuntive con finanziamenti statali e regionali è ineludibile, come sottolineato più volte nel corso dell'indagine, al fine di migliorare le strutture, far fronte agli evidenti problemi di organico e potenziare i programmi di aggiornamento professionale; in particolare, il rappresentante della Conferenza delle Regioni ha evidenziato la necessità di migliorare l'accessibilità a tali servizi da parte delle differenti fasce della popolazione interessata, anche con l'aumento degli orari di apertura e la loro diversificazione. Il rappresentante della Conferenza delle Regioni ha altresì sottolineato l'esigenza di garantire l'effettiva gratuità della visita presso i consultori e di somministrare gratuitamente i mezzi anticoncezionali per determinate fasce di popolazione, con particolare riguardo ai minorenni e ai cittadini extracomunitari.

Nel corso delle audizioni sono state avanzate proposte di natura ordinamentale, volte a rilanciare il ruolo del consultorio, anche nell'ambito delle procedure per l'interruzione volontaria di gravidanza di cui alla legge n. 194.

Il colloquio della donna con una pluralità di soggetti previsto dalla procedura per l'IVG, anche nel caso in cui non portasse ad un ripensamento della donna sulla scelta effettuata, riveste in ogni caso una estrema rilevanza: il passaggio dal consultorio crea infatti le premesse per l'instaurazione di un rapporto più dura-

turo nel tempo, utile per la salute della donna ed anche al fine di evitare il fenomeno di un successivo ricorso all'aborto da parte della medesima persona.

Oggi la legge n. 194 offre diverse alternative per il rilascio del certificato necessario per l'effettuazione dell'intervento: si può ricorrere al medico di famiglia, all'ospedale (pubblico o privato accreditato) ovvero al consultorio. Quest'ultimo appare senza dubbio la struttura più adeguata per garantire quel supporto multidisciplinare alla donna che affronta il dramma dell'interruzione volontaria di gravidanza, anche se l'indagine conoscitiva ha evidenziato come molte realtà ospedaliere si sono attrezzate per assicurare un'assistenza ulteriore e complementare a quella strettamente sanitaria. Ed è per questo che va sottolineata favorevolmente la crescita del numero di richieste di certificato presso i consultori — mentre si riducono in parallelo le richieste avanzate al medico di famiglia, che appaiono forse meno in grado di svolgere quel ruolo di assistenza alla donna durante tutto il percorso che porta all'interruzione volontaria della gravidanza.

Sulla base di tali considerazioni è stato suggerito di prevedere una sorta di « filtro obbligatorio » del consultorio, rendendo quantomeno necessario in ogni caso la prenotazione dell'intervento per il tramite del consultorio. Alcune esperienze già realizzate in tal senso hanno evidenziato un conseguente, significativo aumento del ricorso alla struttura del consultorio anche per i colloqui preliminari previsti dalla legge con le diverse figure professionali.

Inoltre, si è prospettata l'ipotesi che, in presenza di organizzazioni di volontariato che si propongono di sostenere le maternità difficili o non desiderate, al consultorio venga attribuito il compito di far conoscere alla donna tale possibilità.

In ogni caso, il punto fermo deve essere rappresentato da una stretta collaborazione tra tutte le strutture impegnate su questo tema, inclusi i medici di famiglia (per i quali vanno individuate iniziative di sensibilizzazione su questo tema), al fine di consentire l'apporto delle diverse figure

professionali nell'ambito di una efficiente rete di servizi, così come delineata dalla legge quadro n. 328 del 2000.

#### 5.4. *Segue: le politiche attive sul territorio*

Va comunque sottolineato che tutte le altre funzioni assegnate ai consultori (corsi al parto, assistenza durante la gravidanza; visite dopo il parto; *pap test* e mammografia, corsi di educazione sessuale, eccetera) se realizzate continuativamente, costituiscono un importantissimo mezzo per combattere l'aborto, nell'ambito di un progetto di maternità consapevole. Per quanto riguarda in particolare l'educazione sessuale il Ministero della salute potrebbe promuovere in ogni regione almeno tre corsi annuali di educazione sessuale, da tenersi a cura dei consultori; il percorso didattico delle materie oggetto di insegnamento potrebbe essere indicato dal Ministero della salute di concerto con il Ministero della pubblica istruzione.

