

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO
INDAGINE CONOSCITIVA****11.****SEDUTA DI MARTEDÌ 24 GENNAIO 2006****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GIUSEPPE PALUMBO****INDICE**

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3
INDAGINE CONOSCITIVA SULL'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:	
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3, 7, 9
Baiamonte Giacomo (FI)	9
Bolognesi Marida (DS-U)	7, 9
Conti Giulio (AN)	7
ALLEGATO: Proposta di documento conclusivo	10

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Forza Italia: FI; Democratici di Sinistra-L'Ulivo: DS-U; Alleanza Nazionale: AN; Margherita, DL-L'Ulivo: MARGH-U; UDC Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro (CCD-CDU); UDC (CCD-CDU); Lega Nord Federazione Padana: LNFP; Rifondazione comunista: RC; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com.it; Misto-La Rosa nel Pugno: Misto-RosanelPugno; Misto-Verdi-l'Unione: Misto-VU; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.linguist.; Misto-Liberal-democratici, Repubblicani, Nuovo PSI: Misto-LdRN.PSI; Misto-Popolari-UDEUR: Misto-Pop-UDEUR; Misto-Ecologisti democratici: Misto-ED.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 14,10.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante la trasmissione attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Esame del documento conclusivo.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'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, l'esame del documento conclusivo.

Nella seduta odierna mi limiterò ad illustrare la proposta di documento conclusivo da me predisposta, mentre successivamente la Commissione valuterà gli eventuali suggerimenti che verranno da parte dei colleghi.

La decisione di dare corso all'indagine conoscitiva avente ad oggetto lo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », è stata adottata dall'uf-

ficio di presidenza della Commissione, dopo un lungo e vivace dibattito, nella seduta del 30 novembre 2005. Il Presidente della Camera, con lettera del 2 dicembre 2005, ha fatto presente che non sussistevano ragioni ostative allo svolgimento dell'indagine stessa. Il Presidente della Camera ha altresì evidenziato la necessità di aumentare il numero dei soggetti da ascoltare, per consentire un maggiore approfondimento del tema da parte dei membri della Commissione, nonché la necessità di tenere fermo il termine per la conclusione dell'indagine, fissato nel programma al 31 gennaio 2006.

Nella successiva riunione del 13 dicembre 2005, l'ufficio di presidenza della Commissione ha quindi ampliato il programma dell'indagine, stabilendo la serie delle audizioni. Nella medesima data, la Commissione ha deliberato l'avvio dell'indagine conoscitiva, precisando che dagli obiettivi della stessa indagine « esula l'intento di mettere in discussione i contenuti della legge n. 194 del 1978 ». Ribadisco e sottolineo tale precisazione, posta nelle premesse per la richiesta dell'indagine conoscitiva, per fugare alcuni dubbi sorti al riguardo.

Nel corso dell'indagine, la Commissione ha proceduto alle audizioni di circa quaranta soggetti, tra cui il ministro della salute, i rappresentanti dell'Istituto nazionale di statistica e dell'Istituto superiore di sanità, i rappresentanti di vari enti ed ospedali, diverse associazioni laiche e cattoliche, i rappresentanti dei consultori, i ginecologi, il sottosegretario di Stato per la giustizia, i rappresentanti degli uffici del giudice tutelare presso i Tribunali di Roma e Milano, i rappresentanti della Conferenza delle regioni.

Per quanto riguarda il quadro di riferimento normativo, la legge n. 194 del 1978, all'articolo 1, stabilisce che 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. 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 delle 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. Nell'articolo 5 sono descritti gli altri strumenti che i consultori debbono adottare, per favorire la prevenzione secondaria.

Nel corso degli anni numerosi provvedimenti, a livello sia nazionale sia regionale, hanno arricchito le competenze dei consultori. In particolare, la legge n. 34 del 1996, nell'ambito dei finanziamenti previsti per le strutture sociosanitarie, 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 ventimila abitanti (obiettivo la cui effettiva attuazione è da verificare). Ricordo anche la legge n. 285 del 1997, che richiama il ruolo dei consultori nell'ambito dell'attuazione dei progetti a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sottolineo altresì, all'interno dei piani sanitari nazionali e regionali, la specifica attenzione rivolta alle attività che devono svolgere i consultori, nell'ambito della prevenzione dei problemi riguardanti la gravidanza e l'interruzione volontaria di gravidanza. Tali azioni concernono l'offerta di colloquio, la garanzia del supporto psicologico e sociale e, qualora ne esistano le

condizioni, l'attivazione di servizi sociali per gli opportuni interventi di natura sociale e sanitaria.

