

ALLEGATO: Indirizzi per la valorizzazione delle attività dei Consulenti Familiari, per una migliore applicazione della legge n. 194/78 e per favorire una diagnosi prenatale appropriata, ai fini della tutela del minore e della salute sessuale e riproduttiva della donna

1. Andamento Statistico della legge 194/78

Dall'ultima relazione al Parlamento, risultano i seguenti dati nazionali :

- dal 1982 ad oggi la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stata , complessivamente del 44,6% e del 60% se riferita alle sole donne italiane;
- il 57,7% delle interruzioni volontarie di gravidanza è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34,7% da donne con almeno 2 figli;
- il 50% circa delle donne risulta coniugato;
- il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza effettuato da donne straniere è in costante aumento, rappresentando, nel 2005, il 29,6% di tutte le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate a livello nazionale;
- l'aborto ripetuto, pur essendo nel nostro paese tra i più bassi a livello internazionale è pari al 26,4% (22,1% se riferito alle sole donne italiane, 37,9% se riferito alle donne di cittadinanza straniera);

Dai dati del Servizio Analisi Statistiche della Regione Liguria risulta che:

- le IVG in Liguria dal 1979 al 2006 sono passate da 8442 a 3700 con una riduzione superiore al 55%;
- l'andamento dettagliato per ASL è il seguente:

Anno	Interventi per ASL anni 1996-2007					Totale
	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	
1996	548	532	2313	221	451	4065
1997	509	518	2249	237	465	3978
1998	527	495	2296	237	444	3999
1999	466	514	2188	223	469	3860
2000	472	475	2160	242	441	3790
2001	478	495	2096	251	473	3793
2002	519	473	2072	270	493	3827
2003	495	442	2177	261	518	3893
2004	528	512	2168	282	513	4003
2005	497	498	1985	256	490	3726
2006	500	473	1959	268	500	3700
2007	401	490	1865	239	524	3519

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

11/04/2008 (Dr. Giuseppe Putignano)

- l'andamento delle IVG su pazienti italiane e straniere dal 2001 al 2006 :

Anno	Totale interventi		Interventi su pazienti italiane			Interventi su pazienti straniere		
	Numero	%	Numero	%	%	Numero	%	%
	su anno prec.		su totale italiane	su anno prec.		su totale straniere	su anno prec.	
2001	3793	0,1	2690	70,9	-7,3	1103	29,1	24,4
2002	3827	0,9	2589	67,7	-3,8	1238	32,3	12,2
2003	3893	1,7	2593	66,6	0,2	1300	33,4	5,0
2004	4003	2,8	2526	63,1	-2,6	1477	36,9	13,6
2005	3726	-6,9	2314	62,1	-8,4	1412	37,6	-5,2
2006	3700	-0,7	2297	62,1	-0,7	1403	37,9	0,2

La comparazione del **tasso di abortività negli anni 2004/2005** tra Liguria, Italia settentrionale e Italia è illustrato nella tabella che segue:

Ripartizione geografica	Tasso per 1000 donne		
	15-49 anni		
	Anno 2005	Anno 2004	Variazione %
Liguria	11,1	12,1	-8,2
Italia settentrionale (1)	9,8	10,5	-7,2
Italia(1)	9,3	10	-6,7

2. Ruolo dei consultori

Il Consultorio assume un ruolo primario nell'area della prevenzione e della intercettazione del disagio personale e familiare ed anche nella presa in carico delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza. I Consultori ,infatti, messi in rete con gli altri servizi dell'area materno infantile, anche ospedalieri, possono prenotare la donna, gli accertamenti necessari all'intervento e l'intervento stesso presso l'ospedale di riferimento. Questo significa che il Consultorio diventa un punto di riferimento per la donna anche per le fasi post- interruzione volontaria di gravidanza e per le informazione sulla contraccezione e sui complessivi problemi del nucleo familiare.

Dalla Conferenza prevista alla lettera c) del dispositivo deliberante dovranno emergere indirizzi per la riarticolazione organizzativa dei Consultori familiari, al fine del superamento dell'attuale frammentazione, anche in ordine al nuovo assetto del Distretto Socio Sanitario come indicato nella deliberazione della Giunta Regionale n. 208 del 07/03/2008.

3. Tutela della salute sessuale e riproduttiva

L'OMS ribadisce che occorre promuovere consapevolezza e competenza riguardo la tutela della salute sessuale e riproduttiva anche al fine di un benefico effetto di riduzione dei fallimenti dei metodi per la procreazione cosciente e responsabile. In tali termini è necessario promuovere azioni mirate per il coinvolgimento delle sezioni più svantaggiate della popolazione e dei giovani.

