

E' abbastanza evidente che la mancanza di servizi o l'insufficienza degli stessi (lunghe file di attesa) puo' rappresentare un deterrente formidabile al ricorso all'aborto legale, soprattutto quando non si sa, non si e' in grado e/o non si ha tempo di cercare un servizio disponibile altrove. In effetti le stime di aborto clandestino per regione, le diversita' dei tassi di abortivita' tra regioni a simile tasso di fecondita' (in parte anche spiegati dalla migrazione - vedi dopo), i dati sulla presenza dei servizi (pur con i limiti detti) e dell'obiezione sono compatibili tra di loro e corrispondenti.

Si ritiene che la disponibilita' (o indisponibilita') dei servizi, piu' che problemi di riservatezza (che pure non mancheranno), giustifichi il fenomeno della migrazione.

A livello regionale si pone un problema nel calcolare il tasso e il rapporto di abortivita'. Infatti a rigore questi indicatori dovrebbero avere rispettivamente a numeratore le IVG ottenute ovunque, da donne residenti nella regione considerata e, a denominatore, le donne in eta' feconda residenti o i nati vivi da donne residenti nella regione. Il Sistema di Sorveglianza, per la rapidita' che deve rispettare per fornire una tempestiva informazione, permette di valutare gli indicatori citati

per regione di intervento. Quando si sono rese disponibili le statistiche dell'ISTAT che dispone dei dati individuali a livello nazionale, e' stato possibile porre a confronto tassi e rapporti di abortivita' per regione di residenza e per regione di intervento e di seguito viene riportato il quadro per il 1987 (Tab. 21).

Come si puo' vedere ci sono alcune regioni (E. Romagna, Friuli V.G. Umbria, Lazio) in cui il tasso e il rapporto di abortivita' per regioni di intervento risultano fortemente influenzati dal fenomeno della immigrazione, da un minimo del 7% a un massimo del 15%, ed altre con una elevata emigrazione per abortire (83% in Basilicata e 42% a Bolzano).

Nella relazione che il Ministro della Sanita' ha presentato al Parlamento il 2 Novembre 1989 e riguardante gli anni 1987 e 1988 sono registrate analoghe tabelle dal 1981 al 1986, oltre quella qui citata (22).

TAB. 21 - INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA 1987 - VALORI ASSOLUTI, TASSI E RAPPORTI DI ABORTIVITA' PER REGIONE DI INTERVENTO E PER REGIONE DI RESIDENZA (FONTE ISTAT)

	valori assoluti				tassi abortivita'		rapporto abortivita'	
	INT	RES	RES-INT	%*	INT	RES	INT	RES
	dati non disponibili							
PIEMONTE	431	489	+	+13.46	15.3	17.4	512.5	581.4
VALLE D'AOSTA	29256	28626	-	- 2.15	12.8	12.5	405.1	396.4
LOMBARDIA	604	857	+	+41.89	5.4	7.6	126.4	179.4
BOLZANO	1251	1060	-	-15.27	11.1	9.4	301.4	255.4
TRENTO	7748	8496	+	+ 9.65	6.9	7.5	217.8	239.0
VENETO	3837	3368	-	-12.22	12.9	11.3	455.6	400.0
FRIULI V.G.	5940	5903	-	- 0.62	14.5	14.4	543.6	540.2
LIGURIA	16271	14450	-	-11.19	17.0	15.1	635.0	563.9
EMILIA ROM.	13004	11887	-	- 8.59	15.1	13.8	511.6	476.6
TOSCANA	3288	3055	-	- 7.09	16.9	15.7	498.0	462.7
UMBRIA	3829	3758	-	- 1.85	11.1	10.9	325.2	319.9
MARCHE	20911	18812	-	-10.04	15.7	14.1	420.3	378.1
LAZIO	4219	4552	+	+ 7.89	13.8	14.9	357.1	385.3
ABRUZZO	1238	1263	+	+ 2.02	15.8	16.1	356.6	364.0
MOLISE	16439	16568	+	+ 0.78	11.4	11.5	203.1	204.7
CAMPANIA	24040	23509	-	- 2.21	23.2	22.6	465.0	454.7
PUGLIA	1326	2426	+	+82.96	8.8	16.2	193.8	354.6
BASILICATA	4932	5294	+	+ 7.34	9.4	10.1	190.5	204.5
CALABRIA								
SICILIA	13217	13416	+	+ 1.50	10.3	10.5	200.0	202.9
SARDEGNA	3819	3666	-	- 4.01	9.0	8.5	213.2	204.6

* La percentuale indica di quanto si deve ridurre (o aumentare) il numero assoluto, il tasso di abortivita', e il rapporto di abortivita' per regione di intervento per ottenere il numero assoluto, il tasso di abortivita' e il rapporto di abortivita' per regione di residenza.

Una spiegazione di questa migrazione e' che il meccanismo del convenzionamento, sia riguardo i singoli ginecologi non obiettori, sia riguardo le cliniche autorizzate, non sempre viene attivato in modo da garantire sul territorio un tasso omogeneo di presenza dei servizi.

Per poter valutare piu' compiutamente, almeno in prima approssimazione, la funzionalita' dei servizi e' opportuno considerare altre due informazioni molto importanti: l'eta' gestazionale e i tempi di attesa.

3.2.1. Eta' gestazionale

Oltre l'85% delle IVG viene eseguita entro la 10° settimana gestazionale e meno dell'1% dalla 13° in poi, i dati seguenti mostrano l'andamento dal 1984 al 1988.

Sett. gest.	1984	1985	1986	1987	1988
<=10	85.8	86.4	87.4	87.4	87.2
11-12	13.5	13.0	12.0	11.9	12.1
>=13	0.8	0.6	0.6	0.7	0.8

Occorre tenere conto che rientrano nei primi 90 giorni (termine indicato dalla Legge 194 per gli aborti non terapeutici) anche alcuni interventi effettuati nella 13° settimana gestazionale.

Per un confronto internazionale si riportano i dati estratti da "Induced Abortion. A World review 1990 Supplement" edito da "The Alan Guttmacher Institute" (23).

TAB. 18 - IVG TOTALI E IVG OLTRE LA 12 SETTIMANA IN DIVERSI PAESI

PAESE	IVG TOTALI		IVG > 12 sett.	
	N.	TASSO DI ABORTIVITA' *	N.	%
Canada 1987	63600	10.2	7314	11.5
Cecoslov. 1987	156600	46.7	626	0.4
Danimarca 1987	20800	18.3	478	2.3
Inghilterra e Galles 1987	156200	14.2	3592	13.0 residenti
	18100	---	7384	40.8 non res.
Francia 1988	163000	13.2	2934	1.8
Ungheria 1987	84500	38.2	1267	1.5
Italia 1987	191469	15.2	1283	0.7
Svezia 1987	34700	19.8	1492	4.3
Norvegia 1987	15400	16.8	385	2.5
Olanda 1988	18300	5.3	1592	8.7 residenti
	18200	---	5059	27.8 non res.

* Per 1000 donne di 15-44 anni

Da questa tabella si evince come l'abortivita' oltre i primi 90 giorni in Italia rappresenti una quota assolutamente trascurabile (meno dell'1%) del fenomeno globale, anche a confronto dei dati internazionali.

Il problema quindi e' se la richiesta di aborto terapeutico e' soddisfatta integralmente dai servizi e, prima ancora, se l'esigenza di aborto terapeutico e' pienamente evidenziata.

In effetti pochi sono gli istituti che effettuano l'IVG oltre i 90 giorni e ancora di meno sono i servizi per la diagnosi prenatale. Attualmente e' in corso di implementazione un Sistema di Sorveglianza (a cura dell'ISS) sulle interruzioni richieste per sospetta malformazione del feto e nel prossimo futuro si presume saranno disponibili dati piu' accurati al riguardo, nell'ambito generale della sorveglianza delle malformazioni congenite.

Non sembra quindi in linea di massima giustificato il sospetto che almeno una parte dell'interruzione oltre i 90 giorni sia eseguito per motivi non terapeutici, ma serva a mascherare aborti "normali" richiesti in ritardo. A ulteriore conferma di cio' sta il fatto che oltre l'85% delle IVG viene effettuato entro la 10° settimana.

Non sono disponibili all'ISS dati accurati e completi sui centri di diagnosi prenatale e sulla loro distribuzione territoriale e sugli istituti di cura che effettuano l'IVG oltre i 90 giorni. Anche se si ha il sospetto fondato che nel meridione ci sia maggiore carenza di entrambi rispetto al Centro e al Nord. Si vedra' nel prossimo futuro, sempre attraverso i responsabili regionali, di avere informazioni adeguate al riguardo.

