



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

**Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza  
in Italia e possibilità di prevenzione**

M.E. Grandolfo\*, A. Spinelli\*, S. Donati\*°, M. Pediconi\*, F. Timperi\*,  
M.A. Stazi\*, S. Andreozzi\*°, V. Greco\*°, E. Medda\*°, L. Lauria\*\*

\* *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*  
\*\* *Servizio Elaborazione Dati*

(°) *Ospite*

Istituto Superiore di Sanità, Roma

**Epidemiologia dell'Interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione.**

M.E. Grandolfo, A. Spinelli, S. Donati, M. Pediconi, F. Timperi, M.A. Stazi, S. Andreozzi, V. Greco, E. Medda, L. Lauria

Giu 91, 126 p. Rapporti ISTISAN 91/25 (In Italiano)

Nel luglio 1989 il Servizio Studi della Camera dei Deputati richiese all'Istituto Superiore di Sanità informazioni riguardanti lo stato di applicazione della legge 194 e della legge 405 nell'ambito dell'indagine conoscitiva svolta dalle Commissioni Affari Sociali e Giustizia. Questo rapporto rappresenta la parte principale del contributo fornito dall'Istituto Superiore di Sanità. Grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza e alle ricerche collaterali questo fenomeno in Italia è sostanzialmente noto. Si è evidenziato che la costante diminuzione del fenomeno, osservata dal 1983, può essere spiegata principalmente da un maggiore e migliore uso dei metodi contraccettivi. Anche gli aborti clandestini, stimati con modelli matematici e la cui presenza è maggiore al Sud dove i servizi sono più carenti, sono in diminuzione. Si è inoltre affermato che, siccome la maggioranza degli aborti si verifica in seguito al fallimento di un metodo contraccettivo ed esiste da parte delle donne una attitudine positiva verso l'uso della pianificazione familiare, è possibile ottenere, attraverso un programma di prevenzione opportunamente definito, una riduzione di circa il 50% del fenomeno. Il ruolo centrale in questo programma andrebbe svolto dai Consulenti Familiari attraverso l'offerta attiva dell'informazione sulla procreazione responsabile, prioritariamente a tutte le donne che partoriscono. Attualmente queste strutture sono ancora in numero ridotto rispetto alle esigenze del territorio, specie al Sud, con organici non sempre completi e svolgono la propria attività soprattutto verso l'utenza che vi accede spontaneamente. Riguardo i servizi impegnati nell'esecuzione della legge 194 si è sottolineata l'importanza di avviare un processo di razionalizzazione: istituire o migliorare il collegamento con i consulenti, utilizzare il day hospital e la struttura ambulatoriale, effettuare l'intervento con la tecnica dell'isterosuzione, impiegare l'anestesia locale e quindi richiedere meno analisi pre-IVG, diminuire la degenza fino ad evitare il pernottamento.

*Parole chiave:* Epidemiologia, Interruzione volontaria di gravidanza, Italia, Prevenzione.

Istituto Superiore di Sanità, Rome (Italy)

**Epidemiology of Induced abortion in Italy and possibilities for prevention**

M.E. Grandolfo, A. Spinelli, S. Donati, M. Pediconi, F. Timperi, M.A. Stazi, S. Andreozzi, V. Greco, E. Medda, L. Lauria

Jun 91, 126 p. Rapporti ISTISAN (ISTISAN Reports) 91/25 (In Italian)

In July 1989 the Italian Camera dei Deputati (House of Commons) required from the Istituto Superiore di Sanità (Italian National Health Institute - ISS) information about the enforcement of the laws 194 (induced abortion) and 405 (Maternal and Child Health Services). The request was part of an inquiry undertaken by the Committees of Social Affairs and Justice. This report represents the main part of the contribution given by the ISS. Thanks to the Abortion Surveillance System of ISS and other researches the abortion phenomenon is now well documented in Italy. It has been highlighted that the constant decrease of the incidence of induced abortion, started in 1983, is mainly due to an increased and better use of contraceptive methods. By applying mathematical models, it has been estimated that the amount of illegal abortion is also decreasing, although it remains high in southern regions where the availability of services is still low. It has been shown that, the majority of abortions follow the failure of contraception and Italian women show a positive attitude towards family planning, about 50% of abortions could be avoided through a well defined preventive programme. The central role in this programme should be played by the Maternal and Child Health Services (MCHS Consulenti), which should actively offer information on family planning to the general population, in particular to women after delivery. At present the number of MCHS is still insufficient for the needs of the country, especially in the South, the staffing levels are often incomplete and they operate mainly on the population which enter spontaneously into the centre. Regarding the service network involved in the enforcement of the law 194, the importance of a process of rationalisation has been emphasised to establish or improve the MCHS network, to use outpatient clinics, to replace the traditional scraping technique (sharp curettage) with the vacuum aspiration, to use local anaesthesia, which requires a smaller number of tests before the procedure, and finally to reduce the number of abortions with overnight hospitalisation.

*Key words:* Epidemiology, Induced abortion, Italy, Prevention.

## INDICE

- Introduzione	pag. 1
1. EPIDEMIOLOGIA DELL'ABORTO	pag. 3
1.1 Caratteristiche delle donne che abortiscono	pag. 4
1.2 Aborto clandestino	pag. 9
1.3 Aborto ripetuto	pag. 15
1.4 Conoscenza del periodo fertile	pag. 17
1.5 Comportamenti contraccettivi delle donne che abortiscono	pag. 21
1.6 Comportamenti contraccettivi nella popolazione generale	pag. 24
1.7 Conclusioni	pag. 26
2. POSSIBILITA' DI PREVENZIONE	pag. 31
2.1 Possibili programmi di prevenzione dell'aborto	pag. 33
3. I SERVIZI	pag. 41
3.1 I Consultori Familiari	pag. 41
3.2 Servizi dove si effettua l'IVG	pag. 60
3.2.1 Eta' gestazionale	pag. 67
3.2.2 Tempo di attesa tra certificazione e intervento	pag. 70
3.2.3 Procedura dell'IVG	pag. 71
4. CONCLUSIONI	pag. 77
- Bibliografia	pag. 85
- Allegato 1: Documento del Sottocomitato sulle attivita' consultoriali	pag. 89

## Introduzione

Il 5 luglio 1988, al termine di un dibattito sull'interruzione volontaria di gravidanza, la Camera approvo' una risoluzione che si concludeva con la seguente affermazione "La Camera ritiene necessaria l'acquisizione di maggiori e piu' analitiche informazioni sulle concrete modalita' di funzionamento e sullo stato di applicazione della legge 194 e della legge 405 attraverso un'indagine conoscitiva svolta dalle Commissioni Affari Sociali e Giustizia".

In seguito a cio' le due Commissioni deliberarono nel luglio 1989 di acquisire preliminarmente, tramite il Servizio Studi, informazioni sull'argomento dall'Istituto Superiore di Sanita' (ISS), dal Censis e dall'ISTAT, richiedendo loro di predisporre entro il 1990 delle relazioni apposite.

Il presente rapporto rappresenta la parte principale del contributo fornito dall'ISS all'indagine conoscitiva sulle modalita' di funzionamento e lo stato di applicazione delle leggi n. 405 del 1975 e n. 194 del 1978. Non saranno qui riportate tutte le appendici che integravano la relazione.

Bisogna sottolineare che nello stilare la relazione si e' cercato di non rispondere semplicemente ai quesiti esposti dalla Camera ma di sviluppare un ragionamento organico che, partendo dai dati del Sistema di Sorveglianza, affronta i problemi aperti sia per quanto riguarda la popolazione (prevenzione), che per quanto concerne i servizi coinvolti (valutazione del loro funzionamento).

Si ritiene che le considerazioni espone in questo rapporto siano di interesse generale in particolare dei servizi coinvolti nella applicazione delle due leggi.

## 1. EPIDEMIOLOGIA DELL'ABORTO

Il Sistema di Sorveglianza Epidemiologica sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) ha permesso di identificare le caratteristiche delle donne che abortiscono e dei servizi direttamente o indirettamente coinvolti.

Riguardo i dati prodotti dal Sistema di Sorveglianza e' necessario tener conto di possibili fluttuazioni dovute alla assenza o presenza parziale di dati di alcune regioni. Tali fluttuazioni sono normalmente modeste ma quando si effettuano dei confronti e' sempre utile verificare gli andamenti regione per regione e, quando il quadro e' completo, per area geografica.

La eventuale mancanza dei dati regionali nella Relazione Ministeriale annuale e' conseguenza della necessita' di consegnare al Ministro il quadro del fenomeno entro un tempo limite. In tal caso si usano i dati analizzati disponibili e riguardanti, per esempio, un solo semestre (raramente un solo trimestre) considerando non analizzato tutto il resto.