I Consulteri Familiari hanno un ruolo strategico centrale in queste azioni, attivando la possibilità di integrare le attività per la tutela della salute sessuale e riproduttiva nel contesto dei programmi strategici previsti dalla programmazione nazionale e regionale riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.

Occorre in tal senso:

- Garantire l'apertura, in numero ed in orari adeguati, di Spazi Adolescenti, al fine di promuovere le necessarie conoscenze sulla prevenzione delle MTS e sulla procreazione cosciente e responsabile, anche prevedendo l'offerta a basso costo dei metodi contraccettivi per tale fascia di popolazione.
- Promuovere il counselling e l'informazione sulla tutela della salute sessuale e riproduttiva nel contesto dei programmi strategici dei Consulteri Familiari riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.
- Prevedere la possibilità di strumenti amministrativi affinché i mezzi contraccettivi possano essere distribuiti dai Consulteri Familiari ai gruppi sociali meno abbienti e a maggior rischio di abortività quali i giovani e le immigrate;
- Promuovere, d'intesa con le Autorità scolastiche, attività di informazione ed educazione alla salute nelle scuole, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla tutela della salute sessuale e riproduttiva.

4. Azioni di prevenzione del ricorso all'aborto :

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000 ha assegnato un ruolo centrale ai consultori familiari e delineato gli obiettivi da raggiungere e le azioni da svolgere. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato nei suoi documenti l'importanza di servizi strutturati e organizzati come i consultori familiari italiani. In seno ai Consulteri alcune particolari azioni possono prevenire il ricorso all'aborto:

- programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio);
- programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole, nei luoghi di aggregazione giovanile e negli "Spazi giovani";
- effettuazione del colloquio nei confronti della donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza evidenziando le opportunità che possono aiutarla in una scelta diversa;
- prevenzione e riduzione del rischio di aborto ripetuto, supportando la donna, e la coppia, in un contesto di continuità di presa in carico, e counselling per la procreazione responsabile;
- promozione di percorsi coordinati dal servizio sociale Distrettuale avvalendosi anche delle risorse del volontariato, per sviluppare azioni atte a ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza offrendo opportunità alle donne/famiglie di migliorare le condizioni sociali/economiche, monitorando nel tempo gli effetti delle politiche di sostegno e inserendo le azioni del volontariato in percorsi duraturi capaci di incidere non solo al momento della decisione.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Data - IL SEGRETARIO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

11/04/2008 (Dr. Giuseppe Putignano)

5. Prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate.

Si è osservato tra le donne immigrate un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (37.323 nel 2005 rispetto a 10.131 nel 1996). L'incidenza del fenomeno in queste donne è 3 – 4 volte superiore a quello delle donne con cittadinanza italiana, con valori ancora più alti tra le più giovani..

In considerazione della rilevanza che il fenomeno ha assunto si evidenzia la necessità di adottare specifici interventi volti a:

- Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza);
- Organizzare i servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo;
- Promuovere una diffusa e capillare informazione verso la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità.

6. Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza)

La maggior parte degli operatori sanitari italiani, pur avendo ormai contatti frequenti con l'utenza straniera, non ha ricevuto una specifica e approfondita formazione e, in taluni contesti, sono evidenti lacune informative e relazionali. In particolare in questo settore è fondamentale una formazione all'interculturalità in considerazione di quanto aspetti sociali e culturali possano influenzare le scelte riproduttive.

La formazione permanente del personale è quindi finalizzata a promuovere competenze per:

- corretta conoscenza degli operatori sui diritti alla salute;
- stabilire una corretta comunicazione con le donne che si sono rivolte al servizio;
- individuare i loro bisogni di salute (sia sanitari che sociali);
- identificare e gestire correttamente le necessarie procedure amministrative;
- informare sui temi specifici nell'area della "salute e migrazione", con particolare riferimento alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, e quindi alla procreazione cosciente e responsabile, alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza;
- educazione alla relazione transculturale.
- migliorare la conoscenza tra gli operatori sanitari del tipo e entità di aiuti e sostegno che i Servizi sociali, Enti, associazioni possono attivare

Per i programmi di formazione/aggiornamento ci si potrà avvalere di tutte le competenze professionali disponibili nelle istituzioni ed agenzie che si occupano di assistenza e ricerca su questi temi, quali Università, Organi tecnici centrali, Ordini professionali di ambito socio-sanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato ed altri. Andrebbe valorizzata anche la possibilità di coinvolgere, tra i formatori, professionisti di origine straniera.