Da ultimo, la legge n. 40 del 2004, recante «Norme in materia di procreazione medicalmente assistita», ha attribuito ai consultori 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.

Per quanto riguarda i dati esaminati sull'interruzione volontaria di gravidanza, disponiamo di quelli che ogni anno ci vengono forniti dai Ministeri della salute e della giustizia, da cui si evince che, dal 1982 in poi, l'interruzione volontaria di gravidanza ha registrato un *trend* costante di diminuzione del numero dei casi. Tuttavia negli ultimi due anni si evidenzia un fatto nuovo: i dati indicano un leggero incremento del 3,4 per cento, crescita che riguarda in gran parte la popolazione delle immigrate, ma in minima parte, come ha fatto rilevare il rappresentante delle regioni nel corso della sua audizione, anche le italiane. Tutto ciò giustifica ancora una volta, ove ve ne fosse stato bisogno, l'importanza di un'indagine in tal senso, che non è stata mai avviata.

I dati riflettono soprattutto le tendenze sulla presenza delle donne straniere in Italia, il cui tasso di abortività è molto più elevato rispetto a quello delle donne italiane. Per quanto riguarda questo problema, nelle successive audizioni è stato evidenziato anche dal rappresentante del Ministero della giustizia e dai giudici che le immigrate che si rivolgono alle strutture per l'interruzione di gravidanza spesso appartengono ad un ambito sociale abbastanza caratterizzato (prostitute, tratta di donne, sfruttamento della prostituzione, droga). Tuttavia, quello che non si evince dai dati forniti dai Ministeri della salute e della giustizia è una valutazione sul reale svolgimento dell'attività che i consultori e le strutture sociosanitarie esercitano in base alla parte cosiddetta sociale della legge, cioè gli articoli 2 e 5. Infatti, lo

stesso ministro nel corso della sua audizione ha proposto che l'attuale questionario venga aggiornato ed integrato, in maniera tale che in futuro si possa verificare quale attività svolgono i consultori, non per gli aspetti puramente clinici dell'applicazione della legge — tutti i dati indicano che, sebbene non in maniera uniforme in tutta Italia, la legge viene applicata —, ma sulla parte sociale, che sembra la più deficitaria, per cercare effettivamente di tutelare la maternità sin dal suo inizio.

Dall'indagine sembra che ciò possa anche derivare dal fatto che i consultori non sono così uniformemente distribuiti in tutta Italia, perché sussiste la solita differenza fra il nord, il centro e il sud, che è il più penalizzato. I consultori dovrebbero essere uno ogni 20 mila abitanti e ciò non si verifica soprattutto al sud, mentre accade solo in alcune regioni del nord. Inoltre, dovrebbe essere assicurata la presenza di tutti gli operatori previsti nei consultori familiari (il ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica e via dicendo), mentre non sempre è così. In questo caso è stato fatto notare, soprattutto dagli operatori dei consultori, che purtroppo gli orari e la presenza (in definitiva, la parte clinica dell'attività dei consultori) risultano spesso penalizzati da quando tali strutture sono passate alle ASL.

Vorrei ora elencare i principali problemi emersi dall'indagine conoscitiva. Per quanto riguarda i consultori, occorre una distribuzione più uniforme su tutto il territorio nazionale. Il modello consultoriale è valido e, probabilmente, viene invidiato in altre regioni europee, ma va sicuramente migliorato, integrato. I consultori devono essere soprattutto collegati in rete con tutte le realtà sociali nell'ambito regionale e comunale, in maniera tale che si possa svolgere l'azione di prevenzione, spesso attuata in maniera incompleta ed insufficiente.