Come si e' detto in qualche caso le fluttuazioni sono causate dalla disponibilita' solo parziale di dati analizzati, infatti in tal caso mentre il quadro regionale rimane inalterato in quanto si tratta di dati parzialmente non analizzati e non di quelli non rilevati, i dati per

area geografica e per l'Italia possono subire piccole variazioni quando la distribuzione della variabile considerata in quella regione e' fortemente disomogenea rispetto alle restanti regioni.

### 1.1 Caratteristiche delle donne che abortiscono

Come si vede in tabella 1, le donne che abortiscono sono costituite prevalentemente da coniugate, pluripare, con istruzione elementare o media inferiore, di eta' > 24 anni, senza grosse differenze nel tempo (1-4).

L'aborto quindi viene ottenuto in prevalenza da donne che hanno gia' realizzato la dimensione "desiderata" della famiglia. Questa affermazione e' suffragata da indagini di popolazione (alcune di queste citate nella relazione) da cui risulta che circa i due terzi delle donne intervistate indica in 2 il numero di figli desiderato. Nell'indagine sulla fecondita' in Italia (5), condotta nel 1979 su un campione di 5499 donne coniugate di eta' compresa tra i 18 e i 45 anni, il numero medio ideale di figli e' risultato pari a 2.21, senza particolari differenze per eta' e titolo di studio. Al Sud le donne dichiarano di desiderare un numero piu' elevato di figli rispetto al resto dell'Italia.



TAB. 1 - CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLE DONNE  
CHE SONO RICORSE ALL'IVG. ITALIA 1983-88

	1983	1984	1985	1986	1987	1988
<u>Stato civile</u>						
nubile	26.6	26.8	27.4	27.5	28.9	30.2
coniugata	70.5	70.2	69.3	69.2	67.6	66.1
ved./sep./div.	2.9	3.1	3.3	3.3	3.5	3.7
<u>Parita'</u>						
0	24.6	27.0	26.4	28.6	29.3	30.0
1	22.0	20.9	20.3	19.9	19.6	19.8
2	31.5	31.6	32.6	31.2	31.6	31.0
>2	21.9	20.5	20.7	20.1	19.6	19.2
<u>Istruzione</u>						
element. o meno	36.4	33.6	31.2	30.0	27.9	26.2
media inferiore	39.7	40.4	42.1	42.9	43.3	44.6
media superiore	20.9	22.8	23.4	23.7	25.2	25.7
laurea	3.0	3.2	3.2	3.4	3.5	3.5
<u>Eta'</u>						
< 24	29.2	29.3	28.9	28.0	28.0	28.0
25-34	44.0	43.5	44.0	44.2	44.2	44.2
>=35	26.8	27.2	27.1	27.6	27.8	27.9

Tali risultati sono stati confermati nelle indagini condotte in Puglia (6), Nicosia (Enna) (7) e Caserta (8) nel 1988-89. Infatti piu' del 70% delle intervistate ha dichiarato che consiglierebbe alla propria figlia di avere non piu' di due figli.

Effettivamente dove e' stata registrata la motivazione per la richiesta di IVG si e' potuto vedere che oltre il 90% indica "problemi di tipo socio-economico", che in qualche maniera esprimono questo desiderio di piccolo nucleo familiare.

TAB. 2 - MOTIVI IVG

MOTIVI	STUDI			
	Napoli (9) 1985	Firenze (10) 1985-86	Umbria (11) 1986	Caserta (8) 1988
Economici	23.4	24.4	} 93.8	36.5
Psico-sociali/ Familiari	63.6	64.4		63.5*
Medici legati alla donna	9.5	6.6	4.0	---
Medici legati al feto	3.4	4.6	1.5	---
Altro	---	---	0.6	---

\* Nella meta' dei casi hanno dichiarato di aver gia' raggiunto il numero di figli desiderato

Si ritiene comunque che la motivazione non debba essere rilevata con il modello D/12, non solo per la assoluta prevalenza di un solo tipo di risposta, ma anche, e soprattutto, perche', a differenza delle altre domande previste nel modello che rilevano dati "oggettivi", questa domanda richiederebbe un alto grado di addestramento da

parte di chi dovesse compilare il modello, il che e' assolutamente irrealistico visto l'elevato numero di persone chiamate a tale compito e le notevoli possibilita' di mobilita'.

Senza addestramento non si avrebbe alcuna garanzia di affidabilita' e confrontabilita'. Si ritiene che tale informazione possa eventualmente essere recuperata mediante indagini apposite, ben programmate e ben condotte. Comunque l'analisi delle caratteristiche di chi ricorre all'aborto fornisce indicazioni molto significative sulle possibili motivazioni, al di la' di quanto eventualmente dichiarato e registrato esplicitamente.

E' utile, vista la condizione predominante di coniugate con uno o piu' figli e di eta' superiore a 24 anni, verificare prioritariamente l'ipotesi se in questa sezione della popolazione che abortisce sia piu' facile determinare cambiamenti di conoscenze, attitudini e quindi comportamenti verso la procreazione responsabile. Infatti, se tale ipotesi fosse vera, un intervento adeguato potrebbe produrre riduzioni imponenti dell'abortivita' in un breve arco di anni.

Si e' ben consapevoli che le considerazioni che seguono non sono applicabili alla totalita' del fenomeno e che esistono aree di complessita' riguardanti quote,

peraltro limitate, della popolazione che ricorre all'aborto, che meritano maggiori approfondimenti sul piano psico-sociale e per le quali la ideazione e realizzazione di programmi di prevenzione richiede investigazioni piu' sofisticate e, probabilmente, potra' dare luogo a risultati meno consistenti e in tempi piu' lunghi.

Tuttavia si ritiene sia un principio cardinale della sanita' pubblica tentare di risolvere in primo luogo i problemi noti e piu' facilmente solubili, soprattutto se questi riguardano la maggioranza della popolazione interessata, non solo perche' questo e' un obbligo assoluto, ma anche perche' le esperienze che si acquisiscono sul campo, nel tentativo di risolvere questi problemi, saranno estremamente utili per comprendere quelli residui e forse piu' difficili.

Per inciso, nel presente rapporto si intende per metodi contraccettivi tutti i metodi atti ad evitare una gravidanza indesiderata e quindi anche i metodi naturali, questo per essere coerenti con quanto viene riportato nella letteratura scientifica internazionale.

I quesiti che si pongono sulla base di questi dati sono:

1. Il ricorso all'aborto e' una scelta di elezione quando si instaura una gravidanza indesiderata o si tratta di un'ultima scelta essendo fallito il metodo contraccettivo usato? Si tratta di fallimento o di un uso scorretto?
2. Il ricorso all'aborto e' aumentato in seguito alla legalizzazione o piuttosto la legalizzazione ha favorito nel tempo comportamenti contraccettivi piu' efficaci?
3. Quanta quota dell'aborto indotto totale rappresenta quello legale, cioe' quale e' la consistenza negli anni successivi alla legalizzazione dell'aborto clandestino; perche' vi si ricorre e dove?

### 1.2 Aborto clandestino

Prima del 1978 sono state effettuate diverse stime dell'incidenza dell'aborto provocato, quella che si ritiene condotta con modelli matematici piu' affidabili portava a una stima che oscillava tra 220000 e 600000 aborti l'anno (12).

Dall'indagine sulla fecondita' in Italia, condotta nel 1979, riguardante donne coniugate (eta' 18-49) e' risultato che sul campione totale il 7.1% aveva avuto almeno un aborto provocato (2.4% due o piu' aborti) con la seguente distribuzione per area geografica (5):

	un aborto	due o piu' aborti
Totale	4.7	2.4
Nord Ovest	3.8	1.8
Nord Est	1.6	0.5
Centro	3.3	1.0
Sud	8.4	5.0
Isole	4.7	3.0

Tenendo conto che l'indagine e' stata svolta immediatamente dopo l'approvazione della legge 194, la storia di precedente esperienza abortiva riguardava l'aborto indotto in condizioni di clandestinita'. Si tratta di una domanda delicata a cui e' possibile che non sempre sia stata dichiarata la verita', anche considerando il momento in cui l'indagine e' stata effettuata. I dati sudesposti mostrano come al Sud si avesse una maggiore prevalenza di storia di aborti indotti e quindi si puo' ipotizzare un tasso di abortivita' piu' alto rispetto al Centro e al Nord.

Nel 1983 sono state effettuate dall'ISS stime dell'aborto clandestino (13) utilizzando tre indipendenti modelli matematici, uno dei quali si basava sull'assunzione che le regioni con analogo tasso di fecondita' dovessero avere un rapporto di abortivita' uguale, per cui veniva attribuito a tutte quelle regioni il rapporto di abortivita' regionale piu' elevato. Gli altri due modelli sono sinteticamente basati sui seguenti assunti.