Molti interventi hanno sottolineato l'estrema rilevanza di politiche attive sul territorio, che assicurino un effettivo radicamento dei consultori, anche al fine di raggiungere maggiormente quei soggetti che con più difficoltà individuano in tali strutture il punto di riferimento dal punto di vista socio sanitario. È essenziale utilizzare a questo proposito tutti i canali disponibili, modulati al fine di penetrare nelle singole realtà presenti nel territorio, spesso assai differenziate.

In particolare, vanno potenziate le attività rivolte alle comunità di donne immigrate. Nel corso degli ultimi anni si sono infatti registrate rilevanti novità nella dinamica dei flussi di immigrazione. L'Italia è infatti sempre più interessata dalla presenza di cittadini di altri paesi, in particolare di origine extracomunitaria, ma anche provenienti da Paesi dell'Est Europa, nei quali il ricorso all'aborto è molto superiore a quello di altre popolazioni e ancora considerato come tecnica di controllo delle nascite.

Ma le straniere non costituiscono una realtà omogenea, in quanto provenienti da

realtà culturali e sociali assai diversificate. Risulta pertanto essenziale il ricorso alle figure di « mediazione culturale », capaci di favorire il superamento di quella « diffidenza » nei confronti delle strutture sanitarie italiane che spesso si registra da parte di molte donne.

Tali figure consentirebbero ai responsabili delle strutture socio sanitarie di conoscere realtà culturali, caratterizzate da un approccio ai problemi della sessualità e ai rapporti all'interno della coppia molto diverso dal nostro. Tramite questa mediazione culturale, sarebbe più facile « penetrare » all'interno di comunità spesso troppo chiuse al loro interno, favorendo la conoscenza da parte delle donne straniere dei diritti garantiti dalla legislazione italiana (anche per quanto concerne la normativa sul rispetto della volontà della donna di non essere nominata a seguito della nascita di un bambino) e delle opportunità che tutte le strutture impegnate sul territorio possono loro offrire.

Come è stato sottolineato nel corso delle audizioni, si può porre talvolta anche il problema di garantire per le donne di taluni paesi extracomunitari la presenza di ginecologi donne, in ragione della loro specifica cultura che porta a rifiutare (o vivere con forte resistenza) il rapporto della donna paziente con il medico uomo.

Una notevole attenzione va dedicata altresì a contrastare il significativo ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza da parte delle minorenni, per le quali l'aborto rappresenta un dramma ancora maggiore rispetto alle donne adulte. Evitare una gravidanza non desiderata risulta per esse importantissimo.

Nell'ambito delle audizioni è stata sottolineata da più parti l'importanza di prevedere l'obbligatorietà della presenza di uno psicologo quando la minorenne avvia la procedura per l'IVG.

Per un'efficace azione di prevenzione vanno ancor più potenziate le attività svolte all'interno dei consultori, con i cosiddetti « spazi giovani »: i consultori devono sforzarsi di divenire un interlocutore privilegiato dei più giovani, che possa garantire quel supporto di informazioni e

di assistenza anche psicologica che magari non riescono a trovare nella propria famiglia.