Per quanto riguarda le proposte migliorative dell'attuazione della legge, ribadisco ancora una volta che la stessa deve essere applicata soprattutto nella parte

concernente la prevenzione, sia primaria che secondaria. I diversi soggetti auditi hanno fatto rilevare che la prevenzione primaria riguarda le scuole e l'educazione sessuale. Personalmente, più che educazione, preferisco chiamarla informazione sessuale, che non riguarda solo la contraccezione ma è un discorso più ampio che si deve concentrare anche su obiettivi legati ai valori della persona, della famiglia e, conseguentemente, anche alla procreazione responsabile. Spesso i giovani trascurano tali aspetti, sui quali bisognerebbe insistere maggiormente. So che esistono dei programmi tra i Ministeri della salute e dell'istruzione, che hanno già avviato un progetto per l'educazione alla salute nella scuola, tra i cui temi è presente anche quello dell'indicazione di possibili percorsi formativi in questo campo per apportare dei miglioramenti.

Circa le politiche attive sul territorio in riferimento alla prevenzione secondaria, si tratta della parte più carente della legge, al di là del fatto che, come abbiamo detto all'inizio e come ha fatto rilevare anche il ministro della salute, non vi è alcun dato che evidenzia quante persone, a cui è stato proposto un aiuto o un'altra « via » rispetto all'interruzione di gravidanza, poi non l'abbiano attuata. I dati in questo senso sono un po' contrastanti, perché il rappresentante dell'Istituto superiore di sanità sostiene che questa percentuale non supera il 5 per cento, mentre i rappresentanti del Movimento per la vita hanno indicato percentuali più elevate. Evidentemente, se non si avvia un'indagine e se non inserisce nel questionario un punto che ci consenta di ottenere questa risposta, i dati non potranno mai essere effettivamente confrontati. Recentemente, è stato pubblicato anche un documento del Comitato nazionale di bioetica, che contiene un capitolo dedicato proprio all'aiuto che occorre fornire alle donne che hanno intenzione di interrompere la gravidanza. In questo documento si è giustamente fatto rilevare che per la donna il primo momento è il più pesante, perché è quello dell'angoscia e dell'ambivalenza nel volere

e nel non volere il figlio: è il momento cruciale in cui la donna deve essere aiutata.

Per attuare le proposte contenute nel documento conclusivo, che sono state formulate alla luce di quanto emerso nelle audizioni, occorre mettere in rete tutte le strutture sociosanitarie, dai consultori ai medici di famiglia, anche perché la certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza non avviene, per la maggioranza dei casi, nei consultori: nei consultori avviene solamente nel 30 per cento dei casi, mentre nel 70 per cento avviene al di fuori di tali strutture. I rappresentanti dei consultori sostengono che soltanto il 10 per cento del lavoro consultoriale è finalizzato all'applicazione della legge n. 194, mentre il 90 per cento si occupa di tanti altri problemi.

I certificati che vengono redatti dai medici di famiglia o direttamente dalle strutture ospedaliere non sempre rappresentano — come è stato rilevato — un intervento finalizzato all'attuazione della prevenzione secondaria.

Un'altra problematica emersa nel corso dell'indagine riguarda il fatto che spesso i centri più piccoli sono organizzati meglio, per cui i collegamenti tra le varie strutture che intervengono risultano essere più validi ed efficienti. Se non ricordo male, in un ospedale di Matera, per esempio, il medico si reca a lavorare anche presso il consultorio, per cui esiste un collegamento molto stretto tra le due strutture.

Per quanto riguarda l'aborto clandestino, esistono alcuni dati che tuttavia non possono essere quantificati in modo preciso; infatti, il Ministero della giustizia ha riferito cifre diverse al riguardo.

Il giudice tutelare, che si occupa delle autorizzazioni per l'interruzione della gravidanza delle minorenni, ha sottolineato, durante la sua audizione, l'importanza in tale ambito dell'intervento di uno psicologo, proponendo che tale figura sia resa obbligatoria.

Un problema inerente le attività del Ministero della giustizia è quello evidenziato dal giudice tutelare, quando ha rilevato che la maggioranza dei casi di

interruzione di gravidanza riguarda le immigrate poste ai margini della nostra società, coinvolte spesso in attività di prostituzione o di traffico di droga.

L'auspicio di tutti i soggetti interessati è che nei consultori siano presenti i cosiddetti «mediatori culturali», al fine di favorire l'attuazione della legge.

