

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 faticanza 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 sopra evidenziati si riferiscono alle medie nazionali; ma il massiccio fenomeno dell'obiezione di coscienza in talune realtà territoriali può avere un impatto negativo sulla possibilità di garantire l'effettivo svolgimento continuativo dei servizi, con conseguente fenomeno di mobilità verso altre regioni (nel corso dell'indagine è emerso per esempio il caso della Basilicata, dove in passato si è registrato

un significativo fenomeno di « migrazione » verso la regione Puglia delle donne che volevano fare ricorso alla IVG).

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

4.5. *L'aborto clandestino.*

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

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

Il rappresentante dell'Istituto superiore di sanità ha fornito stime inquietanti 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, inabilite, soggette ad amministrazione di sostegno o minorenni.

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

Infatti, i giudici tutelari possono affrontare i casi loro sottoposti in modo diverso, nel senso che, a parità di condizioni, giudici diversi possono provvedere in modo diverso. Il giudice tutelare ha infatti un certo margine di discrezionalità. La sua decisione si basa, oltre che sulla relazione trasmessa dal referente sanitario cui la 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 minorenni 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 minorenni 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 minorenni, 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 ulterior-

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.