Il quadro sopra delineato sulle settimane gestazionali comporta, come si vedra' di seguito, conseguenze per la valutazione delle procedure di intervento.

3.2.2. Tempo di attesa tra certificazione e intervento

La data di certificazione non e' prevista dal modello D/12 standard, ma molte regioni, seguendo le indicazioni dell'ISS, hanno provveduto a inserirla nei loro modelli modificati (le regioni che hanno operato in tal senso sono: Piemonte, Trento, Veneto, Friuli V.G., E. Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia). Dai dati a disposizione risulta che poco piu' del 70% delle IVG viene effettuato entro due settimane dalla certificazione e meno del 10% oltre le 3 settimane.

Questo quadro relativamente rassicurante non esclude che ci siano situazioni caratterizzate da tempi di attesa molto piu' lunghi e cio' puo' dipendere dalle particolarita' delle distribuzioni territoriali dei servizi. Quindi il valore medio dei tempi di attesa non deve disincentivare una valutazione molto accurata di eventuali punti critici.

3.2.3 Procedure dell'IVG

Un'altra informazione non desumibile dal modello D/12 riguarda le analisi pre-IVG. E' indubbio che il tipo di anestesia e il tipo di intervento possono influire sul numero delle analisi, ma francamente si ritiene che quello che viene raccomandato a livello internazionale non trova molto riscontro nella situazione italiana come molte segnalazioni lasciano immaginare. In particolare nel 1982 venne fatta una ricognizione interpellando responsabili regionali sul tipo e il numero di analisi pre-IVG ed emerse un quadro notevolmente differenziato, sia tra regione e regione, sia soprattutto all'interno delle regioni, con una variazione da 6 a 29 analisi. In seguito a cio', anche su richiesta dell'allora Ministro della Sanita' On. Altissimo, venne organizzata presso l'ISS una riunione con i rappresentanti dell'Associazione dei Patologi Clinici, della Societa' Italiana di Ostetricia e Ginecologia e della Societa' Italiana di Anestesiologia e rianimazione. Le conclusioni indicavano per le IVG entro la 12° settimana gestazionale sei esami obbligatori: visita ginecologica e anestesiologia, esame delle urine completo, esame emocromocitometrico (senza formula) con dosaggio delle piastrine, gruppo sanguigno ed RH, glicemia, prove emogeniche PT e PTT.

Successivamente il Comune di Roma avviò una indagine conoscitiva e attivo un gruppo di valutazione (a cui parteciparono membri dell'ISS) sulla situazione dei servizi nella città. Da tale indagine venne confermata la estrema diversificazione tra ospedali sui posti letto, sulle IVG per seduta, sul numero di sedute per settimana, sull'obiezione, sul tipo di intervento e sul tipo di anestesia impiegati, sulla degenza, sui tempi di attesa e sul numero di esami pre-IVG.

Non si è in grado di valutare al momento se quel lavoro di analisi e valutazione sia stato utile a una maggiore omogenizzazione dei servizi. Segnalazioni stanno ad indicare che nel corso degli anni non ci sono state significative variazioni rispetto al quadro delineato nel 1982-83.

I rapporti ISTISAN dell'ISS e le relazioni che nel corso degli anni i vari Ministri della Sanità hanno presentato al Parlamento hanno costantemente segnalato il problema e in particolare l'ultima relazione invita esplicitamente le regioni a organizzare conferenze dei servizi per valutare la specifica situazione regionale al fine di omogeneizzare le procedure. È auspicabile che questo invito venga accolto. Per inciso, si è valutato che la omogenizzazione delle procedure può dar luogo a un risparmio di spesa sanitaria dell'ordine del 30%.

In effetti i dati del Sistema di Sorveglianza (Tab. 23) mostrano che, con poche variazioni nel corso degli anni, vi e' ancora oltre il 15% di interventi effettuati con raschiamento, rispetto a livelli internazionali del 5% e l'isterosuzione secondo Karman e' inferiore al 50%, con significative variazioni tra aree geografiche e ancora piu' marcate tra ospedali nella stessa regione.

Si nota anche una preponderanza dell'anestesia generale (oltre i tre quarti), con tutte le conseguenze che cio' comporta in termini di complicazioni logistiche e di analisi pre-IVG. Anche in questo caso sono presenti variazioni molto significative per area geografica.

Al riguardo e' utile sottolineare ancora una volta, che oltre l'85% delle IVG viene effettuato entro la 10° settimana gestazionale e che quindi, a parte situazioni specifiche, praticamente tutti gli interventi potrebbero essere effettuati con l'isterosuzione secondo Karman, in anestesia locale, in condizioni di day hospital o ambulatoriali e senza pernottamento. Sono evidenti i considerevoli vantaggi in termini economici, logistici e anche rispetto al problema dell'obiezione di coscienza.

Inoltre va evidenziato che l'anestesia generale e' associata a una maggiore incidenza di complicazioni post-IVG immediate e a distanza, come studi a livello internazionale hanno ampiamente dimostrato (23-25). A

questo proposito l'ISS ha condotto in collaborazione con l'ospedale di Modena uno studio sull'incidenza e delle complicanze post-IVG, e sono stati confermati i rischi associati alla anestesia generale (25).

TAB. 22 - COMPLICAZIONI SECONDO ANESTESIA

	Generale	Locale	RR	C.L.
Immediate	3.4	1.8	1.9	1.4 - 2.6
Ritardate	4.8	2.0	2.4	1.8 - 3.2

In definitiva una maggiore omogenizzazione dei servizi nel senso indicato indurrebbe risparmio di risorse economiche, semplificazioni logistiche con presumibili riduzioni dei tempi di attesa, riduzione dell'aborto clandestino almeno per quella parte, che si ritiene piu' consistente, dovuta alla carenza dei servizi (soprattutto al Sud) e infine, ma non meno importante, maggiore salvaguardia della salute psico fisica della donna.

Se le modificazioni osservate nel corso degli anni riguardo il tipo di intervento e la tecnica anestetica sono state poco significative, sono invece risultati notevolmente migliorati i tempi di degenza (Tab. 23). Anche in questo caso esistono notevoli differenziazioni regionali e all'interno delle regioni tra gli ospedali, tuttavia si e' passati da poco meno del 50% di IVG senza pernottamento nel 1983 a oltre i due terzi nel 1988.

TAB. 23 - LUOGO, TIPO DI INTERVENTO, TIPO DI ANESTESIA E
DURATA DELLA DEGENZA PER IVG DAL 1983 AL 1988

	1983	1984	1985	1986	1987	1988
<u>Luogo</u>						
Ist. cura pubbl.	87.6	86.8	86.2	83.8	82.7	78.5
Clinica convenz.	9.7	9.7	9.2	11.5	12.6	15.6
Ambulatorio	2.7	3.5	4.6	4.7	4.7	5.9
<u>Tipo intervento</u>						
Raschiamento	24.5	21.8	18.1	17.2	17.8	16.3
Isterosuzione	46.7	47.5	49.7	41.7	37.9	38.3
Karman.	28.3	29.7	31.7	40.4	43.7	44.9
Altro	0.6	1.0	0.5	0.7	0.5	0.5
<u>Tipo anestesia</u>						
Generale	78.7	78.0	79.0	77.3	76.8	74.6
Locale	16.8	18.7	18.0	17.8	18.3	21.1
Altro	4.5	3.3	2.9	5.0	4.9	4.2
<u>Durata degenza</u>						
< 1 gg	47.5	59.3	58.0	63.4	67.4	71.5
1-2	45.2	35.4	37.1	32.5	29.1	25.3
>2	7.3	5.3	4.9	4.1	3.6	3.2

4. CONCLUSIONI

Si puo' affermare che, grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica dell'IVG e alle ricerche collaterali, il fenomeno dell'aborto legale in Italia e' sostanzialmente noto nelle sue caratteristiche salienti, sia per quanto riguarda chi vi ricorre, sia per quanto concerne i servizi direttamente o indirettamente coinvolti. Le indagini di popolazione (donne che abortiscono, donne in eta' fertile) e le ricerche teoriche (mediante l'ausilio di modelli matematici) hanno permesso di risolvere molti dei quesiti che i dati sulla sorveglianza ponevano. E' stato cosi' possibile stimare la quota residua di aborto clandestino, dove prevalentemente ancora persiste e le possibili cause. E' stato altresì possibile verificare gli effetti positivi della legalizzazione nell'indurre modificazioni nei comportamenti verso una procreazione responsabile.