Ricordo inoltre che attualmente sono previsti diversi aiuti che possono essere concessi al fine di 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 prima casa o per la ricerca di un nuovo alloggio, la revisione della normativa sulle detrazioni per carichi di 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 in favore della famiglia. A tale fine, come segnalava il rappresentante della Confederazione italiana dei consultori familiari di ispirazione cristiana, sarebbe auspicabile l'istituzione di un Fondo sociale per la maternità.

È stata inoltre evidenziata la necessità di diffondere l'informazione sulla possibilità di adottare i bambini nati da madri che non intendano dichiararsi.

Per quanto riguarda la presenza del volontariato nei consultori, che rappresenta uno dei motivi principali per cui è stata avviata l'indagine conoscitiva, dalle audizioni delle varie associazioni laiche e cattoliche è risultato evidente come nessuna di esse intenda istituzionalizzare la propria presenza all'interno dei consultori. Tuttavia, le stesse ritengono opportuno stabilire una sempre più stretta collaborazione tra le attività dei consultori ed il volontariato, attraverso la stipula di convenzioni e protocolli d'intesa, per fornire un maggiore aiuto alle donne che affrontano tale problema, al fine di perseguire, soprattutto, obiettivi di tutela della maternità e di prevenzione, come affermato

solennemente nella legge n. 194, purtroppo nel rispetto dell'autonomia decisionale delle donne.

Ho cercato di essere equilibrato ed oggettivo nel riportare nella proposta di documento conclusivo tutto quanto è emerso durante le audizioni; tuttavia, la mia relazione potrà apparire a molti carente per alcuni aspetti del problema. Gradirei allora che da parte dei colleghi della Commissione provenissero gli opportuni suggerimenti, in modo tale che sul documento conclusivo possa registrarsi la massima condivisione possibile.

Concludo ringraziando gli uffici della Camera per la collaborazione fornitami nella stesura della proposta di documento conclusivo.

GIULIO CONTI. Intervengo sull'ordine dei lavori per chiedere di quanto tempo disponiamo per esaminare la proposta di documento conclusivo e quanto spazio abbiamo per indicare eventuali modifiche o integrazioni.

PRESIDENTE. All'esame saranno dedicate le sedute di oggi e domani. Invito i colleghi a presentare proposte di modifica, di cui discuteremo insieme.

GIULIO CONTI. Le eventuali proposte emendative saranno poste in votazione?

PRESIDENTE. Mi sembra che affrontare l'esame del documento conclusivo limitatamente all'eventualità di votare le proposte modificative sia un modo un po' troppo « fiscale » per cominciare. Il documento all'esame rappresenta la mia proposta; se non lo condividete del tutto, potremo esaminare insieme le opportune modifiche o integrazioni che saranno da voi suggerite. Tuttavia, se le proposte saranno tali da stravolgere il senso dell'intero documento, è ovvio che qualche problema mi si porrà. Se invece tali interventi saranno volti a migliorare il testo, sarò felice di lavorare per il raggiungimento di tale obiettivo.

GIULIO CONTI. Allora gli interventi accettati saranno solo quelli di tipo positivo?

PRESIDENTE. Lei potrà proporre tutto quello che riterrà opportuno.

MARIDA BOLOGNESI. Presidente, le do atto di aver riportato nella proposta di documento conclusivo i dati e le questioni che ne conseguono. Devo, comunque, rilevare che ciò poteva avvenire anche attraverso una discussione approfondita della relazione al Parlamento, nella quale — come è stato riconosciuto — sono contenuti gli strumenti che ci permettono di effettuare una rilevazione e un monitoraggio sulla legge.

Intervengo nella seduta odierna sia perché domani non potrò essere presente, sia in quanto desidero fornire dei suggerimenti che, qualora fossero ritenuti positivi, potrebbero essere presi in considerazione.

Credo che il primo elemento da considerare siano le rilevazioni; infatti, quando c'è la rilevazione dei dati, il sistema di monitoraggio viene considerato valido, ma non è sempre così. In questa rilevazione, ad esempio, non emerge mai l'intero problema dell'obiezione di coscienza, che per noi è un tema consolidato e che sarebbe necessario avere chiaro per verificare il profilo dell'efficienza del servizio pubblico. Sarebbe fondamentale, quindi, sapere attraverso un sistema di rilevazione se l'obiezione di coscienza garantisca o meno il servizio. Ritengo che questo sia un elemento importante per coloro ai quali stanno a cuore il sistema e il funzionamento delle leggi.

