

trodestra, ha dichiarato in maniera leale ed aperta la sua posizione, che è frutto anche della sensibilità politica della componente parlamentare di appartenenza, ma è rimasta in aula, nell'attesa di votare « no » sul documento conclusivo, con grande rispetto della democrazia. E noi, rappresentanti degli altri gruppi di maggioranza, rispettiamo oggettivamente la sua posizione, perché è chiara, netta e realmente democratica in un consesso che la pensa diversamente da lei.

Signor presidente, ritengo che non si possa più sentire parlare le colleghe dell'opposizione come se fossero le rappresentanti della tutela delle donne, perché nel nostro paese le donne possono avere sensibilità diverse e non sentirsi riconosciute negli interventi di alcune nostre colleghe di centrosinistra. Anch'io, come ha sottolineato l'onorevole Leone, se le donne partecipanti alla manifestazione di Milano fossero state il doppio o il triplo, avrei rispettato questa manifestazione, perché è l'espressione di una sensibilità, ma nulla toglie che possano esistere sensibilità diverse che intendiamo fortemente rappresentare.

All'onorevole Moroni vorrei ricordare che Alleanza nazionale, dall'inizio di questa indagine conoscitiva, ha affermato con forza che non vi è alcuna volontà di modificare la legge n. 194. Ma la ragione di questa indagine conoscitiva e la condivisione del documento conclusivo sono legate alla nostra assoluta convinzione che l'indagine stessa, seppur condotta in tempi molto ristretti, abbia evidenziato che la legge n. 194, a tutela della maternità, non è stata e non è applicata nella sua interezza.

Questo è l'obiettivo che con l'indagine conoscitiva abbiamo voluto raggiungere e questo è quanto è contenuto nel documento conclusivo. Non si tratta, dunque, di una battaglia ideologica, ma della volontà di rispettare veramente nel nostro paese le diverse sensibilità, che certamente non sono solo di coloro che esprimono valori di sinistra.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Nell'annunciare il voto favorevole del gruppo di Forza Italia, vorrei precisare che il nostro è stato un utile lavoro, che servirà alla prossima legislatura; un lavoro che ci ha consentito di riflettere e di valutare e che ha messo in evidenza come i dati contenuti nelle relazioni presentate al Parlamento non fornissero esattamente l'idea della situazione. Ciò non vuol dire che non debbano essere rispettate entrambe le posizioni. Anche nel nostro partito esistono due differenti approcci alle tematiche contenute in questa legge; tuttavia posso dire che il *leader* di Forza Italia, Berlusconi, ha sempre dichiarato che nessuno voleva mettere in discussione la legge n. 194, che è una legge per le donne, precisando tuttavia che essa è a tutela della maternità (come risulta dai primi commi).

Ciò che abbiamo riscontrato è che purtroppo dopo tanti anni questa legge necessita di una « manutenzione » maggiore rispetto ad altre normative. Abbiamo inoltre riscontrato che la legge in questione è stata attuata in Italia « a macchia di leopardo » e che le grandi modifiche istituzionali impongono questa « manutenzione », perché abbiamo rilevato che secondo la cultura delle diverse amministrazioni regionali questa legge è stata interpretata come un provvedimento a tutela della maternità o a tutela dell'aborto, che è una cosa totalmente differente.

Per questo motivo ritengo che l'indagine conoscitiva sia stata un patrimonio di tutti, credo anche della sinistra, che accusa noi di averla usata strumentalmente, mentre di fatto l'indagine sta diventando uno dei maggiori strumenti per la sinistra, per creare confusione e per cercare di trovare un'unità su un argomento che divideva l'opposizione. Voteremo quindi a favore, perché crediamo di aver svolto un buon lavoro.

GIULIO CONTI. Vorrei rispondere ad alcune affermazioni dell'onorevole Moroni. Prima di tutto non penso proprio — e mi auguro che non lo pensi neanche lei — che la donna sia in positivo solo se accetta la pillola RU 486. È un diritto

della donna scegliere la pillola? Penso che questo sia un diritto, o meglio un dovere, del medico e non un diritto della donna. Questo è il massimo della strumentalizzazione di un discorso che è invece di altra natura (*Commenti del deputato Chiara Moroni*).

Peraltro, la pillola RU 486 non è stata ancora sperimentata in Italia ed è prodotta da un'unica ditta che la esporta in modo esclusivo, con problemi di altra natura che bisognerebbe bene accertare. Ritengo che questa non sia una prova di democrazia. Non credo neanche che il patrocinio della superiorità culturale sia della sinistra, come invece sembra si vada dicendo anche da parte dell'onorevole Moroni.

CHIARA MORONI. Mai detto questo!