Si e' evidenziato che il ricorso all'aborto, per una quota preponderante, non costituisce una scelta di elezione ma e' una conseguenza della incapacita' concreta, a fronte di una attitudine positiva, di regolare la fecondita' con metodi alternativi perche' o poco conosciuti o perche' vengono impiegati quelli a piu' alto rischio di fallimento o perche' impiegati male a fronte di una scadente conoscenza della fisiologia della

riproduzione.

Se e' pur vero che alcuni aspetti potrebbero essere ulteriormente investigati e che maggiori e piu' dettagliate conoscenze sullo stato dei servizi sarebbero necessarie, tuttavia si ritiene che le ulteriori conoscenze possono essere acquisite piu' efficacemente nel corso della realizzazione dei programmi di prevenzione e di miglioramento della qualita' dei servizi.

Nella consapevolezza di quanto lacerante sia nel tessuto sociale del paese il problema dell'aborto, tuttavia si avverte la possibilita' che molta parte del fenomeno possa essere significativamente ridotta (circa il 50%) in breve tempo realizzando programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle donne che partoriscono, alle donne (coppie) che si sposano, e alle e agli adolescenti nelle scuole. Gli interventi proposti produrranno effetti significativi anche in termini di riduzione dell'aborto clandestino. Come in ogni altro problema di prevenzione i cardini delle strategie di intervento sono: a) una chiara identificazione della popolazione bersaglio per un obiettivo da raggiungere in un tempo definito (cardine epidemiologico), b) una scelta dei servizi e delle procedure atte a raggiungere efficacemente la/le popolazioni bersaglio per offrire attivamente (cardine

operativo) a ogni suo elemento la opportunita' della modificazione delle conoscenze, dell'attitudine e soprattutto dei comportamenti verso un controllo della fecondita' con metodi alternativi all'aborto, c) possibilita' di valutazione (cardine operativo) degli indicatori di processo, efficienza ed efficacia.

Il ruolo centrale dovrebbe essere giocato dai Consultori Familiari da riqualificare secondo le proposte elaborate dal Comitato Operativo Materno-Infantile, (istituito presso il Centro Studi del Ministero della Sanita' dal luglio 1987 al luglio 1989), e fatte proprie dall'ultimo piano sanitario nazionale e riportate nella relazione del Ministro (22).

Completare la rete consultoriale sul territorio, completare gli organici ed eliminare le condizioni di precarieta' sono certamente punti cruciali assieme alla organizzazione di corsi di aggiornamento strettamente finalizzati alla realizzazione dei programmi di prevenzione. Si e' consapevoli dell'esistenza di barriere difficili da rimuovere e rappresentate dalla relativa indisponibilita' di altri servizi, coinvolti nel problema, a interagire con quello consultoriale. Per gli interventi presso le/gli adolescenti il problema dell'interazione si pone tra istituzioni.

Non si puo' pensare di lasciare soli gli operatori dei consultori a risolvere questi problemi che invece dovrebbero essere carico di chi ha responsabilita' di gestione o di coordinamento tecnico-operativo e politico, a livello di USL e di regione.

Si vuole sottolineare che sviluppare le attivita' su base programmatica (nel documento citato dal Comitato Operativo Materno-Infantile vengono riportati esempi anche in altri ambiti oltre quello della prevenzione dell'aborto) permette di utilizzare indicatori non solo di efficacia e di efficienza ma anche di processo (quindi da utilizzare a tempi piu' rapidi) per la autovalutazione e per la valutazione ai livelli di gestione e di coordinamento. Per esempio, il tasso di rispondenza della popolazione bersaglio all'offerta attiva da parte del servizio di una procedura (informazione, colloquio, strumento) di prevenzione e' indicatore privilegiato e di rapida determinazione della qualita' del servizio stesso. Cio' e' vero nella convinzione che se la procedura di offerta attiva e' calibrata rispetto alle caratteristiche della popolazione (e questo e' uno degli aspetti cruciali della formazione) il tasso di rispondenza puo' essere superiore al 90%. Peraltro, i non rispondenti, a parte una quota marginale che puo' rifiutare per motivi "ideologici", si distinguono per l'appartenere a sezioni

di popolazione con notevoli disagi socio-economici, da cui provengono i problemi piu' gravi e che piu' necessitano dell'intervento dei servizi di sanita' pubblica e che sono piu' difficili da raggiungere.

Riguardo ai servizi direttamente impegnati nell'esecuzione dell'IVG si e' visto quali sono le necessita'. E' urgente avviare in ogni regione un processo di razionalizzazione (anche attraverso conferenze di servizi) delle procedure: istituire o migliorare il collegamento con i consultori (soprattutto per la prenotazione), utilizzare il day hospital e la struttura ambulatoriale, effettuare l'intervento con la tecnica dell'isterosuzione secondo la metodica Karman, impiegare l'anestesia locale e quindi richiedere meno analisi pre-IVG, diminuire la degenza fino a evitare il pernottamento (il tutto facendo salvi i casi particolari).

Si risparmierebbero cosi' ingenti risorse finanziarie (circa il 30% del costo totale) e logistiche/umane, si salvaguarderebbe maggiormente la salute della donna, si ridurrebbero i tempi di attesa e molto probabilmente una buona parte dell'aborto tendenzialmente clandestino (quello causato dalla carenza dei servizi) avrebbe una sbocco nella legalita'.

Verrebbe inoltre ridotto il problema di assicurare il servizio mediante il convenzionamento (dei ginecologi, delle cliniche convenzionate), a causa dell'obiezione di coscienza.

La realizzazione a tempi rapidi delle proposte di intervento sopra delineate porterebbe a un radicale ridimensionamento del fenomeno e permetterebbe di concentrare l'attenzione su quelle componenti dell'aborto legale piu' problematiche e che richiedono studi piu' approfonditi nell'area psicosociale.

Per il rilievo dell'incidenza dell'aborto clandestino, il maggior bisogno di programmi educativi, lo stato attuale di carenza dei servizi direttamente o indirettamente coinvolti nell'applicazione della legge 194, appare ancora piu' rilevante l'urgenza di realizzare i programmi descritti nelle regioni meridionali.

Vale la pena sviluppare un'ultima considerazione che rende conto di quali barriere talvolta e' necessario rimuovere. Se l'ISS volesse sviluppare analisi ulteriori sui dati raccolti mediante i modelli D/12, disponibili presso l'ISTAT, avrebbe non poche difficolta' ad acquisire i dati stessi per la vigente normativa che regola la disponibilita' dei dati ISTAT (di carattere sanitario e demografico) all'ISS, al Ministero della Sanita' e alle Regioni. Sembra che questa situazione sia paradossale.

All'Istituto Superiore di Sanita' competono attivita' di valutazione epidemiologica a livello nazionale e dovrebbe avere un accesso privilegiato, semplificato e tempestivo ai dati ISTAT, anche tenendo conto che i dati individuali sono anonimi e che comunque l'ISS e' una istituzione che garantisce la riservatezza necessaria riguardo le informazioni sui singoli.

BIBLIOGRAFIA

1. Landucci Tosi S., Spinelli A., Pediconi M., Grandolfo M.E., Timperi F., Figa' Talamanca I. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - 1983. Roma, Istituto Superiore di Sanita', 1985 (Rapporto ISTISAN 85/5).
2. Spinelli A., Grandolfo M.E., De Blasio R., Pediconi M., Savelli L., Timperi F., Lauria L., Vollono C., Figa' Talamanca I. L'Interruzione Volontaria di Gravidanza in Italia 1984 e 1 semestre 1985. Roma, Istituto Superiore di Sanita', 1987 (Rapporto ISTISAN 87/2).
3. Spinelli A., Grandolfo M.E., Pediconi M., Stazi M.A., Timperi F., Andreozzi S., Arisi E., Figa' Talamanca I. L'Interruzione Volontaria di Gravidanza in Italia: 1985-1986. Roma, Istituto Superiore di Sanita', 1989 (Rapporto ISTISAN 89/8).
4. Spinelli A., Grandolfo M.E., Pediconi M., Stazi M.A., Timperi F., Andreozzi S., Donati S., Greco V., Medda E., Lauria L., Figa' Talamanca I. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: 1987-1988. Roma, Istituto Superiore di Sanita', 1991 (Rapporto ISTISAN 91/15).
5. Indagine sulla fecondita' in Italia. Rapporto generale - Vol. 1° Metodologia e analisi. (A cura di Paolo De Sandre) Tecnoprint, Bologna, 1983.
6. Di Cillo C., Andreozzi S., Medda E., Greco V., Grandolfo M.E., Spinelli A. Conoscenza, attitudine e comportamenti delle donne in eta' fertile riguardo la pianificazione familiare. Atti del Convegno Nazionale "Il Consultorio Familiare: Congresso Nazionale per rinnovare un impegno per la donna degli anni '90". Rimini 27-31 maggio 1990 - CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1990: 281-288.
7. Buttitta E., Figliolo C., Li Volsi D., Voiona A., Monastra A. La pianificazione familiare: indagine C.A.P. su un campione di 195 donne nicosiane. Atti del Convegno Nazionale "Il Consultorio Familiare: Congresso Nazionale per rinnovare un impegno per la donna degli anni '90. Rimini 27-31 maggio 1990 - CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1990: 563-574.