Un altro problema riguarda la questione della « macchia di leopardo » che lei, presidente, ha giustamente evidenziato nel funzionamento e nel monitoraggio: a mio parere potremmo rendere più stringente la possibilità di potenziare il funzionamento e la qualità dei servizi resi alle donne. Occorre verificare, nella relazione al Parlamento, da un lato quanto incida sul reale servizio alla salute delle donne l'obiezione di coscienza e dall'altro che cosa significhi « macchia di leopardo », perché prima di intervenire e garantire un servizio le cose debbono essere palesemente individuate.

Esprimo soddisfazione per l'inserimento nella proposta di documento conclusivo del riconoscimento del ruolo dei consultori, che a mio avviso costituisce uno dei punti più qualificanti. Ritengo tuttavia opportuno sottolineare due punti: la necessità di coinvolgere maggiormente le professioni sanitarie (mi sembra che questo concetto sia presente nel documento, ma in maniera sfumata, per cui bisognerebbe svilupparlo) il cui ruolo attivo va sostenuto; l'esigenza di prendere in considerazione le proposte delle regioni.

Infatti, nel testo è ben riportata la proposta del ministro, mentre mancano le proposte dei rappresentanti della Conferenza delle regioni, i quali hanno fornito importanti suggerimenti riguardanti sia il potenziamento finanziario dei consultori sia l'aumento del personale degli stessi, evidenziando il loro ruolo positivo per la salute sul territorio. Ad esempio, nel paragrafo 5.3 della proposta di documento conclusivo, relativo al rilancio dei consultori, tra parentesi vengono indicate le problematiche su cui si agisce quando il danno è già intervenuto (la pedofilia, l'abuso sessuale e quant'altro). Io, invece, in questo elenco evidenzierei il ruolo che svolgono i consultori nella prevenzione sanitaria, magari solo inserendo una parola.

Ritengo, quindi, necessario mettere in risalto le proposte della Conferenza delle regioni; ad esempio, l'assessore Rossi ha ragionato addirittura sulla possibilità di rendere gratuiti i farmaci anticoncezionali o comunque di assumere in proposito un'iniziativa forte. Non sostengo la necessità di inserire nel testo proprio questa proposta, non essendo un elemento probante; ma occorre almeno registrare alcuni dei suggerimenti avanzati dai rappresentanti della Conferenza delle regioni anche perché, tra l'altro, sono molto interessanti.

Personalmente sono contraria ad usare il termine « prevenzione secondaria », di cui al paragrafo 5.5, perché ha una valenza più sociale che medico-sanitaria; è chiaro, infatti, che se una donna ha una gravidanza non è malata, mentre questa

formula è molto usata in oncologia. A mio parere bisognerebbe individuare un modo diverso per definire il sostegno da fornire alle donne che scelgono di rivolgersi al consultorio, avendo deciso, magari nel dramma, di interrompere la gravidanza, ma senza convinzione. Definire questo sostegno con il termine « prevenzione secondaria » mi sembra sbagliato, perché la fa apparire come una campagna di *screening* rivolta a tutte le donne che si recano al consultorio.

Nel medesimo paragrafo 5.5 condivido l'elencazione delle misure volte a favorire la scelta di maternità, ma non sono d'accordo sul fatto che siano considerate come attuate. Vengono infatti elencati una serie di strumenti che permetterebbero oggi alle donne di considerare libera la scelta della maternità, ma in realtà non è così. Posso capire che si sia compiuto uno sforzo, ma oggi non possiamo raccontare alle donne che sono libere perché si è già fatto tutto; credo, infatti, che certi aspetti vadano indicati in maniera più problematica. Diciamo pure che si è compiuto uno sforzo, ma sicuramente sul terreno dei servizi alla primissima infanzia, sulla tutela del lavoro durante la gravidanza per le donne che, ad esempio, non abbiano contratti garantiti sotto il profilo della maternità — sono ormai tantissime le figure professionali di questo tipo — è stato fatto poco; anzi, con la legge n. 30 si sono addirittura moltiplicate le forme di flessibilità e precarietà del lavoro e tutto questo non garantisce la maternità.