Naturalmente per la prevenzione è rilevantisimo il ruolo della scuola, anche in relazione all'approccio sempre più precoce alla sessualità da parte delle minorenni, cui non si accompagna un'adeguata educazione sessuale e per una maternità responsabile. I Ministeri della salute e dell'Istruzione hanno già avviato un progetto per l'educazione alla salute nella scuola, tra i cui temi c'è anche quello delle relazioni interpersonali e della sessualità; gli opuscoli realizzati a livello ministeriale, con l'indicazione dei possibili percorsi formativi, costituisce un utile supporto per l'attività degli insegnanti. Va peraltro precisato che una corretta e adeguata educazione sessuale — che spetta naturalmente anche alle famiglie —, non dovrebbe limitarsi ad una mera informazione sui metodi contraccettivi, ma concentrarsi sull'obiettivo di educare i giovani ai valori della persona, della vita, della famiglia, delle relazioni affettive e della procreazione responsabile.

Resta comunque affidata all'autonomia dei singoli istituti la definizione di ogni altra utile iniziativa per favorire la diffusione delle conoscenze in questo campo, garantendo informazioni corrette e precise ed accrescere la consapevolezza dei più giovani, anche per quanto concerne l'utilizzo corretto dei metodi contraccettivi, avviando ogni opportuna forma di collaborazione con i consultori e con esperti esterni.

#### 5.5. *Le politiche di aiuto alla prosecuzione della gravidanza e a tutela della maternità*

Alla base della scelta di ricorso all'IVG ci sono una pluralità di fattori di natura psicologica, culturale, economico e sociale. E la legge n. 194, ai fini di una tutela della maternità, sottolinea, in particolare agli articoli 2 e 5, lo sforzo e l'impegno che deve essere compiuto da tutte le strutture socio sanitarie, *in primis* dai consultori, ma anche dalle strutture ospedaliere in cui

si praticano le IVG e dai medici di famiglia, per individuare le possibili soluzioni ai problemi indicati dalla donna e cercare di rimuovere in questo modo le cause che inducono la donna a ricorrere alla interruzione di gravidanza.

Anche il documento recentemente approvato dal Comitato nazionale di bioetica « Aiuto alle donne in gravidanza e *post partum* » sottolinea la necessità di un impegno più accentuato per aiutare la donna che affronta il percorso della maternità; proprio le prime settimane della gravidanza danno luogo infatti a sentimenti contrastanti nella donna, che rendono quanto mai opportuna un'azione di sostegno, soprattutto dal punto di vista psicologico, volta a favorire il superamento di tali difficoltà.

In sede di indagine ci si è più volte soffermati a riflettere su quali siano le possibilità concrete di determinare un ripensamento della donna che abbia intrapreso la procedura per l'IVG, al fine di individuare le misure per incentivare la prosecuzione della gravidanza. Da parte del rappresentante dell'Istituto superiore di sanità sono state avanzate delle stime al riguardo, che indicano una percentuale di circa il 5 per cento di casi in cui la donna, dopo aver richiesto la certificazione, decide di proseguire la gravidanza, a seguito del colloquio presso il consultorio, l'incontro con il giudice tutelare o l'assistenza fornita dai servizi sociali e dalle organizzazioni del volontariato. Altri dati illustrati nel corso dell'indagine (ad esempio, da parte dei rappresentanti del Movimento per la vita) farebbero ipotizzare una percentuale più elevata di casi in cui un'adeguata azione di sostegno alla donna e alla sua famiglia può incidere sulla scelta definitiva.

Al di là delle stime al riguardo, appare comunque indispensabile individuare ogni utile strumento per assistere la donna che deve affrontare tale scelta, perché questo tipo di supporto sarà sempre importantissimo in termini di educazione sanitaria, di prevenzione, di informazione sui suoi diritti e sulle opportunità che l'ordinamento italiano, a tutti i livelli, è in grado di garantire. In particolare va ritenuto fon-

damentale l'aiuto che si offre alla donna nel momento in cui accede al colloquio previsto dall'articolo 5 della legge n. 194, disposizione la cui attuazione sembrerebbe rimasta insufficiente.

Attualmente sono previste una molteplicità di misure volte a favorire la scelta di maternità della donna.