8. Calzolaio F., Carnevale T., Palladino R., Spinelli A. Educazione contraccettiva ed aborto ripetuto: una ricerca intervento. Atti del Convegno Nazionale "Il Consultorio Familiare: Congresso Nazionale per rinnovare un impegno per la donna degli anni '90. Rimini 27-31 maggio 1990 - CIC Edizioni Internazionali, Roma, 1990: 865-869.
9. L'Interruzione Volontaria della Gravidanza nella città di Napoli. Un'indagine mediante questionario (A cura di Aurelio Pane). Dipartimento di Matematica e Statistica Università di Napoli. Liguori Editore, 1988.
10. Caratteristiche mediche e socio-demografiche dell'IVG - Un'indagine nell'area fiorentina. (A cura del Dipartimento Statistico dell'Università degli Studi di Firenze) 1988.
11. Dati forniti brevi manu dall'Assessorato Sanita' e Servizi Sociali Regione Umbria ed elaborati dall'ISS.
12. Figa' Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. Genus 1976, 32, 1-2; 91-107.
13. Figa' Talamanca I., Spinelli A. L'Aborto illegale in Italia e' ancora un problema reale? Contraccezione Fertilita' Sessualita' 1986, 13, 3: 263-269.
14. De Blasio R, Spinelli A., Grandolfo M.E. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Annali Istituto Superiore Sanita' 1988, 24: 331-338.
15. Giacobazzi D., Merelli M., Morini M., Nava P., Ruggerini M.G. I percorsi del cambiamento - ricerca sui comportamenti contraccettivi in Emilia Romagna. Rosenberg-Sellier Editori.
16. Landucci Tosi S., Pediconi M., Spinelli A., Grandolfo M.E., Iarussi L., Spinelli E., Zoffoli C. L'IVG tra le minorenni: indagine in due ospedali romani. Contraccezione Fertilita' Sessualita' 1988, 13: 67-72.
17. De Toni L., Merola A., Grandolfo M., Savelli L., Spinelli A. Servizio consultoriale e IVG: un esempio di modello operativo. Contraccezione Fertilita' Sessualita' 1989, 16: 491-497.

18. Arisi E., Grandolfo M., Spinelli A. Atteggiamento verso la contraccezione di un gruppo di donne che praticano l'IVG. Atti del seminario nazionale di Contraccezione, Sterilizzazione e Aborto - Madonna di Campiglio, 24-30 marzo 1985, Monduzzi Editore, 1985: 565-568.
19. La Vecchia C., Pampallona S., Negri E., Fasoli M., Franceschi S., De Carli A. Le donne a rischio per IVG. Contraccezione Fertilita' Sessualita' 1986, 13: 485-491.
20. Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternita' e sulla interruzione volontaria della gravidanza (1989) presentata dal Ministro della Sanita' (De Lorenzo). Atti Parlamentari X Legislatura, 1991.
21. Spinelli A., Grandolfo M.E., De Blasio R., Pediconi M., Timperi F. Prevention of Induced abortion in Italy. Comunicazione 144 pag. 80. XI Scientific Meeting of the International Epidemiological association 8-13 august 1987 Helsinki, Finland.
22. Relazioni sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternita' e sulla Interruzione Volontaria della Gravidanza (1987 e 1988) presentate dal Ministro della Sanita' (De Lorenzo). Atti Parlamentari X Legislatura, 1989.
23. Henshaw S.K., Morrow E. - Induced abortion a world review - 1990 supplement. The Alan Guttmacher Institute, New York, 1990.
24. Mackay T.H., Schultz K.F., Grimes D.A. Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. Obstetrics and Gynecology 1985, 66, 5: 661-665.
25. Osborn J.F., Arisi E., Spinelli A., Stazi M.A. General anesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? European Journal of Epidemiology 1990, 6: 416-422.
26. Population Reports. Series A, number 7. November 1988.

Allegato 1COMITATO OPERATIVO MATERNO INFANTILE
CENTRO STUDI MINISTERO DELLA SANITA'

DOCUMENTO DEL SOTTOCOMITATO SULLE ATTIVITA' CONSULTORIALI

CONSIDERAZIONI SUI CONSULTORI FAMILIARI E IPOTESI PER LA
LORO RIQUALIFICAZIONE

Attualmente esiste nel nostro paese una grande varieta' di esperienze di attivita' consultoriali. Pur partendo da un unico punto di riferimento costituito dalla legge quadro, istitutiva dei consultori familiari (legge n' 405 del 1975), tra le regioni esistono differenze non trascurabili in termini di:

1. normativa regionale;
2. tasso di presenza di C.F./100.000 donne in eta' feconda;
3. figure professionali (e numero) previste e realmente presenti, anche in relazione alle ore settimanali e al rapporto di impiego;
4. tipo di utenza prevista (in alcune regioni esistono consultori pediatrici separati dai consultori familiari);
5. esistenza o meno di programmi specifici di intervento.

In questo contesto si pone la necessita' di realizzare in modo compiuto un sistema di sorveglianza sulle attivita' consultoriali. Attualmente l'ISS sta implementando tale sistema, in collaborazione con la DGMS (Dir. Gen. Medicina Sociale) e il SCPS (Serv. Centr. Programm. San.).

I primi dati sono anche riportati nella relazione del Ministro della Sanita' sulla applicazione della legge 194, per il 1986.

Attualmente sono disponibili i dati di 11 Regioni, da cui risulta che il 41% delle prestazioni ha riguardato la prevenzione (pap-test, visite senologiche, contraccezione), il 14% per consulenza psico-sociale, il 37% per motivi medici e l'8% per IVG, gravidanza e altro.

L'attivita' consultoriale si e' svolta secondo quattro principali modalita':

1. erogazione dei servizi richiesti dall'utenza che si presenta spontaneamente al consultorio; alcuni di questi servizi riguardano la consulenza, soprattutto a fini preventivi, altri consistono in vere e proprie visite mediche (in una logica ambulatoriale);
2. attivita' di educazione sanitaria, di assistenza a gruppi di utenti (che accedono al consultorio sempre spontaneamente).

Esempi classici: preparazione al parto, informazione sui metodi per la paternita' e maternita' consapevoli.

3. attivita' rivolta alla popolazione residente:
 - a) educazione sanitaria;
 - b) programmi di prevenzione applicati a un settore definito di popolazione (esempi: prevenzione tumori femminili (Pap Test), campagne di vaccinazione contro la rosolia e il morbillo);
4. indagini epidemiologiche per la preparazione di interventi sanitari (indagini C.A.P. [Conoscenze, Attitudini e Pratica] sui metodi per la regolazione della fertilita', sulle vaccinazioni, sull'uso dei servizi sanitari, ecc.).