Sostenere, quindi, che siano stati già raggiunti tutti questi obiettivi non corrisponde alla percezione di questi problemi da parte delle donne. Sarebbe preferibile precisare che ci si è impegnati, per poi lasciare giudicare ai cittadini se lo sforzo sia stato sufficiente o meno, ma che esiste ancora molta strada da fare; si tratterebbe di un'operazione di maggior verità rispetto alla grande problematica rappresentata dall'avere una maternità e un grande problema di lavoro, una maternità e un grande problema dei servizi alla primissima infanzia, una maternità e un grandissimo problema riguardante il tema del-

l'impovertimento delle famiglie o di una vera politica di sostegno alla genitorialità e alla famiglia. Dalla lettura del testo si evincerebbe invece che tutto ciò sia stato realizzato, che finalmente le donne siano libere di scegliere la propria maternità e che, quindi, la decisione di abortire sia dettata da altre ragioni.

Purtroppo sappiamo che non è così; suggerisco quindi una maggiore operazione di verità, su cui non c'è un problema di maggioranza o di opposizione, ma di concretezza rispetto alle condizioni del paese.

Mi sembra giusto, invece, che in altri passaggi dello stesso paragrafo si rilevi la necessità di potenziare i servizi sociosanitari e di attribuire un ruolo anche alle associazioni di volontariato così configurate.

Dobbiamo affermare la necessità di consegnare alla prossima legislatura un messaggio importante sulle problematiche da affrontare, per favorire la famiglia e la salute delle donne. Ritengo utile, allora, esaminare tali questioni, più che mettere in discussione la legge n. 194, come è stato richiesto in diverse manifestazioni e con alcune prese di posizione autorevoli.

GIACOMO BAIAMONTE. Ma l'ha detto il ministro in questa sede!

MARIDA BOLOGNESI. Se pensa che non sia autorevole l'intervento di un ministro...! Questo sto dicendo, infatti.

Se ancora oggi permangono varie problematiche, rilevate dallo stesso documento conclusivo, come gli aborti clandestini, i problemi delle giovani donne, quelli delle immigrate, il potenziamento dei consultori, dobbiamo riflettere su tali argomenti, in modo che chi si occuperà in futuro della materia possa disporre di un buon punto di partenza per procedere verso il potenziamento dei consultori, attraverso l'incremento delle risorse umane e degli investimenti economici.

PRESIDENTE. Vorrei far presente all'onorevole Bolognesi che nel documento è riportata la percentuale dei dati disponibili per quanto riguarda l'incidenza dell'obiezione di coscienza.

Inoltre, fra i vari suggerimenti proposti, si evidenzia in particolare l'attività di informazione, prevenzione e assistenza svolta dai consultori all'interno delle strutture ed al di fuori di esse, nonché gli orari effettivi di apertura. In pratica, si cerca di controllare effettivamente l'attività svolta dagli stessi consultori, nell'ambito dell'applicazione della legge n. 194.

Per quanto riguarda le norme approvate di carattere socio-economico, la proposta di documento conclusivo ricorda, sì, le innovazioni nel campo del diritto del lavoro, ma evidenzia anche la necessità di un loro miglioramento, in particolare al fine di ripartire in modo più equo tra uomini e donne il lavoro di cura, attraverso la fruizione maschile dei congedi parentali. Nel documento si evidenzia altresì la necessità di nuove e più avanzate forme di tutela nel campo del diritto del lavoro, che porrebbero la donna in grado di vivere la maternità come un momento di gioia.

Concludo ricordando che stiamo esaminando non una proposta di legge, bensì una proposta di documento conclusivo di un'indagine conoscitiva, in cui evidenziamo l'opportunità di migliorare la legge.

Nel ringraziare i colleghi intervenuti, rinvio il seguito dell'esame del documento conclusivo alla seduta già convocata per domani, alle ore 14.

La seduta termina alle 14,55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 10 febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

Indagine conoscitiva sull'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.