Vale la pena sottolineare gli sforzi compiuti, anche di recente, per ampliare la rete dei servizi per la prima infanzia, anche attraverso la realizzazione di asili nido aziendali; i contributi economici riconosciuti in occasione della nascita di nuovi bambini; le agevolazioni fiscali per servizi per la prima infanzia e per servizi di *baby sitter*; i finanziamenti per agevolare l'acquisto della casa o la ricerca di un nuovo alloggio; la revisione della normativa sulle detrazioni per i carichi e famiglia; le risorse finanziarie di cui al Fondo nazionale per le politiche sociali, gestito in larga misura dalle Regioni, che ne destinano una quota rilevante per gli interventi a favore della famiglia. Come segnalato dal rappresentante della Confederazione italiana dei consultori familiari di ispirazione cristiana, sarebbe auspicabile l'istituzione di un Fondo sociale per la maternità.

Accanto a tali misure di carattere socio economico, vanno ricordate le innovazioni nel campo del diritto del lavoro, finalizzate ad una accentuata tutela della lavoratrice madre e alla introduzione di nuove e più flessibili forme di congedo, e favorire una ripartizione più equa tra uomini e donne del lavoro di cura, attraverso la fruizione maschile dei congedi parentali.

Proprio con riferimento alla legislazione sopra richiamata, molti soggetti intervenuti hanno sottolineato l'esigenza di estendere tali strumenti anche a fasce di popolazione che oggi può usufruirne solo marginalmente: un richiamo specifico va fatto, anche in questo caso, alle donne straniere che hanno un lavoro precario oppure non sono regolarizzate, per le quali la maternità determinerebbe quasi inevitabilmente la perdita del lavoro. Nuove e più avanzate forme di tutela nel campo del diritto del lavoro metterebbero la donna in grado di vivere la maternità

come un momento di gioia e non, come accade per certe fasce della popolazione, come un dramma.

#### 5.6. *Il ruolo del volontariato*

Nell'ambito delle azioni a favore della famiglia e in particolare della donna in gravidanza, merita una particolare riflessione il pieno utilizzo del potenziale di risorse umane che può essere assicurato dal volontariato, come peraltro prevede l'articolo 2 della legge n. 194.

L'indagine conoscitiva ha infatti consentito di porre in evidenza le esperienze molto positive di raccordo tra le strutture socio sanitarie e le associazioni del volontariato e i risultati proficui realizzati, sottolineati anche dal rappresentante della Conferenza delle Regioni; anche se non sono mancate le voci di esponenti del mondo dell'associazionismo che hanno evidenziato situazioni di mancato o insufficiente dialogo tra le diverse realtà.

Il volontariato, nel rispetto del pluralismo culturale, deve svolgere un ruolo di ausilio nell'ambito della rete di servizi a tutela della maternità responsabile; il collegamento in rete delle associazioni di volontariato con le strutture pubbliche

consultoriali e ospedaliere e con tutti gli altri servizi socio-sanitari operanti sul territorio appare lo strumento più idoneo – come affermato anche da molti soggetti intervenuti nel corso delle audizioni – a perseguire gli obiettivi di tutela della maternità e di prevenzione affermati solennemente dalla legge n. 194.

Occorre pertanto che le strutture pubbliche svolgano una efficace attività di informazione sull'esistenza e sull'azione svolta dal volontariato sia in generale sia riguardo ai singoli casi in cui viene richiesta l'IVG, lasciando ovviamente libera la donna di avvalersene o no. In tal senso potrebbe essere auspicabile sia una nuova normativa che preveda incentivi per agevolare forme di collaborazione sempre maggiori fra i consultori e le associazioni di volontariato, sia, come suggerito dal rappresentante delle regioni, la elaborazione, da parte delle singole aziende sanitarie, di protocolli di collaborazione con le organizzazioni di volontariato.

È naturalmente indispensabile definire, in sede di convenzione, i compiti affidati a tali associazioni, al fine di assicurare che la scelta della donna avvenga in autonomia e nella piena consapevolezza di tutti gli strumenti previsti dall'ordinamento.