La Legge n. 405 del 1975, istitutiva dei consultori familiari, anche con la stessa denominazione poneva al centro dell'attenzione dell'attivita' consultoriale la famiglia nella sua unita' e complessita' relazionale; nella realta' questa centralita' non si e' ritrovata nella generalita' dei consultori, in quanto l'attivita' era basata sulla logica dell'utenza che spontaneamente si presentava al servizio, quindi le funzioni del servizio stesso sono state in qualche modo condizionate dalle richieste dell'utenza. E' difficile valutare se e quanti

sforzi sono stati fatti dagli operatori consultoriali nel cercare di ricondurre all'interno della dinamica familiare il problema posto dall'utenza, anche consultando, se necessario, gli altri componenti della famiglia. E' evidente che questa possibilita' dipende dalla natura del problema, dall'attitudine dell'utente a far coinvolgere gli altri elementi del nucleo familiare e dall'attitudine di questi ultimi a farsi coinvolgere. E' anche molto comprensibile che i problemi posti dall'utenza fossero prevalentemente di carattere "sanitario" e che l'utenza fosse prevalentemente femminile o infantile. Spesso il consultorio si e' trovato a rappresentare il solo riferimento praticamente disponibile sul territorio e probabilmente anche quando cio' non era vero, il ricorso al consultorio poteva essere determinato da una esigenza non esplicitata e non chiaramente percepita di tipo psico-sociale, anche connessa con la dinamica familiare, il tutto nascosto dal problema "sanitario". E' inoltre comprensibile come la condivisione dei problemi familiari da parte di tutti i componenti, soprattutto di sesso maschile, e' fortemente condizionata da retaggi culturali tradizionali che possono essere modificati solo in tempi sufficientemente lunghi.

E' altresì vero che proprio il modo di procedere del consultorio basato sull'utenza che arriva, pone il servizio in condizione di non poter affrontare problematiche familiari se non quando si ha una specifica richiesta da parte dell'autorità giudiziaria competente o di altre istituzioni (affidamento, etc.).

In definitiva solo la formulazione di problemi e quindi di programmi basati sulla popolazione e non sull'utenza, può permettere un approccio, rispettoso del ruolo del C.F., che tenga anche conto delle priorità.

In questa nuova prospettiva non ci si può limitare ad esprimere l'esigenza che il C.F. si occupi degli aspetti psico-sociali connessi con la dinamica familiare, ma è necessario individuare degli indicatori e quindi dei problemi che possano rappresentare sintomi del disagio familiare, quali ad es. l'evasione dell'obbligo scolastico, la difficoltà di apprendimento scolastico, l'abuso dell'infanzia, etc.

Se è chiaro che il C.F. dovrebbe essere particolarmente dedicato a sostenere la famiglia debole, non si può trascurare che in generale sono proprio i settori marginali di popolazione ad avere una estrema difficoltà ad usufruire dei servizi sociosanitari disponibili sul territorio e che quindi se è vero in generale che il servizio deve farsi carico di raggiungere

la popolazione che potenzialmente ha il problema, questo e' tanto piu' vero quando ci si riferisce a quelle quote di popolazione che piu' hanno difficolta' a riferirsi ai servizi.

Dal confronto delle attivita' svolte dai consultori pubblici rispetto a quelli non istituiti dallo Stato e' emersa una maggiore accentuazione di questi ultimi per quanto riguarda gli interventi di natura psicosociale.

Da quanto detto risulta chiaro quanto sia difficile effettuare misure di efficacia del C.F. se non si tiene conto delle diverse modalita' con cui l'attivita' viene svolta. E' necessario premettere che si deve valutare positivamente l'attivita' consultoriale rivolta al soddisfacimento della richiesta dell'utenza che arriva spontaneamente, anche quando questa richiesta e' di tipo prettamente sanitario e che quindi potrebbe essere soddisfatta da altri servizi (medico convenzionato, poliambulatorio ecc.), perche' queste richieste esprimono la domanda espressa dall'utenza che ha ritenuto il C.F. un punto di riferimento concreto per i problemi sanitari. Tuttavia l'attivita' piu' produttiva e anche piu' facilmente valutabile e' quella che consegue a specifici programmi operativi in cui, tra l'altro, siano definiti:

- a) popolazione da coinvolgere
- b) obiettivo che si vuole raggiungere
- c) scelta dei criteri di misura degli indicatori legati agli obiettivi
- d) tempi di realizzazione.

Nella maggior parte dei programmi che possono essere realizzati dai consultori familiari si rendono necessari i collegamenti funzionali con gli altri servizi sanitari e/o sociali presenti nel bacino di utenza del C.F.

L'inserimento del C.F. nei servizi distrettuali deve tener conto della peculiarita' dell'attivita' consultoriale e della necessita' di salvaguardare la sua unitarieta' funzionale e strutturale; la programmazione delle sue attivita' deve tener conto e inserirsi organicamente nella programmazione di tutta l'attivita' distrettuale e deve prevedere, in tale contesto, ogni forma di coinvolgimento e collaborazione con i medici di base, e gli operatori delle istituzioni sociali.

Cio' ha come immediata conseguenza la necessita' che i responsabili dei settori competenti delle USL o delle altre istituzioni competenti svolgano un ruolo di coordinamento nella preparazione ed esecuzione dei programmi con lo scopo principale di rimuovere le barriere che possono ostacolare il collegamento.

Inoltre non e' auspicabile che la priorit  degli interventi consultoriali sia completamente stabilita dal C.F. stesso, pur ammettendo margini importanti di autonomia per tener conto delle realt  locali, alcuni problemi prioritari dovrebbero essere definiti a livello regionale o addirittura nazionale.

A questo proposito la selezione delle priorit  puo' essere effettuata tenendo conto della seguente griglia: Frequenza del problema, Urgenza, possibilit  di Intervento, Gravita', ed Esemplarita' pedagogica (F.U.I.G.E.).

La griglia viene utilizzata valutando gli indicatori epidemiologici corrispondenti (per es. per la frequenza: tasso di incidenza, tasso di prevalenza; per la gravita': tasso di ospedalizzazione, tasso di mortalita', tasso di letalita'). Quando si parla di possibilit  di intervento si intende fare riferimento alle condizioni operative del consultorio (risorse, personale), in relazione anche ai servizi ed istituzioni con cui e' operativamente collegato o collegabile. L'esemplarita' pedagogica puo' far riferimento sia al grado di addestramento sul campo che riceve il personale del consultorio, ed eventualmente quello di altri servizi e istituzioni, nello svolgere il programma, sia alla evoluzione della popolazione del bacino di utenza esposta al programma, verso una gestione

consapevole ed informata dello stato di salute psico-fisico della persona, della coppia e della famiglia.

Queste considerazioni permettono di comprendere come non sia molto giustificato un giudizio negativo sull'attività dei consultori familiari istituiti dallo Stato tenendo conto che, soprattutto nelle Regioni meridionali, non sono stati attivati nel numero necessario, non sono presenti tutte le figure professionali previste, le forme contrattuali non sono ottimali per un sereno svolgimento dell'attività, non sempre i C.F. sono stati sollecitati a operare secondo programmi definiti a livello di USL o di Regione.

E' interessante, a solo scopo esemplificativo, valutare l'attività dei C.F. in relazione alla legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). I dati del sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG in Italia mostrano chiaramente che il C.F. e' stato mediamente poco coinvolto nella attività di certificazione (25%, rispetto al 50% del medico privato e al 25% del Servizio Ostetrico-ginecologico degli Istituti di cura).

Questo dato medio nasconde grandi differenze regionali, differenze non necessariamente correlate con il tasso di presenza dei consultori, dovute invece molto probabilmente a una specifica politica sanitaria decisa a

livello di regione o di USL, secondo la quale il C.F. puo' prenotare la donna per l'intervento.

Il C.F. che non ha la possibilita' di effettuare la prenotazione presso l'Istituto di cura pubblico o presso la Clinica autorizzata non risulta, nel giudizio della donna, "conveniente" rispetto alle altre possibili modalita' (il medico o il servizio ostetrico ginecologico). Questo perche' l'attivita' consultoriale, in caso di richiesta di IVG, prevede un colloquio approfondito con almeno due figure professionali (ginecologo, assistente sociale, psicologo). Durante i colloqui si tende a verificare accuratamente se ci sono ostacoli rimovibili al proseguimento della gravidanza e, in caso di persistenza della richiesta, si fornisce per quanto possibile l'assistenza necessaria perche' la donna possa ottenere l'IVG. Durante i colloqui viene iniziata la presentazione e la discussione dei metodi per la regolazione della fertilita' e per la procreazione responsabile che si prevede possa continuare piu' proficuamente al momento della visita di controllo post-IVG a cui la donna viene invitata. Le altre due modalita' sono presumibilmente piu' sbrigative e quindi giudicate dalla donna piu' "convenienti". Si e' dimostrato che, laddove il C.F. puo' effettuare la prenotazione, non solo la donna e' disposta a seguire una

trafila piu' lunga e piu' impegnativa (anche dal punto di vista psicologico), ma ritorna al consultorio per la visita di controllo e per proseguire il colloquio sui metodi per la regolazione della fertilita' e per la procreazione responsabile.