PROPOSTA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO

INDICE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">1. Premessa.2. Quadro di riferimento normativo.<ul style="list-style-type: none">2.1. L'istituzione dei consultori2.2. 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.<ul style="list-style-type: none">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.<ul style="list-style-type: none">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.<ul style="list-style-type: none">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. | <ul style="list-style-type: none">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 « prevenzione secondaria » del ricorso all'IVG ed il ruolo del volontariato.
<ul style="list-style-type: none">1. <i>Premessa.</i><p>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.</p><p>A conclusione di un lungo e vivace dibattito, l'Ufficio di Presidenza ha convenuto, nella riunione del 30 novembre 2005, 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.</p><p>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</p> |
|---|--|

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, on. 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, on. 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 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 una disciplina organica a favore della tutela della maternità, ampliando a tal fine le competenze dei consultori e aumentando conseguentemente 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 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.

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 effettiva. 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. 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, la decisione spetta al giudice tutelare, previa relazione della struttura sanitaria, del consultorio o del medico di fiducia. 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. 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 regionale, 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, nel-

l'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, ecc) 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 pre-

venzione, 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 minorenne 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 eccetera) 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).

Da ultimo, la legge n. 40 del 2004 (*Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*) ha attribuito ai consultori 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 sicura-

mente 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 trova la sua ragione fondamentale 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 sovra 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.

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 incide anche sul rilevante fenomeno delle recidive, sottolineato 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 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 feno-

meno 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 adottate, sono preponderanti quelle di carat-

tere 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, anche al fine di individuare nuove e più avanzate soluzioni di carattere legislativo o amministrativo. 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 cen-

tro e nord Italia, che risultano sprovviste di un'adeguata rete di consultori.

Nel corso dell'indagine conoscitiva, il rappresentante dell'Istituto superiore di sanità ha fatto specifico riferimento, a titolo di esemplificativo, al caso di Ostia, circoscrizione del Comune di Roma, che vanta solo due consultori, pur in presenza di 250.000 abitanti circa: la carenza risulta ancor più grave se si considera che in questa circoscrizione si registra una forte presenza di immigrati e di popolazione molto giovane.

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; è stata lamentata una eccessiva « sanitizzazione » 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 faticenza delle strutture; la scelta di utilizzare personale precario, con contratti di breve durata, oppure di impiegare personale « ad ore », senza un rap-

porto 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 rigore 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 sovra 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 sull'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 al traffico 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, inabilitate, 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 minorenne 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 minorenne 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 espo-

sta. Nella grande maggioranza dei casi, si rivolgono al giudice tutelare ragazze che hanno scelto di non confidarsi 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 minorenne 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 minorenne 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 minorenne, 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 ad 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.

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.

L'impianto della legge n. 194 (così come quello della legge n. 405) risulta ancora valido. Ma 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 migliorare 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, sia primaria che secondaria.

Questo obiettivo potrebbe essere utile 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 ulterio-

mente 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 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;

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.

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 del Piano sanitario nazionale ed i piani sanitari regionali, ai fini di 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.

Il rilancio del ruolo dei consultori risulta ancor più evidente se si considerano le nuove problematiche e patologie proprie della società moderna (dalla pedofilia, all'abuso sessuale, fino al manifestarsi di rapporti estremamente conflittuale tra genitori e figli) che richiedono una risposta altamente qualificata.

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.

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 duraturo 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 multi-

disciplinare 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 di 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.

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. Va segnalata come un fatto positivo, a tale riguardo, l'esperienza del medico ospedaliero dell'Ospedale civile di Matera, che nel corso dell'indagine ha evidenziato di svolgere la sua attività presso il consultorio (e non presso la sua struttura ospedaliera), considerato probabilmente ambiente più idoneo per assicurare un'assistenza alla donna che affronta l'IVG.

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 gravi-

danza; visite dopo il parto; pap test e mammografia, corsi di educazione sessuale etc) se realizzate continuativamente, costituiscono un importantissimo mezzo per combattere l'aborto, nell'ambito di un progetto di maternità consapevole.

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 pre-

cisato che una corretta e adeguata educazione sessuale, non dovrebbe limitarsi ad una mera informazione sui metodi contraccettivi, ma concentrarsi sull'obiettivo di educare i giovani ai valori della persona, 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 « prevenzione secondaria » del ricorso all'IVG ed il ruolo del volontariato.*

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 potenziare la prevenzione secondaria. 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 fondamentale 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 norma-

tiva 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.

Nell'ambito delle azioni a favore della famiglia, merita una particolare riflessione il pieno utilizzo del potenziale di risorse umane che può essere assicurato dal volontariato.

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.

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.

€ 0,60



14STC0020020