Destinatari dei corsi, con un approccio multidisciplinare, dovranno essere gli operatori sanitari, sociali ed amministrativi operanti nelle Aziende sanitarie (in particolare nei Consultori Familiari e nei servizi che operano nell'area materno-infantile), nonché operatori attivi in altre strutture pubbliche, del privato sociale e del volontariato.

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

Data - IL SEGRETARIO

11/04/2008 (Dr. Giuseppe Putignano)

I contenuti su cui orientare la formazione del personale, dovranno riguardare in particolare l'applicazione dell'articolo 15 della legge 194/78, ovvero:

- educazione sessuale e problemi della procreazione cosciente e responsabile, metodi anticoncezionali, decorso della gravidanza, parto e uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza", favorendo la collaborazione tra Regioni, Università, Ospedali, ASL.
- aggiornamento ed informazione sulla legislazione statale e regionale, sui servizi sociali, sanitari e sociosanitari del territorio regionale.

7. Favorire l'accesso e l'utilizzo dei servizi materno-infantili alle popolazioni immigrate per la tutela della salute sessuale e riproduttiva, la prevenzione dell'aborto e la conoscenza delle misure a sostegno della maternità.

Il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile, esteso anche agli immigrati irregolari, non si è dimostrato sufficiente a garantire il reale accesso ai servizi e l'appropriatezza del loro intervento, anche se si sono osservati miglioramenti degli indicatori nel tempo.

E' quindi necessario, per l'area materno infantile, attivare diversi canali per favorire l'accesso delle immigrate ai servizi, compreso quello delle organizzazioni di volontariato e superare le criticità organizzative che oppongono barriere informative, amministrative, culturali e linguistiche. Pertanto, l'organizzazione interna ai servizi deve essere orientata ad accogliere le esigenze dell'utenza immigrata attraverso:

- diffusione delle modalità di accesso ai servizi utilizzando un'adeguata informazione alle donne immigrate (adeguata organizzazione ed utilizzo dell'URP, elaborazione e diffusione di opuscoli / stralci della Carta dei servizi, etc.
- flessibilità degli orari di apertura;
- disponibilità dei servizi di mediazione culturale;
- sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare;
- messa in rete dei Consultori Familiari con gli altri servizi socio-sanitari e del terzo settore;
- diffusione delle sperimentazioni realizzate nelle diverse ASL e Distretti sociosanitari quali creazione di spazi consultoriali dedicati all'utenza straniera con STP accessibili senza prenotazione per assistenza e urgenze mediche relative a donne e bambini
- interventi di prevenzione ed educazione sanitaria attivamente offerti anche al di fuori dei normali presidi sanitari;
- offerta attiva di counselling sulla procreazione responsabile a tutte le donne in età fertile che accedono ai servizi ginecologici consultoriali anche per altre motivazioni ;
- interventi necessari a garantire il supporto sociale, sanitario e psicologico a sostegno delle donne che vivono la gravidanza in una situazione di difficoltà;
- sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, puntando sulla consapevolezza delle donne, quali il coinvolgimento partecipativo delle comunità di donne immigrate e l'educazione tra pari per promuovere e facilitare l'accesso ai servizi;
- misure di sostegno della maternità avvalendosi anche delle associazioni di supporto agli immigrati;
- promuovere tra le donne immigrate la conoscenza sulla legislazione italiana e regionale di tutela della maternità e sulle attività di supporto sociosanitario.

8. Azioni di accompagnamento e supporto alla procreazione responsabile e all'applicazione della legge 194/78:

- costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che del loro livello di integrazione (in particolare: la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa certificazione-intervento oltre 3 settimane e la percentuale di personale obiettore), in applicazione dell'articolo 9 della Legge n. 194/78, che affida alle Regioni il compito di garantire l'attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio;
- garanzia di un numero adeguato e appropriato di personale nei Consultori Familiari, unito ad un'adeguata distribuzione territoriale a livello distrettuale (in particolare per quanto attiene l'integrazione sociosanitaria e la messa in rete dei servizi consultoriali con i servizi specialistici e di cura e con i servizi sociali, alla multidisciplinarietà delle equipe professionali) secondo quanto indicato nella legge n. 34/1996;
- individuazione del Consultorio Familiare come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre- interruzione volontaria di gravidanza e per l'intervento, nonché per la visita di controllo post-interruzione volontaria di gravidanza e per l'informazione sulla contraccezione;
- previsione per ogni Distretto, della presenza di un medico non obiettore al fine di garantire la continuità assistenziale;
- pubblicizzazione da parte delle ASL delle sedi e degli orari dei servizi consultoriali e dei servizi ospedalieri ove si effettuano le interruzioni volontarie di gravidanza, anche dei territori limitrofi;
- garanzia di un congruo orario di apertura dei Servizi Consultoriali, anche prevedendo l'accoglienza senza appuntamento, con carattere di precedenza, per la richiesta di certificazione per interruzione volontaria di gravidanza;
- previsione della prescrizione della "contraccezione d'emergenza" ("pillola del giorno dopo"), oltre che nei servizi consultoriali, anche nei Pronto Soccorso e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica) e predisposizione di appositi programmi operativi;
- promozione, di aggiornamento e formazione professionale comune tra MMG, medici consultoriali e medici ginecologi ospedalieri.