1. Modello delle nascite evitate:

calcolo degli aborti illegali attraverso la stima delle nascite previste in caso di non uso di contraccettivi meno le nascite evitate attraverso l'uso della contraccezione e il numero di aborti denunciati.

2. Modello di Tietze e Bongaarts:

anche questo metodo si basa su certe ipotesi di fecondita' naturale e di pratica contraccettiva. Inoltre viene considerata l'influenza di alcune variabili biologiche (sterilita', abortivita' spontanea, amenorrea dopo il parto).

Tutti e tre i modelli hanno dato luogo alla stima di circa 100000 aborti clandestini, riferiti al 1983. Il primo modello, in qualche modo convalidato dagli altri due, ha permesso anche di valutare la distribuzione per area geografica dell'aborto clandestino, risultando il 70% nel Meridione.

Riapplicando il primo modello ai dati relativi alla fecondita' e a quelli dell'interruzione volontaria di gravidanza relativi al 1987, si e' ottenuta una stima di aborto clandestino di circa 85000, di cui sempre il 70% al Sud.

Nella tabella 3 si riportano i dati sull'aborto legale raccolti dal Sistema di Sorveglianza (1). Come si puo' osservare la piu' alta incidenza di interruzione volontaria di gravidanza e' risultata nell'Italia settentrionale e in quella centrale. Questo sembra in contraddizione con quanto prevedibile dall'uso dei contraccettivi, dalle ipotesi di fecondita' nelle 3 aree geografiche italiane e dai risultati dell'indagine sulla fecondita' del 1979.

Tuttavia se si sommano i dati dell'aborto legale e quelli stimati dell'aborto clandestino si ottiene un quadro in cui l'aborto e' piu' frequente al Sud, rispetto al Centro e al Nord. Nella sezione riguardante i Servizi si cerchera' di dare risposta al quesito sulle motivazioni della diversa incidenza dell'aborto legale per area geografica.

Non va inoltre trascurato che nella popolazione femminile in eta' feconda non e' universale la conoscenza circa la legalita' dell'aborto in Italia. Almeno al Sud, come risulta dalle indagini di conoscenza, attitudine e pratica (C.A.P.), svolte in Puglia (6) e Sicilia (7), si e' riscontrato che circa il 20% delle intervistate non era a conoscenza della legalizzazione.



Dalle stime a disposizione si evince inoltre che la diminuzione dell'incidenza dell'aborto legale osservata a partire dal 1983 non e' attribuibile a un aumento dell'aborto clandestino. In effetti le diminuzioni piu' significative si sono osservate soprattutto nelle regioni del Centro e del Nord dove, come si e' visto anche con i modelli, l'incidenza dell'aborto clandestino e' minore e i servizi sono in generale piu' efficienti oltre che piu' presenti.

TAB. 3 - ANDAMENTO DELLE I.V.G. IN ITALIA DAL 1983 AL 1988  
valori assoluti, rapporti e tassi di abortivita'

VALORI ASSOLUTI						
	1983	1984	1985	1986	1987	1988
NORD	105430	102664	92577	85827	81136	76330
CENTRO	52423	51786	47008	42887	41417	39119
SUD	57441	55151	51439	51639	51722	47098
ISOLE	18682	17845	19573	18022	17194	16681
ITALIA	233976	227446	210597	198375	191469	179228

RAPPORTI ABORTIVITA'						
	1983	1984	1985	1986	1987	1988
NORD	484.2	489.1	448.1	438.0	418.0	372.8
CENTRO	515.2	527.8	479.6	458.5	442.7	407.8
SUD	283.8	277.6	278.7	285.5	286.3	246.0
ISOLE	205.3	196.4	226.9	213.3	204.6	194.7
ITALIA	381.7	380.6	365.9	357.5	346.7	310.2

TASSI ABORTIVITA'						
	1983	1984	1985	1986	1987	1988
NORD	16.8	16.4	14.6	13.5	12.7	11.9
CENTRO	19.8	19.5	17.4	15.7	15.2	14.2
SUD	17.3	16.5	14.9	14.7	14.6	13.1
ISOLE	11.7	11.1	11.8	10.6	10.0	9.6
ITALIA	16.9	16.4	14.9	13.9	13.3	12.4

### 1.3 Aborto ripetuto

Un altro indicatore importante, che permette di fornire possibili spiegazioni al fenomeno di riduzione dell'IVG osservato dal 1983, e' rappresentato dall'andamento nel tempo della percentuale di IVG ottenute da donne con una precedente esperienza abortiva.

Nel modello D/12 ISTAT, che serve per la rilevazione di tutti i dati sulle IVG effettuate in Italia, e' stata inserita una domanda sugli aborti precedenti effettuati dopo l'entrata in vigore della legge 194; e' tuttavia probabile che, soprattutto nei primi anni, a tale domanda le donne abbiano risposto riferendosi anche ad aborti effettuati prima della legge.

Il modello interpretativo del fenomeno dell'aborto ripetuto e' il seguente: supponendo costante nel tempo la probabilita' di ricorrere all'aborto e quindi anche la probabilita' di ripetere l'aborto, al passare degli anni aumenta la popolazione che ha avuto una IVG e quindi a rischio di riabortire. Di conseguenza aumenta la percentuale di aborti ottenuti da donne con precedente esperienza abortiva sul totale degli aborti riportati dalle statistiche annuali. Dopo circa 30 anni, per il semplice meccanismo del rimpiazzamento della popolazione, si dovrebbe raggiungere una percentuale che rimane costante nel tempo.

Attraverso un modello matematico e' possibile calcolare la percentuale aspettata di aborti ripetuti in caso di non modificazione di uso dell'aborto nella popolazione.

Se la legalizzazione dell'aborto producesse una attitudine (e quindi una pratica) maggiore, rispetto al passato, a ricorrere all'aborto come metodo per il controllo della fecondita', si dovrebbe osservare nel corso del tempo un incremento della percentuale di aborti ripetuti superiore a quello aspettato; se, viceversa, la legalizzazione dell'aborto determinasse una maggiore attitudine (e piu' efficaci comportamenti) all'uso dei metodi per il controllo della fecondita' alternativi all'aborto, si dovrebbe osservare nel corso del tempo un incremento dell'aborto ripetuto inferiore a quello aspettato. Adattando il modello matematico alla situazione italiana si ottiene quanto riportato nella seguente tabella (14):

TAB. 4 - PERCENTUALI DI IVG OTTENUTE DA DONNE CON PRECEDENTE ESPERIENZA ABORTIVA (ABORTI RIPETUTI). ITALIA 1983-1988

	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Osservati	24.9	27.3	28.1	28.5	30.0	30.1
Attesi	21.4	25.2	28.3	31.0	33.3	35.5

Pur tenendo conto che le stime ottenute con modelli matematici vanno prese come indicazioni di ordine di grandezza e che i risultati del modello dipendono dai parametri iniziali, tuttavia i dati suesposti starebbero ad indicare che la legalizzazione ha favorito una evoluzione verso un maggior uso (o un miglior uso) dei metodi contraccettivi per la regolazione della fecondita'. Per inciso tale evoluzione e' stata osservata anche in altri paesi europei (occidentali) in cui la legalizzazione e' stata introdotta da piu' anni.

Si puo' quindi affermare che esistono elementi epidemiologici indicanti una tendenza piu' o meno spontanea ai cambiamenti verso la procreazione responsabile.

#### 1.4 Conoscenza del periodo fertile

Da varie indagini e' stato possibile rilevare la conoscenza del periodo fertile del ciclo sia in donne che abortiscono, sia in donne in eta' feconda. Tale conoscenza viene considerata come indice del grado di conoscenza della fisiologia della riproduzione nel senso di condizione necessaria ma non sufficiente (chi conosce la fisiologia della riproduzione sa quale e' il periodo fertile, puo' non essere vero che chi conosce il periodo fertile abbia una conoscenza adeguata della fisiologia

della riproduzione). Appare comunque evidente che tale conoscenza e' necessaria per l'uso dei metodi contraccettivi e in particolare e' un prerequisito essenziale per l'uso di quelli naturali (per esempio Ogino Knaus).

I dati riportati in tab. 5-7 mostrano che la conoscenza del periodo fertile del ciclo e' relativamente scarsa e condizionata dall'area geografica di appartenenza (tab. 5), dall'eta' (tab. 6) e dall'istruzione (tab. 7). Anche in questo caso e' rilevabile un trend positivo di aumento di conoscenza al variare del tempo.

