

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

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

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

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

5. ALCUNE CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3. *Il rilancio dei consultori*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4. *Segue: le politiche attive sul territorio*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

garantire. In particolare va ritenuto 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 normativa sulle detrazioni per i carichi e famiglia; le risorse finanziarie di cui al Fondo nazionale per le politiche sociali, gestito in larga misura dalle Regioni, che ne destinano una quota rilevante per gli interventi a favore della famiglia. Come segnalato dal rappresentante della Confederazione italiana dei consultori familiari di ispirazione cristiana, sarebbe auspicabile l'istituzione di un Fondo sociale per la maternità.

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

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

la donna in grado di vivere la maternità come un momento di gioia e non, come accade per certe fasce della popolazione, come un dramma.

5.6. *Il ruolo del volontariato*

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

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

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

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

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

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