GIULIO CONTI. È questo ciò che appare!

All'inizio dell'indagine abbiamo precisato chiaramente, anche per iscritto — mentre purtroppo ciò non è riportato nel documento conclusivo — che la legge n. 194 non deve essere modificata. Questo è un discorso di fondo.

Il secondo discorso, altrettanto chiaro, è che però la legge n. 405 vige dal 1975 ed io ritengo che da allora qualcosa sia accaduto! Non credo esistano leggi immutabili. Tenendo conto dei cambiamenti sociologici, sociali ed economici intervenuti ed anche del tipo di popolazione esistente oggi in Italia, non credo non si possa modificare questa legge. Il solo fatto che il 30 per cento delle donne che abortiscono siano extracomunitarie, gran parte delle quali costrette all'aborto perché prostitute, spesso minorenni, ci suggerisce che qualcosa deve essere cambiato. Ritengo che anche questo sia un discorso di fondo.

È anche vero che, all'interno dei consultori, uno strumento di tutela deve essere garantito. Questo è un tema che ritengo positivo e costruttivo per tutti. Infine, non reputo giusto che chi non condivide l'opinione del Governo o comun-

que non la pensa in un certo modo vada a fare una conferenza stampa, come stanno facendo ora i deputati dell'opposizione, per accusare noi che stiamo lavorando!

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Vorrei ringraziare il presidente per la proposta di documento conclusivo che ci ha sottoposto. In questo mio ringraziamento è insito il riconoscimento della validità dell'indagine conoscitiva svolta.

Non intendo polemizzare con la sinistra, però vorrei sottolineare che è vergognoso che ci si allontani dalla Commissione, anziché restare qui a votare. Comunque dalla nostra parte abbiamo i cittadini, che ci hanno dato ragione, anche in occasione del recente referendum sulla legge in materia di procreazione medicalmente assistita, sulla necessità di tutelare il concepito.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di intervenire, pongo in votazione la seconda versione della proposta di documento conclusivo 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 (*Vedi allegato*).

(È approvata).

Colgo l'occasione per ringraziare nuovamente tutti i colleghi per il contributo fornito.

La seduta termina alle 15,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 21 febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

PAGINA BIANCA

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

DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO DALLA COMMISSIONE

1. PREMESSA

2. QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

2.1. *L'istituzione dei consultori*

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

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

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

3.1. *Le interruzioni volontarie di gravidanza*

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

3.3. *Gli aspetti penali e la giurisdizione volontaria*

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

4.1. *Il sistema di monitoraggio delle IVG*

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

4.3. *Il modello consultoriale*

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

4.5. *L'aborto clandestino*

4.6. *Le competenze del giudice tutelare*

5. ALCUNE CONCLUSIONI

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

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

5.3. *Il rilancio dei consultori*

5.4. *Segue: le politiche attive sul territorio*

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

1. PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

audizione di rappresentanti della Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche;

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

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

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

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

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

2. QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO

2.1. *L'istituzione dei consultori*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

consultori e aumentando 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 donna accusi circostanze per le quali la gravidanza, il parto o la maternità possono determinare un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna, con riferimento al suo stato di salute, alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, alle circostanze in cui è avvenuto il

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

al consultorio;

alla struttura socio sanitaria;

al medico di famiglia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

offrire il colloquio;

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

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

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

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

Da ultimo, la legge n. 40 del 2004 « Norme in materia di procreazione medicalmente assistita » ha attribuito ai 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 sicuramente rilevante relativo al numero complessivo delle interruzioni di gravidanza registratesi in Italia negli anni 1978-2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3. *Gli aspetti penali e la giurisdizione volontaria*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1. *Il sistema di monitoraggio delle IVG*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. *Il modello consultoriale*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sono rigorosamente rispettate, secondo la tempistica prevista dalla legge.

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

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

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

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

4.5. *L'aborto clandestino*

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

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

Il rappresentante dell'Istituto superiore di sanità ha fornito stime inquietanti 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 allo sfruttamento della prostituzione, cui si collega inevitabilmente, ed in forma massiccia, l'istigazione all'aborto clandestino effettuato all'interno delle medesime organizzazioni criminali. I dati ufficiali a tale riguardo non consentono di cogliere la realtà nel suo effettivo dispiegarsi, rappresentando soltanto la « punta dell'iceberg », anche perché relativi soltanto all'aspetto giudiziario e non a quello investigativo.

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

4.6. *Le competenze del giudice tutelare*

In via preliminare, occorre ricordare che quella del giudice tutelare è una funzione specializzata del tribunale ordinario volta alla cura delle azioni e situazioni giuridiche relative alle persone incapaci, interdette, 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.