Pur tenendo conto del ruolo non preminente svolto dai C.F. nell'ambito dell'IVG i dati mostrano che nelle regioni con un piu' alto tasso di presenza dei C.F., o nelle regioni con una piu' alta percentuale di certificazioni presso i C.F., si e' avuto un decremento piu' rapido del tasso di incidenza dell'aborto e un incremento minore dell'abortivita' ripetuta. Questa e' l'unica misura attualmente disponibile dell'efficacia dell'attivita' consultoriale ed e' una misura positiva.

Indicazioni per una riqualificazione dell'attivita' consultoriale.

L'attivita' consultoriale relativa ai problemi socio-sanitari espressi dagli utenti che si rivolgono al servizio non puo' essere compressa eccessivamente pena la perdita di credibilita' del C.F. Gli operatori del C.F. comunque devono saper indirizzare gli utenti verso i servizi ambulatoriali presenti nel territorio che sono preposti per l'erogazione delle prestazioni richieste.

E' necessario tuttavia, privilegiare l'attivita' consultoriale dedicata alla prevenzione che concretamente deve essere organizzata secondo programmi in cui sia definita una specifica popolazione da coinvolgere, l'obiettivo che si vuole raggiungere, i tempi necessari e i criteri di misura degli indicatori legati agli obiettivi. Tale attivita' di solito prevede la collaborazione del C.F. con altri servizi socio-sanitari del territorio e deve essere svolta in modo propositivo, cioe' gli elementi della popolazione da coinvolgere devono essere invitati a partecipare al programma di prevenzione, un primo indicatore di efficienza e' il tasso di rispondenza.

Una parte importante dell'attivita' di prevenzione consiste nella realizzazione di campagne di educazione socio-sanitaria da svolgere in connessione con programmi di intervento. Infine il personale del C.F. deve essere disponibile a partecipare a indagini epidemiologiche, soprattutto di tipo C.A.P., con particolare riguardo alla fase della somministrazione dei questionari.

E' presumibile, e anche auspicabile, che l'attivita' programmatica del C.F. sia parte integrante di programmi di intervento che vedono coinvolti altri servizi della USL e altre istituzioni sociali del territorio.

L'esigenza di caratterizzare in modo piu' pieno l'azione del Consultorio Familiare nell'ambito della famiglia non deve distogliere l'attenzione dalla necessita' per il consultorio di costruire una sua credibilita' di servizio nell'intera popolazione attraverso la realizzazione di programmi generali di prevenzione che permettano di rafforzare il legame servizio-popolazione (e quindi famiglie) in una fase non caratterizzata da una evidente patologia sanitaria e/o psico-sociale. Infatti i settori marginali della popolazione, le famiglie deboli, da cui prevalentemente emergono i problemi su cui si vuole intervenire, non sono separati fisicamente dalla popolazione generale, ma da questa provengono (esemplare l'instaurarsi del problema della tossicodipendenza nella famiglia). Peraltro gli interventi di prevenzione garantiscono la possibilita' di esporre la popolazione all'osservazione e permettono una "maggiore confidenza" verso i servizi. Gli interventi di prevenzione sono a prevalente (ma non esclusivo) carattere sanitario e sono piu' facilmente "accettati"; essi hanno anche la caratteristica di suscitare un alto livello di comunicazione orizzontale favorendo la socializzazione. Infine non bisogna dimenticare che i consultori familiari sono di fatto gli unici servizi proiettati operativamente nel territorio.

In definitiva, pur mantenendo una quota ridotta di attivita' piu' propriamente di tipo ambulatoriale e dovendo riservare una parte di attivita' per richieste di altri servizi o istituzioni (per es. Autorita' giudiziarie competenti, scuole ed altri servizi socio-sanitari), il C.F. deve capovolgere il tradizionale modo di operare passando dalla situazione in cui il servizio aspetta che l'utente con il "problema" si presenti, alla situazione in cui il servizio si fa carico di raggiungere l'utente potenzialmente con il "problema".

L'area di attivita' del C.F. dovrebbe riguardare la tutela a) della salute psicofisica della madre, del padre e del bambino/a (prevenzione dell'handicap, assistenza in gravidanza, preparazione al parto, bilanci di salute nella prima infanzia), b) della salute della persona soprattutto per quanto concerne gli aspetti della procreazione responsabile e della riproduzione (pianificazione familiare, prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo, informazione ed educazione socio sanitaria ivi compresa educazione sessuale, etc.), c) delle relazioni di coppia e della famiglia, inoltre l'attivita' consultoriale dovrebbe prevedere l'intervento psicosociale verso le aree di alto rischio (famiglie disagiate, portatori di handicap psicofisici, abuso dell'infanzia).

E' inteso che il C.F. non dovra' effettuare interventi di secondo livello, ma dovra' eventualmente evidenziarne l'esigenza e provvedere a indirizzare correttamente l'utente.

Il consultorio familiare puo' assumere tre punti di vista per una azione programmatica nell'ambito degli indirizzi nazionali e della programmazione regionale:

- a) Interventi di prevenzione in settori di popolazione generale preventivamente definiti. Il C.F. si preoccupa di raggiungere ogni singolo elemento della popolazione scelta.
- b) Interventi di prevenzione su gruppi o persone a "rischio". Per esempio:
 - donne lavoratrici inserite in processi produttivi particolarmente rischiosi,
 - lavoro minorile,
 - portatori o portatrici di handicap,
 - infanzia in famiglie disagiate,
 - fumatrici in gravidanza.
 - particolari problemi di natura psico fisica dell'adolescenza.
- c) Interventi su casi gravi, anche su indicazione dell'Autorita' giuridiziarica competente. Per esempio

- abuso dell'infanzia, devianza minorile;
- affidamento, adozione;
- evasione scolastica,
- disagio scolastico (difficolta' di apprendimento, ripetizione di anni, etc.);
- sostegno alle famiglie con componenti alcolisti o tossicodipendenti;
- famiglia in crisi, soprattutto nella fase di separazione, eventualmente con l'assistenza del consulente legale.

La riqualificazione dei servizi consultoriali e' condizionata da un miglioramento nella organizzazione e gestione degli stessi. In particolare si individua la necessita' di enucleare le seguenti esigenze:

1. un responsabile di gestione all'interno di ciascun consultorio che risponda verso l'esterno dei programmi annuali, dell'efficacia e dell'efficienza della struttura, della trasmissione delle informazioni riguardanti l'attivita';
2. diffondere tra gli operatori una consapevolezza non solo della propria specificita' professionale, ma anche delle proprie competenze gestionali e delle responsabilita' che queste comportano, assumendo la responsabilita' operativa per la attuazione di

programmi specifici;

3. individuare a livello regionale e definire in modo certo, la dipendenza dei consultori - per quanto attiene all'attuazione dei loro programmi - da un Assessorato competente tenendo presente l'esigenza di responsabilizzare in modo preminente il servizio Materno-Infantile attraverso procedure di delega o di integrazione funzionale;
4. rendere quanto piu' possibile omogeneo tra le varie Regioni l'assetto organizzativo di cui al punto precedente;
5. inserimento dei Consultori nel Distretto, salvaguardando la unitarieta' strutturale e funzionale dell'attivita' consultoriale e quindi il livello di specializzazione professionale dei suoi operatori.

Le figure professionali necessarie nel C.F. sono:

- 1 psicologo/a
- 1 ginecologo/a
- 1 pediatra
- 2 assistenti sociali
- 1 ostetrica
- 1 assistente sanitaria
- 1 vigilatrice d'infanzia o infermiera professionale specializzata in pediatria o infermiera professionale

Proposta di minima del bacino di utenza:

Si ritiene adeguata la presenza di un consultorio ogni 3000 donne in eta' feconda nelle zone rurali, ogni 6000-8000 donne nelle zone urbane, il che equivale a un consultorio ogni 10000 abitanti nelle zone rurali e a uno ogni 20000-25000 nelle zone urbane.

Proposta di orario settimanale per l'organico necessario:

- psicologo/a, 18 ore
- ginecologo/a, 18 ore
- pediatra, 18 ore
- assistente sociale, 36 ore
- ostetrica, 36 ore
- assistente sanitaria, 36 ore
- vigilatrice d'infanzia o infermiera professionale specializzata in pediatria o infermiera professionale, 36 ore

Si puo' prevedere di aumentare congruamente il numero di ore per le figure professionali non a tempo pieno nel caso ricoprano il ruolo di responsabile di gestione.

Le figure professionali non impegnate a tempo pieno completano il loro orario settimanale in due consultori contigui.