Di grande importanza risulta essere la conoscenza maschile del periodo fertile del ciclo che e' stata valutata in alcune indagini. Nell'indagine italiana sulla fecondita' (5) il 51.5% degli uomini rispetto al 55.5% delle mogli individuava correttamente il periodo fertile del ciclo femminile.

Dei 141 uomini intervistati nell'ambito dell'indagine condotta in Emilia Romagna (15) il 78.7% ha risposto correttamente al quesito riguardante la conoscenza del periodo fertile rispetto all'80.7% del campione femminile generale.

TAB. 5 - CONOSCENZA DEL PERIODO FERTILE

STUDI

PERIODO FERTILE	IFI (5) 1979	E.Romagna (15) 1986	Firenze (10) 1985-86	Caserta (8) 1988	Nicosia (7) 1989	Puglia (6) 1989
Circa a meta' ciclo	51.5	80.7	64.8	A 56.5 B 52.6	50.9	65.1
Subito dopo mestruazioni		11.9	6.8	33.8	22.4	22.1
Subito prima mestruazioni	28.0	2.7	3.8	6.0	9.2	9.6
Durante le mestruazioni		0.7	1.6	1.3	3.9	6.1
Qualsiasi giorno		1.4	---	---	---	---
Non so	20.5	2.7	23.0	2.4	11.8	5.3
						5.0

A: donne in consultorio

B: donne che abortiscono

IFI: Indagine sulla Fecondita' in Italia

TAB. 6 - CONOSCENZA DEL PERIODO FERTILE PER ETA' DELLA DONNA, PUGLIA 1989

	ETA'						TOT
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Durante le mestruazioni	1.6	1.6	1.0	0.8	1.4	2.1	1.2
Circa a meta' ciclo	52.4	57.9	67.4	69.3	63.9	53.7	65.1
Subito dopo le mestruazioni	23.8	24.0	21.4	20.0	23.4	29.9	22.2
Subito prima le mestruazioni	14.3	8.9	6.3	5.3	6.2	7.8	6.6
Non so	7.9	7.6	3.9	4.6	5.1	6.4	5.0

TAB. 7 - CONOSCENZA DEL PERIODO FERTILE PER GRADO DI ISTRUZIONE DELLA DONNA, PUGLIA 1989

	ISTRUZIONE			
	bassa	media	alta	totale
Durante le mestruazioni	8.5	1.4	0.4	1.2
Circa a meta' ciclo	29.8	55.8	82.9	65.1
Subito dopo le mestruazioni	37.2	28.4	10.5	22.1
Subito prima le mestruazioni	12.8	8.1	3.8	6.6
Non so	11.7	6.3	2.4	5.0



### 1.5 Comportamenti contraccettivi delle donne che abortiscono

L'ISS ha realizzato o partecipato dal 1983 al 1988 a diverse indagini su campioni rappresentativi di donne che abortiscono a Roma (16, 17) a Modena (18) e a Caserta (8). I risultati sono qui confrontati con quelli ottenuti in altre indagini (2, 7).

L'eventuale uso di metodi contraccettivi al momento del concepimento e nell'ultimo anno e' stato analizzato nelle tabelle 8 e 9.

A parte fluttuazioni non significative dai quadri sinottici qui riportati e tenendo conto che possono esserci differenze nella metodologia della conduzione dell'indagine (modalita' dell'intervista, livello di rappresentativita' del campione intervistato, livello di rispondenza) risulta che al momento del concepimento oltre il 70% delle donne aveva usato un qualche metodo contraccettivo (anche se prevalentemente il coito interrotto), e che nell'ultimo anno ancora maggiore (fino al 90%) era la quota di donne che aveva fatto uso di metodi contraccettivi.

TAB. 8 USO METODI CONTRACCETTIVI (%) AL MOMENTO DEL CONCEPIMENTO CONCLUSOSI IN  
ABORTO VOLONTARIO

CONTRACCETTIVO	STUDI						
	IFI (5) 1979	ROMA (16) 1983	ROMA (17) 1983-86	MODENA (18) 1982-87	FIRENZE (10) 1985-86	CASERTA (8) 1988	
Pillola	5.9	1.2	0.8	1.4	1.7	---	---
Spirale	---	1.8	2.5	4.8	1.9	2.7	---
Pillola g.d.	---	---	---	---	---	---	---
Diaframma	---	---	0.8	1.4	1.7	---	---
Preservativo	5.0	5.5	8.8	6.5	10.0	8.0	---
Astinenza	N.R.	---	---	---	---	---	---
Ogino Knaus	12.2	---	6.5	4.8	12.6	6.7	---
Temp. basale	N.R.	9.0	---	---	---	---	---
Muco cervicale	N.R.	---	---	---	---	1.3	---
o Billings	---	---	---	---	---	---	---
Coito interrotto	55.0	49.0	56.6	64.0	55.3	60.0	---
Sterilizzazione	---	---	---	0.1	---	---	---
Altro	1.7	---	1.1	1.8	3.8	1.3	---
Nessuno	20.2	33.5	22.8	15.2	12.9	20.0	---

IFI: Indagine sulla Fecondita' in Italia

TAB. 9 - USO PRECEDENTE (NELL'ULTIMO ANNO) DI METODI CONTRACCETTIVI (%) IN DONNE CHE HANNO ABORTITO

CONTRACCETTIVO	STUDI				
	ROMA (17) 1983-86	MODENA (18) 1982-87	FIRENZE (10) 1985-86	CASERTA (8) 1988**	
Pillola	10.0	27.7	13.6	22.7	
Spirale	6.7	11.3	5.2	9.3	
Pillola g.d.	---	---	---	1.3	
Diaframma	1.5	1.1	2.1	---	
Preservativo	15.3	5.4	11.8	29.3	
Astinenza	---	---	---	---	
Ogino Knaus	6.6	2.3	} 6.0	5.3	
Temp. basale	---	---		} 5.3	5.3
Muco cervicale o Billings	---	---			
Coito inter.	53.0	35.9	50.7	52.0	
Sterilizzazione	---	---	---	---	
Altro	0.5	7.6*	9.1 *	4.0	
Nessuno	6.2	8.7	1.4	4.0	

\* Comprende le associazioni varie

\*\* Il totale risulta piu' di 100% perche' alcune donne avevano fatto uso di piu' metodi contemporaneamente

La conclusione che si ritiene si possa trarre da questi dati e' che benché vi sia un'attitudine positiva a regolare la fecondita' con metodi alternativi all'aborto, si ricorre prevalentemente a metodi poco efficaci anche perche', come si e' visto nel paragrafo 1.4, la conoscenza sulla fisiologia della riproduzione e' molto scarsa. Si puo' parlare quindi di un uso scorretto di metodi, peraltro difficili da applicare in condizioni ottimali o di metodi a bassa efficacia, a fronte di una buona

attitudine a evitare il ricorso all'aborto.

In verita' e' molto difficile discernere tra fallimento per uso scorretto e fallimento per le caratteristiche intrinseche del metodo impiegato. Appare evidente che qualunque metodo si impieghi e' necessaria una conoscenza adeguata di come funziona e in quale condizioni, anche in relazione alla conoscenza della fisiologia della riproduzione. E' anche necessario tener conto che l'impiego del metodo si colloca all'interno di un sistema relazionale molto delicato. Possono esserci fluttuazioni sia di tipo fisiologico che relazionale con tutte le interazioni che e' possibile immaginare.

L'affermazione che l'aborto viene usato come metodo per il controllo delle nascite sembra dunque non vera se si esce dalla tautologia dell'aborto come nascita evitata, in quanto, almeno per la maggioranza delle donne che ricorrono all'IVG, rappresenta un'ultima scelta essendo stati tentati prima metodi alternativi all'aborto.

#### 1.6 Comportamenti contraccettivi nella popolazione generale

Un altro quesito che si puo' porre e' se le donne che abortiscono sono diverse da quelle che non abortiscono per quanto riguarda la contraccezione. Studi caso-controllo sono stati condotti nel recente passato (19) e hanno mostrato che, a parita' di condizioni (eta', stato civile,

n° figli), non esistono differenze tra chi abortisce e i controlli. A questa conclusione si puo' arrivare anche analizzando i comportamenti contraccettivi delle donne in eta' feconda. La tabella 10 mette a confronto i risultati di alcune indagini, molte delle quali condotte o coordinate dall'ISS, in diversi tempi e su diversi settori di popolazione femminile in eta' feconda. In alcuni casi si tratta di campioni rappresentativi, in altri di campioni selezionati (per es. utenti di Consultori Familiari).