9. Ridurre la morbilità da interruzione volontaria di gravidanza e migliorare l'appropriatezza degli interventi.

Anche se le complicanze da interruzione volontaria di gravidanza sono ad oggi notevolmente contenute, possono essere individuate misure specifiche atte a ridurre ulteriormente la morbilità e migliorare l'appropriatezza degli interventi. A tal fine occorre:

- ridurre i tempi tra la richiesta della donna/certificazione per interruzione volontaria di gravidanza e intervento;
- mettere in atto un sistema di "presa in carico" dall'accoglienza della donna alla redazione della cartella clinica, all'evoluzione del caso fino al follow-up finale.
- predisporre piani interaziendali (ASL /Aziende Ospedaliere) che garantiscano adeguata copertura territoriale dei medici non obiettori .

10. Appropriatelyzza e qualità nel percorso della diagnosi prenatale, con particolare riferimento alle anomalie cromosomiche e malformazioni

Occorre migliorare il percorso diagnostico, rispetto ad appropriatezza, qualità e tempi dall'accesso alla diagnosi e promuovere/implementare la presa in carico delle coppie cui viene comunicato un risultato positivo per patologie fetali.

In tal senso, fin dall'inizio della richiesta della donna di un'indagine diagnostica prenatale, occorre promuovere l'integrazione tra i vari servizi coinvolti, consultorio/struttura distrettuale, ospedale, ambulatori, laboratori, ciò avviene se esiste **una reale presa in carico della coppia all'interno della rete organizzativa integrata dei servizi** coinvolti.

Devono essere attivate equipe multidisciplinari, dall'ostetrica e ginecologo allo specialista in genetica, al chirurgo, allo psicologo, etc., per garantire la più corretta informazione sulla natura delle malformazioni diagnosticate, sulla possibilità di cure, sul decorso ed evoluzione delle patologie individuate e sulle probabili condizioni di vita di questi bambini dopo la nascita .

Le azioni da mettere in campo devono prevedere:

- una rete per la presa in carico della donna gravida che accede alla diagnosi prenatale. Il Consultorio può essere il luogo privilegiato per effettuare la prenotazione dell'esame e curare l'integrazione tra i differenti servizi coinvolti (esecuzione esame, risposta dal laboratorio, consegna referto all'utente e, in caso di referto patologico prenotazione consulenza specialistica, supporto psicologico/sociale alla donna/coppia, fino alla prenotazione presso la struttura di cura).
- sufficienti strutture di diagnosi con adeguata dotazione tecnologica dal punto di vista quali/quantitativo, per migliorare l'appropriatezza degli interventi diagnostici diminuendo i rischi per il feto e garantendo tempi di esecuzione rapidi, definiti e certi.
- adeguata formazione del personale come strumento essenziale per l'utilizzo delle più innovative metodiche di indagini diagnostiche ai fini dell'appropriatezza della diagnosi;
- adeguato numero di strutture, con disponibilità di personale non obiettore che eseguono aborto terapeutico, al fine di ridurre i tempi per l'effettuazione dell'intervento.

11. Diritto a partorire in anonimato (D.p.r. 396/2000):

Anche al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati, occorre promuovere informazione sul D.P.R. 396/2000 che garantisce il diritto di partorire in anonimato. Occorre pertanto implementare la consapevolezza, l'informazione, l'empowerment delle donne, attraverso gli interventi dei servizi materno-infantili, dei consultori, degli ospedali, attivando idonee informazioni verso le donne sulle condizioni di massima riservatezza in cui può avvenire il parto. Occorre in questo campo promuovere azioni specifiche, coinvolgendo anche la rete delle associazioni di volontariato e utilizzando "servizi di strada" che raggiungano anche persone coinvolte nel fenomeno della prostituzione.

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

(Dott.ssa Alessandra Moisello)

Data - IL SEGRETARIO

11/04/2008 (Dr. Giuseppe Putignano)