Debbono altresì essere previste, in qualità di consulenti altre figure professionali quali il pedagogista, il sociologo, il legale, il neuropsichiatra infantile, ecc. la cui utilizzazione presso i singoli consultori sarà stabilita dalle singole unità operative sulla base delle effettive esigenze.

In una parte consistente dei C.F. non istituiti dallo Stato vi è la figura del consulente familiare con funzioni di prima accoglienza, che ha ricevuto una specifica formazione. Si ritiene necessario che la componente Dir. Gen. di Medicina Sociale valuti l'utilità, il ruolo, le funzioni, la formazione e la possibilità di riconoscimento giuridico di tale figura, per una possibile estensione di più generale a tutta la rete consultoriale.

Gli operatori del C.F. hanno bisogno di una specifica preparazione alla consulenza familiare attraverso corsi, seminari, atelier pedagogici. Tale formazione dovrebbe realizzarsi attraverso lo studio di problematiche che evidenzino la valenza consulenziale dell'intervento.

Sinteticamente si ritiene di individuare nei seguenti cinque punti i passi necessari per riqualificare l'attività consultoriale:

1. Realizzare i consultori dove mancano, completare gli organici previsti, regolarizzare gli aspetti contrattuali al fine di ridurre la precarietà e possibilmente eliminarla;
2. invitare tutti i consultori ad acquisire (e collaborare a costruire) gli indicatori per il proprio bacino di utenza: tasso di natalità, fecondità, abortività, morbosità e mortalità per alcune cause specifiche, incidenza del lavoro minorile, evasione dell'obbligo scolastico, delle separazioni e divorzi, degli anziani istituzionalizzati e di altri possibili indicatori di disabilità psico-fisica della persona, della coppia e della famiglia e in generale quanto di competenza del consultorio;
3. individuare settori prioritari di intervento di prevenzione.

Esempi: prevenzione aborto, prevenzione tumori dell'apparato riproduttivo, vaccinazioni, alimentazione, evasione dell'obbligo scolastico, prevenzione abuso dei minori, violenza contro le donne e prevenzione disagio familiare.

4. promuovere la formazione del personale dei consultori, con la metodologia dell'atelier pedagogico (modello OMS). Quindi la formazione (soprattutto la capacità di lavoro di equipe) deve essere in relazione ai programmi e

all'attività che è necessario svolgere per realizzarli.

5. riconoscere il ruolo e, quindi, anche attivare provvedimenti finanziari o convenzionare, pure per quanto concerne l'attività di aggiornamento e formazione, i consultori familiari non istituiti dallo Stato (anche secondo quanto previsto dalla legge n. 405) che ne faranno domanda, controllando la loro rispondenza alle caratteristiche richieste: gratuita' del servizio, presenza di tutti gli operatori richiesti, e con una adeguata formazione professionale, per le attività previste nella convenzione o nei programmi finanziati, lavoro di equipe, interdisciplinarieta' del servizio, relazioni di lavoro annuali. I meccanismi di finanziamento dovrebbero essere agili e va identificato l'Ente (Regione, USL, Comune) a cui fare la richiesta. E' opportuno promuovere una buona collaborazione tra i Consultori istituiti dallo Stato e non, in ordine al perseguimento di obiettivi comuni che possono darsi nello svolgimento dell'attività'. E' auspicabile che le istituzioni (per esempio il Tribunale dei minori) che richiedono l'intervento del C.F. tengano conto di entrambe le opportunita'.

Sugli esempi presi in considerazione come settori prioritari di intervento si possono articolare alcune linee programmatiche:

1) Prevenzione dell'aborto

Obiettivo: ridurre il tasso di abortivita'.

I programmi che seguono danno luogo a risultati in tempi diversi (breve, medi, lunghi) e sarebbe auspicabile che venissero promossi simultaneamente.

A) Poiche' il 75% degli aborti riguarda donne che hanno almeno un figlio e sono coniugate, tenendo conto che nel 70-80% dei casi il ricorso all'aborto segue al fallimento (piu' realisticamente all'uso scorretto di metodi per la procreazione responsabile), si rende necessario un intervento di informazione e di educazione sanitaria sui metodi per la maternita' e paternita' consapevole in modo tale da permettere alle donne (o meglio alla coppia) di effettuare una scelta responsabile. La popolazione da coinvolgere prioritariamente e' costituita dalle donne (meglio dalle coppie) che hanno il primo figlio: all'aumentare dei figli aumenta la probabilita' che la coppia non voglia averne altri e quindi aumenta il bisogno di controllare la fecondita'.

Operatori dei consultori potrebbero prendere contatti con le partorienti per invitarle al consultorio (anche con il coniuge o il partner) per un primo bilancio di salute del neonato e per una preparazione a una procreazione consapevole.

B) Una donna che ha abortito puo' riabortire e puo' avere necessita' di una informazione accurata e completa sui metodi per la procreazione responsabile, anche in coppia con il coniuge o il partner. Si possono individuare tre momenti in cui la donna puo' essere esposta all'informazione da parte degli operatori dei C.F.:

- 1) Al momento della certificazione. Limiti: la donna puo' essere non molto disponibile a recepire l'informazione, solo il 25% delle donne chiede la certificazione al consultorio.
- 2) Al momento dell'interruzione della gravidanza. Limiti: la donna e' in condizioni di massima indisponibilita' psicologica alla ricezione dell'informazione; non sempre e' permesso alle operatrici dei C.F. di accedere ai reparti.
- 3) Al momento della visita di controllo presso il C.F. Limiti: non sempre e' previsto questo ritorno ed e'

difficile che una donna effettui la visita di controllo presso il consultorio se non ha richiesto a questo servizio la certificazione. Vantaggi: e' il momento di massima recettivita' dell'informazione.

Una possibile soluzione consiste nell'aumentare le certificazioni richieste ai consultori. Poiche' cio' avvenga e' necessario rendere "conveniente" l'uso di questo servizio, nonostante la complessita' e accuratezza dell'istruttoria prima del rilascio della certificazione. Una convenienza potrebbe consistere nella garanzia che i C. F., nel rispetto della loro identita' e dell'obiezione di coscienza, potrebbero prenotare la donna per l'intervento presso l'ospedale, senza lunghe file di attesa. In definitiva, i C.F. dovrebbero essere messi in condizione di gestire, alla luce di quanto sopra detto, anche le prenotazioni per l'intervento.

- C) Il C.F. potrebbe inviare lettere di invito alle coppie che si sposano per un colloquio sulla procreazione consapevole, sulla gravidanza, sulla prevenzione delle malattie, disabilita' e disagi dell'infanzia, oltre agli aspetti problematici della vita di coppia.
- D) Il C.F. potrebbe prendere contatti con gli organi collegiali delle scuole medie (soprattutto superiori)

per aiutare gli insegnanti a far svolgere attività didattica sulla fisiologia e patologia della riproduzione e della procreazione consapevole, con particolare riferimento ai problemi dell'igiene, delle relazioni affettive e dello sviluppo psico-sessuale. In questo contesto il C.F. potrebbe mettere a disposizione i propri locali in un giorno (o parte di esso) della settimana per riunioni di adolescenti, con la guida degli operatori del servizio. Il Consultorio Familiare potrebbe prendere contatti parallelamente con i genitori degli alunni, per aiutarli a comprendere le problematiche della pre-adolescenza e della adolescenza, con particolare attenzione a quanto attiene alla educazione sessuale.

- E) In rapporto al problema dell'aborto delle minorenni, che spesso costituisce l'epifenomeno di situazioni di conflitto familiare, di disagio esistenziale e relazionale della minore, di abuso ecc., si ipotizzano alcune linee di intervento da parte del consultorio:
- a) preventiva con azione sulla famiglia e sulla scuola;
 - b) di supporto psico-sociale in collaborazione e su richiesta del Giudice Tutelare, cui è stata chiesta l'autorizzazione dalla minore, affinché egli abbia elementi di giudizio e la minore sia

tutelata;

- c) di supporto diretto e indiretto alla ragazza che decide di portare avanti la gravidanza nonostante la situazione di disagio, indicando e contattando i sussidi e le strutture di accoglienza esistenti e fornendole l'appoggio necessario

F) Il consultorio potrebbe svolgere indagini epidemiologiche C.A.P. sulla procreazione consapevole e sulla conoscenza da parte della popolazione della disponibilita' dei servizi socio-sanitari di base, sulla attitudine a servirsene e sull'uso reale, al fine di programmare in connessione all'intervento, campagne di educazione sanitaria.