Pur tenendo conto che le popolazioni da cui sono estratti i campioni non sono sempre confrontabili, che alcune voci (coito interrotto, nessun metodo) possono essere interscambiabili, che comunque si tratta di indagini con diversi livelli di addestramento di chi ha somministrato l'intervista, e che le stesse indagini sono caratterizzate da diversi livelli di rispondenza, si puo' affermare che al passare del tempo vi e' un maggior ricorso ai metodi contraccettivi. Per esempio confrontando i dati dell'indagine sulla fecondita' del 1979 con quelli piu' recenti dell'Emilia Romagna e della Puglia si passa dal 48.2% di uso del coito interrotto al 23.0% e 34.6% rispettivamente.

Tuttavia esistono ancora notevoli differenze tra regioni. I dati riguardanti Caserta (5) vanno interpretati tenendo conto che si tratta di donne utenti di un consultorio e quindi potenzialmente differenti rispetto alle donne non utenti.

Da questi dati appare evidente un incremento d'uso dei metodi contraccettivi ad alta efficacia e, in generale, un quadro non molto diverso da quello rilevato tra le donne che abortiscono.

Nella figura 1 si riporta l'andamento delle vendite dei contraccettivi orali in Italia e in altri Paesi europei. Si puo' osservare come l'Italia sia uno dei Paesi con i piu' bassi tassi di vendita, sebbene vi sia stato un incremento nel tempo.

Dati piu' aggiornati sulle vendite dei contraccettivi sono riportati in tabella 11.

### 1.7 Conclusioni

La diminuzione dell'aborto legale e, come si e' visto anche dell'aborto clandestino, puo' essere spiegata da una maggiore attenzione nell'uso dei metodi contraccettivi comunemente usati e da un maggior uso.

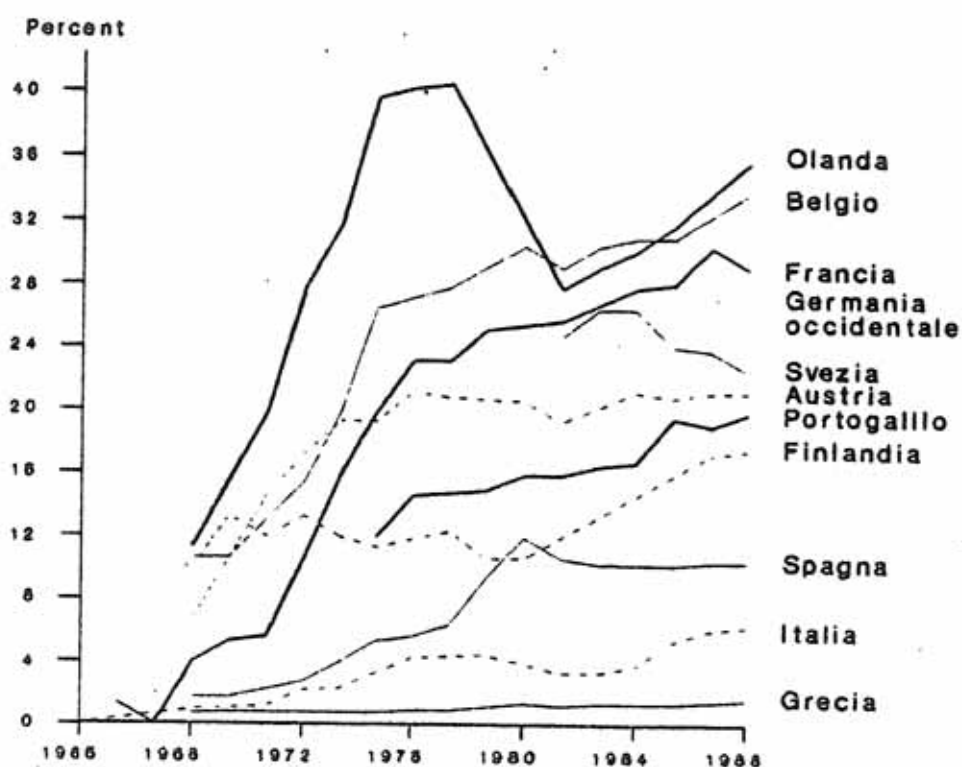


Fig. 1 Andamento delle vendite di contraccettivi orali in Italia e in altri Paesi europei (26)

Si puo' concludere pertanto che l'aborto, almeno la quota piu' consistente, rappresenta un evento casuale, relativamente raro, che puo' riguardare tutte le donne, e dovuto alla relativa facilita' dei metodi impiegati per la contraccezione ad essere usati scorrettamente o a fallire.

In generale si ritiene che la legalizzazione dell'aborto abbia favorito una maggiore circolazione delle informazioni sulla contraccezione e questo e' bastato a determinare il fenomeno della diminuzione dell'aborto.

TAB. 10 USO METODI CONTRACCETTIVI (%) NELLE DONNE IN ETA' FECONDA

STUDI

CONTRACCETTIVO	IFI (5) 1979	E. Romagna (15) 1986	Caserta (8) 1988	Nicosia (7) 1989	Puglia (6) 1989
Pillola	10.5	18.2	9.4	9.1	14.7
Spirale	2.5	20.0	13.4	6.4	9.1
Pillola g.d.	--	--	--	--	--
Diaframma	0.5	0.2	--	--	0.2
Preservativo	10.0	7.7	15.2	10.9	11.0
Astinenza	0.5	--	--	--	0.6
Ogino Knaus	6.8	1.6	3.7	2.7	5.8
Temp. basale	0.4	0.2	--	1.8	0.8
Muco cervicale	--	0.5	--	--	0.6
o Billings					
Coito interrotto	48.2	23.0	32.5	26.4	34.6
Sterilizzazione	0.7	3.0	--	--	0.5
Altro	1.6	0.2	0.5	--	3.6
Nessuno	18.3	25.4	25.4	42.7	18.5

IFI: Indagine sulla Fecondita' in Italia



TAB. 11 VENDITE DI CONTRACCETTIVI - CANALE FARMACIA (i dati riportati sono espressi in migliaia)

	1983	1984	%	1985	%	1986	%	1987	%	1988	%	83/88
CONDOM	81916	75925	- 7.3	79977	+ 5.3	83036	+ 3.8	95729	+15.3	86625	-10	+ 5.8
SPERMICIDI	293	260	-11.2	185	-29.0	145	-21.7	125	-13.5	108	-13	- 63.1
I.U.D.	123	110	-10.8	100	- 9.5	104	+ 4.9	96	- 7.8	96	=	- 21.9
ORMONALI NON TOPICI (PILLOLA)	7258	8005	+10.3	9802	+22.4	11079	+13.0	11753	+ 6.0	12595	+7.2	+ 73.5
ORMONALI TOPICI	23	21	- 8.7	21	=	19	- 9.5	5	-73.7	---		

## NOTA

I dati non riflettono la reale entità delle vendite in quanto i contraccettivi possono essere somministrati per canali che non passano attraverso la farmacia. Ad esempio gli I.U.D. venduti in farmacia rappresentano solo circa il 10% del totale, e per il condom la vendita fuori canale è stimata in circa il 10%.  
(Fonte: Istituto Misurazioni Statistiche)

Il processo e' stato piu' o meno spontaneo e si ritiene che un programma opportunamente definito in termini di popolazione prioritaria da coinvolgere, di scelta degli interventi per la valutazione di efficacia e di processo, di modalita' operative a realizzare un utile contatto tra chi l'informazione deve fornirla e chi dovrebbe riceverla, puo' dar luogo a diminuzioni imponenti di abortivita' in Italia. Si tratta in definitiva di eliminare buona parte dell'aborto facilmente evitabile che puo' essere stimato attorno al 50% dell'aborto legale totale e una analoga quota di aborto clandestino.

Particolare impegno si ritiene debba essere dedicato al Sud, dove non solo incide maggiormente l'aborto clandestino, ma la diffusione delle conoscenze per la prevenzione delle gravidanze indesiderate risulta piu' scarsa.

Dai dati del Sistema di Sorveglianza si desume che si e' osservata una piu' rapida diminuzione del tasso di abortivita' in quelle regioni dove e' maggiore la presenza dei consultori e dove sono piu' alte le percentuali di certificazioni rilasciate da questi servizi (3). Pur essendo una misura molto grossolana, si puo' escludere che i consultori abbiano giocato un ruolo di sollecitazione all'aborto, ma che sia accaduto piuttosto il contrario.

## 2. POSSIBILITA' DI PREVENZIONE

Attualmente non e' possibile descrivere in modo sistematico la miriade di iniziative che sono state prese a livello regionale o di singolo consultorio nel campo della prevenzione dell'aborto, in particolare sotto forma di educazione sessuale.

Il Ministero della Sanita' (Dir. Gen. Medicina Sociale) sta gestendo direttamente (con la collaborazione dell'ISS) un Sistema di Sorveglianza sull'Attivita' Consultoriale a livello nazionale e il questionario che ogni singola regione e' invitata a compilare sulla base delle relazioni dei singoli consultori prevede anche la voce riguardante attivita' di educazione sessuale. La rilevazione e' in corso e la relazione sulla legge 194 che il Ministro ha presentato al Parlamento con i dati del 1989 (20) ha una parte dedicata ai primi risultati di questa indagine e fornisce alcune indicazioni sull'attivita' di educazione sanitaria, sulla contraccezione e sui programmi di prevenzione. Tuttavia occorre tener presente che esistono problemi non indifferenti nella raccolta dei dati a causa delle diverse modalita' di funzionamento dei consultori familiari, espressione delle diverse legislazioni regionali attuative della legge 405 e della loro effettiva applicazione, soprattutto per quanto concerne il numero dei consultori, il personale previsto e presente in questi servizi e i

programmi operativi.

Sulla base dell'esperienza dell'ISS, realizzata partecipando in qualita' di docenti ai corsi di formazione e di aggiornamento per gli operatori dei consultori, si ritiene che raramente l'attivita' di educazione sessuale e di prevenzione dell'aborto sia stata svolta secondo programmi con una chiara definizione della popolazione bersaglio (in generale sono state coinvolte le utenti del consultorio che rappresentano una porzione selezionata della intera popolazione femminile in eta' feconda) e soprattutto senza specifici indicatori di valutazione dei risultati dell'attivita' stessa.

Non e' stato infrequente per gli operatori dei consultori trovare insormontabili difficolta' a interagire con altri servizi (per es. ospedali con reparti di ostetricia) o con altre istituzioni (per es. le scuole). Comunque, a parte le difficolta' operative, e' soprattutto la mancanza di sistemi validi di valutazione a rendere poco significativa la descrizione di tale attivita', quando e' stato possibile svolgerla.

Se le indicazioni nazionali sono per la prevenzione dell'aborto, e' necessario ribadire che, se si vuole che i consultori giochino un ruolo fondamentale, occorre che intanto esistano, che ci siano tutte le figure professionali previste, per un numero di ore/settimana significative, che siano relativamente stabili e siano

esposti a corsi di aggiornamento, che siano messe in condizione di operare e che abbiano un'attitudine positiva a svolgere tale compito (comunicazioni personali spesso hanno riferito della indisponibilita' di medici consultoriali obiettori a partecipare a tali programmi).

Quindi e' necessario che i programmi siano predisposti in modo tale che sia possibile effettuare la valutazione, essendo stata chiaramente definita la popolazione bersaglio e le modalita' operative.

In particolare deve essere capovolto radicalmente il tradizionale modo di operare del consultorio in cui ogni attivita' veniva di fatto rivolta all'utenza che spontaneamente si presentava al servizio, per passare a una attivita' rivolta a definite popolazioni bersaglio a cui offrire non solo collettivamente ma soprattutto individualmente l'opportunita' della prevenzione.

#### 2.1 Possibili programmi di 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 alle coppie) 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'.

Le operatrici 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 Consultori:

- a) Al momento della certificazione. Limiti: la donna puo' essere non molto disponibile a recepire l'informazione; poco piu' del 20% delle donne chiede la certificazione al consultorio.
- b) 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 Consultori di accedere ai reparti.
- c) Al momento della visita di controllo presso il Consultorio. 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 l'accuratezza dell'istruttoria prima del rilascio della certificazione. Una convenienza potrebbe consistere nella garanzia che i consultori, potrebbero prenotare la donna per l'intervento presso l'ospedale, senza lunghe file di attesa. In

definitiva, i consultori dovrebbero essere messi in condizione di gestire, alla luce di quanto sopra detto, anche le prenotazioni per l'intervento. Esperienze pilota in tal senso (14) hanno mostrato che se il consultorio funge da centro di prenotazione almeno per una parte consistente dei posti letto le donne richiedono la certificazione al consultorio e ritornano per la visita di controllo post IVG e per l'informazione sulla contraccezione.

- C) Il Consultorio potrebbe inviare lettere di invito alle coppie che si sposano per un colloquio sulla procreazione consapevole, sulla gravidanza, sulla prevenzione delle malattie, disabilità e disagi dell'infanzia, oltre agli aspetti problematici della vita di coppia.
  
- D) Il Consultorio 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 con particolare riferimento ai problemi dell'igiene. In questo contesto il Consultorio 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, 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 e' stata chiesta l'autorizzazione dalla minore, affinche' 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.

Si sottolinea che in primo luogo va dedicata particolare attenzione all'informazione sulla fisiologia (e patologia) della riproduzione. Gli operatori consultoriali devono essere in grado di fornire una informazione accurata avendo cura di verificare e rimuovere eventuali disinformazioni su ogni metodo contraccettivo (naturale, meccanico, ormonale) e aiutare la donna (meglio la coppia) a scegliere quello (o quelli) che piu' si adatta(no) alle loro esigenze etiche, psico-fisiche e relazionali. Effettuata la scelta e' necessario verificare con molta cura la capacita' concreta (eventualmente con un successivo incontro) ad adottare il metodo (o i metodi) scelti.

Nella situazione attuale si e' visto che oltre il 50% delle certificazioni e' rilasciato dal medico di fiducia, pertanto, pur auspicando un maggior coinvolgimento dei consultori, si rende necessario che i medici, e in particolare i ginecologi, possano partecipare a corsi di aggiornamento sulla fisiologia della riproduzione e sulla contraccezione, perche' possano svolgere un ruolo maggiore nella prevenzione dell'aborto.

In effetti da una indagine pilota condotta nel 1988 su un piccolo campione di ginecologi dell'area casertana (5) e' risultato che molti di essi hanno conoscenze non aggiornate sulla contraccezione e non conoscono le possibilita' di consulenza offerte dai consultori familiari a complemento dei loro compiti.

L'ISS ha provato a simulare l'effetto dei programmi di intervento prima elencati mediante l'uso di modelli matematici e si e' ottenuto (fatta sempre la solita raccomandazione di cautela sugli ordini di grandezza) che in 5 anni sarebbe possibile ridurre l'aborto legale di circa il 50%, e probabilmente anche l'aborto clandestino in una percentuale di poco inferiore (21).

### 3. I SERVIZI

#### 3.1 I Consulitori Familiari

I consultori familiari sono stati istituiti con la legge n. 405 del 1975, sull'onda di un crescente interesse verso le problematiche della procreazione responsabile, delle relazioni di coppia e familiari, nonché della tutela della salute della donna e dell'infanzia.

Il processo di effettiva realizzazione della rete consultoriale è stato tuttavia disomogeneo tra regione e regione e si è sviluppato in tempi diversi. Le differenze attuali sono il risultato delle diverse impostazioni date dalle leggi regionali, attuative di quella nazionale e, ancora di più, dal modo e dal grado di applicazione effettiva delle stesse leggi.

Le differenze più importanti riguardano il numero e il tipo di figure professionali previste e presenti, l'orario e il rapporto di lavoro, la densità dei consultori nel territorio e i programmi operativi, quando sono stati formulati. In alcune regioni, soprattutto al Nord, l'attività pediatrica viene svolta in specifici consultori pediatrici, e quindi è assente nei consultori familiari.

La tabella 12 e la figura 2 forniscono il quadro della presenza dei consultori, anche in relazione alla popolazione femminile in età fertile, nelle regioni italiane. Tuttavia i dati riportati nella tabella non sono omogenei perché in qualche caso potrebbero essere comprese le sedi distaccate, in altre sono escluse; inoltre in alcune regioni si fa riferimento ai distretti in quanto le funzioni consultoriali sono "disperse" nell'attività distrettuale. Si è avuta molta cura nel verificare con i responsabili regionali la validità dei dati riguardanti il numero dei servizi consultoriali, ma non si è sicuri che sia stato raggiunto ovunque l'obiettivo di ottenere informazioni affidabili e confrontabili. Inoltre è necessario tener conto che il personale dei consultori e i servizi stessi sono sottoposti a fenomeni di alta mobilità, con tutti gli inconvenienti che ciò comporta.

Esiste una diversità nel numero di consultori presenti sul territorio nazionale. Ciò dipende dal modo della rilevazione. Come si è detto, l'ISS ha avuto cura di verificare nel processo di acquisizione dei dati presso i responsabili regionali cosa si intendesse effettivamente per consultori per cui non sono stati considerati tali le sedi distaccate o quelli esistenti solo sulla carta.