Nell'ambito della prevenzione dell'aborto il Consultorio Familiare potra', inoltre, farsi promotore presso gli Enti Locali (Comune, Regione) di iniziative sul piano della politica familiare e sociale (alloggio, lavoro, assegni familiari, ecc.) e per l'utilizzo, l'efficienza ed il potenziamento dei servizi (asilo nido, trasporti, ecc.) quando fra le cause del forzato controllo della fertilita' si individui la carenza per la famiglia di tali risorse.

Si potrebbe ipotizzare che cambiando le condizioni socioeconomiche e gli stili di vita della società aumenti il desiderio di fecondità e quindi diminuisca il tasso di abortività. In realtà solo una piccola parte della fecondità (meno del 10%) viene controllata con l'aborto (avendo fallito o essendo stato impiegato scorrettamente un metodo per la procreazione consapevole). Quindi un programma che promuova la natalità non avrà effetti significativi sul tasso di abortività, mentre determinerà una riduzione del solo rapporto di abortività.

2) Prevenzione dell'infezione da HIV

Come previsto dal documento VII della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS nel 1987 il consultorio familiare fa parte della rete assistenziale di I livello per quanto riguarda l'infezione da HIV. In particolare i consultori devono curare:

- la diffusione di informazioni concernenti le modalità di trasmissione dell'infezione ai giovani in età evolutiva, alle coppie e in particolare alle donne appartenenti a categorie a rischio che aspirino alla maternità;

- l'informazione alle donne sieropositive gestanti circa il rischio di trasmissione dell'infezione al prodotto del concepimento;
- il prelievo di campioni per l'esecuzione del test per tutte le donne appartenenti a categorie a rischio, non precedentemente esaminate;
- l'avvio delle donne sieropositive ai centri di secondo livello e dei nati da madre sieropositiva agli appositi centri per il follow-up di neonati e minori sieropositivi.
- il collegamento con la prevista unita' di coordinamento nazionale per la lotta contro l'infezione da HIV nella madre e nel bambino per problematiche particolari di ordine assistenziale, sociale, etico giuridico, ecc.

3) Prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo

Obiettivo: ridurre il tasso di incidenza dei tumori dell'apparato riproduttivo (per es. tumori al collo dell'utero, della mammella).

Per poter osservare riduzioni apprezzabili dei tassi di incidenza in tempi ragionevoli (per esempio un quinquennio), e' auspicabile che questo programma venga realizzato contemporaneamente da tutti i consultori di una provincia (e, in caso di piccole regioni, di tutta

una regione). E' necessario conoscere i tassi di incidenza prima dell'inizio del programma. La popolazione da coinvolgere, costituita dalla popolazione adulta di eta' superiore ad un certo minimo stabilito, sara' definita nella sua ampiezza in base alle risorse dei C.F. e dei servizi ad essi connessi per l'espletamento del programma. In alcuni casi (tumore della prostata e del retto) il C.F. si limita a sensibilizzare la popolazione e a indirizzare gli utenti verso i presidi competenti.

Stabilita la popolazione da coinvolgere, le singole persone dovrebbero essere invitate al consultorio in date stabilite, senza creare file inutili, fornendo le risposte in tempi ragionevoli e assistendo le persone (soprattutto indirizzandole opportunamente e favorire l'accesso senza lunghi tempi di attesa) quando si rende necessario l'intervento. La lista delle persone da invitare potrebbe essere presa dalle liste elettorali.

4) Vaccinazioni

Obiettivo: aumentare il tasso di accettazione delle profilassi vaccinali di massa (polio, DT o DTP, morbillo, rosolia).

Il consultorio, in collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali potrebbe svolgere le indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia stato portato alla seduta vaccinale. Il consultorio potrebbe svolgere indagini C.A.P. sulle vaccinazioni per verificare lo stato delle conoscenze, delle attitudini e dei comportamenti riguardo le vaccinazioni (con particolare riferimento alle controindicazioni), intervistando i genitori di bambini (o i futuri genitori). Il consultorio potrebbe partecipare ad organizzare campagne di educazione sanitaria sul tema delle vaccinazioni, aiutando gli insegnanti a far svolgere attività didattica nelle scuole. Il prodotto di tale attività potrebbe essere oggetto di mostre a cui invitare i genitori. Il consultorio potrebbe contribuire alla realizzazione delle campagne vaccinali soprattutto per quanto concerne la fase del supporto logistico, della registrazione e della sorveglianza attiva.

5) Alimentazione

Obiettivo: Prevenzione dell'obesità infantile.

Il C.F. potrebbe aiutare gli/le insegnanti a organizzare l'attività didattica sull'alimentazione. Si potrebbe invitare gli scolari a ricostruire,

mediante interviste, le abitudini alimentari dei genitori e dei nonni (o di parenti anziani) in diversi periodi della loro esistenza e organizzare quadri sinottici che comprendano anche le abitudini alimentari attuali degli scolari. Il prodotto di questo lavoro potrebbe essere discusso con esperti dell'alimentazione (in alternativa consultando opuscoli che forniscono i componenti e i valori nutritivi dei diversi alimenti). Le conclusioni di tali ricerche potrebbero essere discusse in riunioni con i genitori, con la partecipazione degli operatori del C.F.. Il C.F. potrebbe organizzare indagini C.A.P. sull'alimentazione, intervistando campioni rappresentativi delle famiglie con figli in età pediatrica. Sulla base di attività quali quelle sopra valutate il C.F. può organizzare campagne di informazione e di orientamento. Sarebbe auspicabile che i bambini sovrappeso venissero visitati dal pediatra consultoriale e i genitori assieme al bambino potrebbero essere assistiti per la correzione della dieta, da uno specialista.

Altri programmi su obiettivi prioritari possono riguardare:

1. VIOLENZA SUI MINORI

L'intervento potrebbe svilupparsi partendo dall'individuazione delle situazioni a rischio tramite indagini anche sull'evasione dell'obbligo vaccinale e dell'obbligo scolastico e rapportandosi con gli operatori dei nidi, asili e scuole materne.

2. VIOLENZA ALLE DONNE

L'intervento potrebbe configurarsi in termini preventivi primari anche come aiuto agli insegnanti per sviluppare a scuola una sensibilita' precoce verso tutti i fenomeni di discriminazione sessuale.

3. INSTABILITA' DI COPPIA E FAMILIARE

L'intervento potrebbe partire dalla percezione, anche tramite la scuola, del disagio psico-fisico dell'infanzia e/o della persona che accede al servizio anche per altri motivi.

4. ANZIANI

L'intervento potrebbe articolarsi aiutando gli insegnanti a sviluppare attivita' didattiche nelle scuole sul recupero delle tradizioni popolari (alimentazione, medicina popolare, filastrocche, artigianato, ecc.) attraverso interviste agli anziani svolte dagli alunni, che poi provvederanno a tradurre le esperienze acquisite in ricerche,

attività sociali, drammatizzazioni, ecc., anche attraverso l'ausilio di esperti e la collaborazione di associazioni culturali locali. Tali attività oltre ad avere lo scopo di ritessere legami tra le generazioni con il recupero della memoria storica delle comunità, darà modo di evidenziare situazioni di disagio psicofisico nella vita relazionale dell'anziano nell'ambito della famiglia e della comunità, su cui gli operatori dei consultori familiari potranno articolare interventi di recupero in collaborazione con le altre istituzioni sociali e sanitarie.

Regioni in cui si potrebbero sperimentare i programmi proposti, individuando forme di coordinamento e di valutazione adeguate, sono:

Puglia, Sicilia, Campania, Abruzzo, Emilia Romagna, Veneto (Consultori istituiti dallo Stato);

Lazio, Marche, Liguria (Consultori non istituiti dallo Stato);

In queste regioni andrebbero individuate USL rurali, semiurbane e urbane.

Alle regioni che accettassero di procedere alla sperimentazione si potrebbe erogare un finanziamento ad hoc.

*Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità
e Responsabile scientifico: Francesco Antonio Manzoli*

Direttore responsabile: Vilma Alberani

*Stampato dal Servizio per le attività editoriali
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.*

Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Roma, giugno 1991 (n. 2) 10° Suppl.

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici
pubblicati nei Rapporti e Congressi ISTISAN è dei singoli autori*

Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Direttore: Francesco Antonio Manzoli

Tel. 06/4990
Telex 610071 ISTSAN I
Telegr. ISTISAN - 00161 Roma
Telefax 06/4469938