TAB. 12 - CONSULTORI PUBBLICI

REGIONI	N. CONSULTORI PUBBLICI*	TASSO PER 10000 DONNE 15-49 ANNI **
PIEMONTE	220	2.1
V. D'AOSTA	18	6.3
LOMBARDIA	349	1.5
BOLZANO	1	0.1
TRENTO	3	0.3
VENETO	121	1.1
FRIULI	34	1.1
LIGURIA	115	2.9
EMILIA	276	2.9
TOSCANA	311	3.6
UMBRIA	75	3.8
MARCHE	98	2.8
LAZIO	171	1.3
ABRUZZI	65	2.1
MOLISE	7	0.9
CAMPANIA	122	0.8
PUGLIA	108	1.0
BASILICATA	37	2.5
CALABRIA	57	1.1
SICILIA	99	0.8
SARDEGNA	45	1.0
ITALIA	2332	1.6

\* Fonte regionale, ultimi dati disponibili

\*\* Popolazione residente nel 1988

Cio' nonostante, anche i presenti dati non costituiscono necessariamente un quadro realistico della situazione perche', soprattutto al Sud, non e' infrequente la mancanza di quasi tutto il personale previsto. Inoltre e' necessario tener conto che si tratta di servizi con alta mobilita' del personale (soprattutto ginecologi e pediatri) e possono esserci periodi di carenza per gravi ritardi nelle sostituzioni.

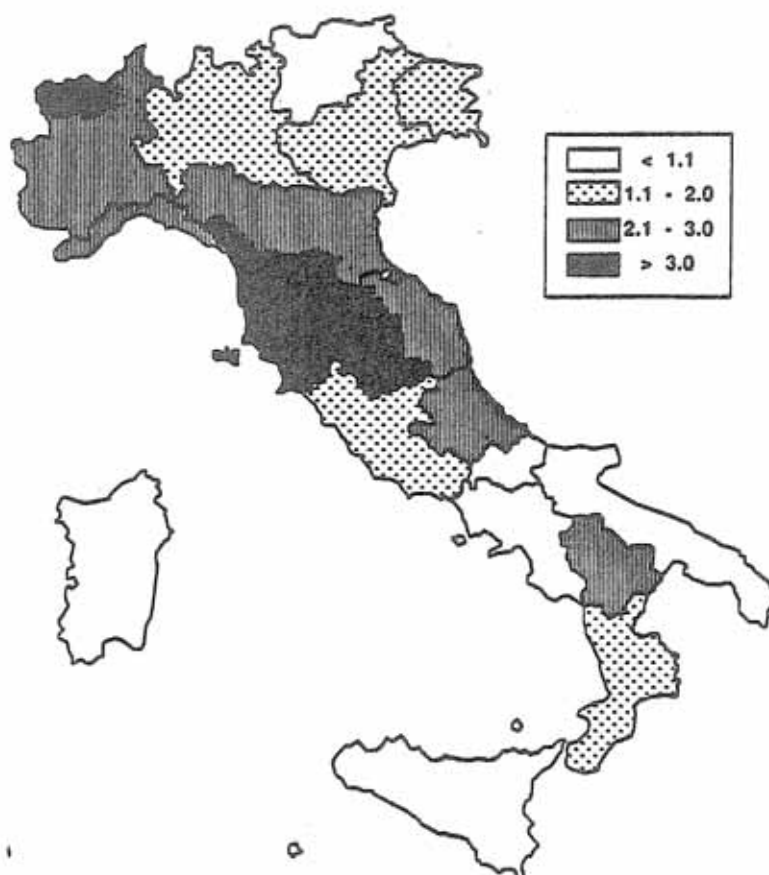


Fig. 2 **CONSULTORI PUBBLICI PER 10000  
DONNE (15-49 anni) 1988-89**

Tenendo conto di queste avvertenze, il tasso di presenza dei consultori familiari per 10000 donne in età fertile (1.6 per 10000 donne di età 15-49 anni a livello nazionale) varia da 6.3 a 0.2 nelle regioni del Nord, da 3.8 a 1.3 nelle regioni del Centro e da 2.5 a 0.8 nel Sud. E' evidente la grande sperequazione esistente nel territorio nazionale. Nel meridione, dove si hanno i tassi di presenza piu' bassi, la situazione e' aggravata dalle condizioni degradate di funzionamento: organico non

completo, spesso precario, sedi non sempre idonee e talvolta francamente fatiscenti. Non ci si puo' meravigliare di trovare in queste situazioni degli operatori demotivati e abituati ad assumere le notevoli difficoltà, in cui si trovano ad operare, come alibi per non fare tutto cio' che in quelle condizioni e' comunque possibile fare.

In questo contesto e', a dir poco, ingeneroso accusare i consultori di inefficacia.

La difficoltà a realizzare un buon Sistema di Sorveglianza epidemiologica e quindi a descrivere l'attivita' consultoriale e' dovuta non solo alla notevole disomogeneita' presente, ma soprattutto alla assenza sostanzialmente generalizzata di programmi scientificamente definiti.

Come si e' detto, un sistema di raccolta di dati sull'attivita' consultoriale e' stato avviato a cura del Ministero della Sanita', in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanita' e dei referenti regionali sul problema.

Molte regioni hanno o stanno inviando i dati. Lo scopo in questa fase non e' tanto avere dati utilizzabili per effettuare valutazioni significative, quanto piuttosto per mettere a punto il sistema di raccolta e trasmissione delle informazioni. D'altra parte molte regioni gia' da tempo provvedevano ad inviare e recuperare questionari



sull'attività consultoriale, quindi in questa fase si sta realizzando un faticoso tentativo di omogenizzazione, almeno per quello che è possibile.

Dalla Relazione del Ministro della Sanità sull'attuazione della legge 194 per il 1989 (20) risulta che si rivolge al consultorio una persona su 9 in Emilia Romagna e 1 su 95 in Sicilia, con una media nazionale di 1 su 38. Facendo riferimento alle donne utenti l'indice di utilizzazione medio è di 1 su 15 con oscillazioni da 1 su 4 in Valle d'Aosta a 1 su 28 in Calabria e Sicilia.

Vista la difficoltà a utilizzare questi dati al fine di effettuare valutazioni significative, riferire i dati suesposti è più che altro un doveroso rispetto verso lo sforzo che attualmente si sta facendo a livello nazionale e che cerca di recuperare, superando le disomogeneità, la ricchezza di informazione disponibile a livello regionale (almeno per molte regioni).

I limiti della rilevazione dei dati dell'attività consultoriale in realtà non dipendono soltanto dalla disomogeneità quanto piuttosto dalla modalità di funzionamento dei consultori familiari, modalità caratterizzata dalla necessità di soddisfare le richieste che l'utenza spontaneamente presenta. Se è vero che la richiesta spontanea non può essere compresa più di tanto, tuttavia un programma di riqualificazione dei consultori familiari deve basarsi su un globale

capovolgimento delle modalita' di funzionamento, privilegiando l'attivita' programmatica, scientificamente definita.

Lavorare per programmi significa identificare:

- a) gli obiettivi specifici (per esempio riduzione del tasso di abortivita'),
- b) il sistema di misura degli stessi,
- c) la popolazione bersaglio a cui rivolgersi per il coinvolgimento,
- d) definire le procedure operative per raggiungere tutta la popolazione bersaglio e per eseguire l'intervento,
- e) valutare l'efficacia dell'intervento.

In questo contesto riveste particolare importanza la capacita' di interazione con altri servizi e istituzioni (per esempio ospedale, scuola) per semplificare e rendere piu' efficienti le procedure di approccio.

Solo in queste condizioni, per ogni specifico programma e' possibile raccogliere dati significativi: quante persone (coppie, famiglie) sul totale di quelle da coinvolgere sono state raggiunte, quante hanno accettato il contatto e quindi hanno permesso l'intervento e, se l'intervento e' stato efficace, come e' stato modificato l'indicatore identificativo del problema.

In questo contesto la raccolta dei dati serve in primo luogo a chi li produce, per effettuare l'autovalutazione e, quando il programma e' stato definito su vasta scala (regionale, nazionale), per la valutazione di competenza ai livelli organizzativi superiori.

E' evidente che la scelta degli obiettivi, pur tenendo conto di esigenze peculiari del bacino di utenza del consultorio, nella generalita' dei casi deve essere effettuata a livello regionale e, quando possibile, a livello nazionale.

I criteri per la definizione delle prioritá dei problemi riguardano la loro frequenza nella popolazione, l'urgenza, la gravita', la possibilita' di intervento e la esemplarita' pedagogica.

E' opportuno soffermarsi sugli ultimi due criteri. Per possibilita' di intervento si intende non solo i metodi e gli strumenti, il personale e in generale le condizioni operative del consultorio, ma anche le relazioni esistenti o da stabilire con altri servizi e istituzioni con cui e' operativamente collegato o collegabile.

L'esemplarita' pedagogica puo' far riferimento sia al grado di addestramento sul campo a cui e' esposto il personale del consultorio e dei servizi e istituzioni eventualmente coinvolti nel realizzare il programma, sia alla evoluzione della popolazione esposta al programma

stesso verso una gestione consapevole ed informata dello stato di salute psico-fisico della persona, della coppia, della famiglia.

I criteri possono essere applicati solo se si conoscono i parametri epidemiologici necessari a identificare il problema specifico e la popolazione interessata. Di qui discende un'altra caratteristica del Consultorio Familiare riqualificato, e cioè la capacità di acquisire (e collaborare a costruire) gli indicatori per il proprio bacino di utenza: la stima della composizione della popolazione del proprio bacino per età, sesso, stato civile, istruzione, occupazione e quindi il tasso di natalità, fecondità, abortività, morbosità e mortalità per alcune cause specifiche, l'estensione del lavoro minorile, l'incidenza dell'evasione vaccinale, l'incidenza dell'evasione e dell'abbandono scolastico, l'incidenza delle separazioni e divorzi, e di altri possibili indicatori di disagio psico-fisico della persona, della coppia e della famiglia.

Quanto detto si inquadra nella prospettiva della prevenzione, che può essere realizzata solo se i servizi si fanno carico di offrire attivamente la opportunità della prevenzione stessa a tutte le persone costituenti la popolazione bersaglio.

Una particolare attivita' del consultorio familiare dovrebbe riguardare la realizzazione di programmi di educazione alla salute. Anche in questo caso e' necessario identificare per ogni programma gli specifici settori di popolazione che e' necessario coinvolgere e a cui offrire attivamente la opportunita' di riflettere sulle problematiche specifiche, avendo cura di far recuperare in questo processo il vissuto quotidiano e la memoria storica della comunita', attivando anche le istituzioni sociali presenti e in particolare la scuola. Appare anche utile cercare la collaborazione delle associazioni culturali presenti nella comunita'. Propedeutico a una adeguata e pertinente programmazione di attivita' di educazione alla salute e' la realizzazione di indagini campionarie per valutare conoscenze, attitudini e comportamenti pratici della popolazione bersaglio riguardo le specifiche problematiche su cui si vuole attuare il programma di prevenzione.

Riguardo la formazione e' necessario distinguere metodologicamente due momenti: quello della formazione verticale (che riguarda ogni categoria professionale) e quello orizzontale che riguarda invece il lavoro di equipe. In entrambi i casi e' la metodologia dell'atelier pedagogico che si ritiene debba essere privilegiata piuttosto che gli schemi accademici tradizionali.

In conclusione, poiche' il consultorio familiare svolge l'attivita' nell'area della prevenzione, deve essere capovolto il tradizionale modo di operare passando dalla situazione in cui il servizio aspetta che la persona, la coppia, la famiglia si presenti, alla situazione in cui si fa carico di raggiungere chi e' a rischio di avere il problema. La specificita' del consultorio familiare, rispetto ad altri servizi sociali o sanitari piu' specializzati, dovrebbe essere quella di una struttura operativa in contatto con il tessuto sociale e con i suoi bisogni primari colti nella loro quotidianita' e normalita', oltre che nelle inevitabili disfunzioni e patologie. A differenza degli altri servizi piu' specialistici, il consultorio familiare dovrebbe operare con una "presa in carico" dei problemi, non aspettando che questi si manifestino, ma prevenendoli attraverso la conoscenza dei bisogni effettivi della comunita'. Dovrebbe interpretare la domanda delle persone, delle coppie, delle famiglie accompagnando queste nella impostazione e risoluzione dei problemi, mettendole in contatto con gli altri servizi.

Che dire, infine, del dilemma sempre presente in ogni discussione sui consultori familiari e cioe' se il servizio consultoriale deve privilegiare l'area sanitaria o quella psico-sociale? Una risposta possibile e' che si tratta di un falso problema. Infatti l'ambito della

prevenzione, in cui si iscrive l'attivit  consultoriale, anche quando la materia   squisitamente sanitaria, prevede un approccio metodologico che non puo' assolutamente prescindere da una valutazione accurata dei risvolti psico-sociali.

L'accettazione di una misura di prevenzione sanitaria ha implicazioni strettamente psico-sociali. Se per prevenzione si intende l'offerta di una opportunit  per salvaguardare o migliorare lo stato di benessere psico-fisico e relazionale delle persone,   evidente che questa opportunit  deve essere attivamente offerta e non semplicemente raccomandata a tutti quelli che sono a rischio. Quando la prevenzione viene semplicemente raccomandata, sono proprio le realt  con maggiori problemi sociali e da cui provengono le "patologie" piu' gravi a non richiederla spontaneamente.   conveniente per il consultorio costruire o migliorare la sua credibilit  di servizio nell'intera popolazione attraverso la realizzazione di programmi generali di prevenzione, anche di tipo piu' specificamente sanitario.

L'offerta della prevenzione in ambito sanitario   piu' facilmente accettata e consente di entrare a contatto con tutti i settori della popolazione, soprattutto quelli potenzialmente a maggior rischio di sviluppare patologie squisitamente psico-sociali. Infatti se una persona   a rischio di sviluppare una patologia "sanitaria", per di

piu' appartenente a settori meno abbienti della popolazione, ha notevoli incapacita' a riconoscere e utilizzare un servizio che puo' aiutarlo nella prevenzione, questa difficolta' di interazione aumenta a dismisura quando la patologia e' di tipo psico-sociale. Creare buone relazioni tra popolazione e servizio, utilizzando aree di intervento piu' semplici, puo' essere di fondamentale importanza per poter affrontare problematiche piu' delicate e complesse come sono quelle psico-sociali.

Riguardo il ruolo dei consultori per la certificazione IVG i dati del Sistema di Sorveglianza mostrano che tali servizi sono relativamente poco coinvolti.

Meno di un quarto delle certificazioni viene rilasciato dal Consultorio Familiare (Tab. 13). Il dato nazionale maschera importanti differenze regionali che non sono giustificate dal tasso di presenza dei servizi consultoriali, cioe' non e' necessariamente vero che a maggiore densita' di presenza di consultori corrisponda una piu' alta percentuale di certificazione.

TAB. 13 - CERTIFICAZIONE IVG (%) PER SERVIZIO. ITALIA

Servizi	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Medico fiducia	52.9	52.7	51.0	54.2	54.3	51.1
Serv. Ost. Gin.	21.4	22.6	23.3	24.0	23.2	25.3
Consultorio	24.2	23.6	23.8	20.0	20.6	21.7
Altro	1.4	1.2	1.9	1.8	1.9	1.9



La domanda che ci si puo' porre e' se il ricorso al consultorio dipende dall'attitudine della donna (per esempio, il ricorso al medico di fiducia puo' garantire una maggiore riservatezza) o piuttosto da altre cause (per es. non conoscenza o non esistenza del consultorio nel territorio dove la donna risiede, oppure poca convenienza a rivolgersi al consultorio, alla luce della successiva prenotazione per l'intervento).

Analizzando il dato della certificazione per stato civile ed eta' in due regioni, si puo' osservare che le nubili e le giovani tendono a rivolgersi al consultorio piu' frequentemente rispetto alle altre donne (tab. 14-17).

TAB. 14 - CERTIFICAZIONE IVG (%) PER STATO CIVILE - PUGLIA 1989

	Nubile	Coniug.	Separ.	Divorz.	Vedova
Consultorio	11.5	9.6	12.0	7.3	10.2
Medico fiducia	65.2	69.9	62.3	57.3	65.3
Serv. Ost. Gin.	23.0	20.2	25.1	34.1	24.4
Altro	0.3	0.2	0.6	1.2	0.0

TAB. 15 - CERTIFICAZIONE IVG (%) PER STATO CIVILE - ABRUZZO 1989

	Nubile	Coniug.	Separ.	Divorz.	Vedova
Consultorio	7.0	4.9	2.3	0.0	0.0
Medico fiducia	47.2	43.9	47.7	43.8	42.9
Serv. Ost. Gin.	41.7	47.8	45.5	56.3	42.9
Altro	4.0	3.4	4.5	0.0	14.3

TAB. 16 - CERTIFICAZIONE IVG (%) PER ETA' - PUGLIA 1989

	<=19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
Consultorio	15.3	10.2	9.4	9.9	9.3	9.3
Medico fiducia	64.8	68.3	68.5	69.4	69.7	70.3
Serv. Ost. Gin.	19.5	21.2	21.9	20.5	20.8	19.9
Altro	0.4	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4

TAB. 17 - CERTIFICAZIONE IVG (%) PER ETA' - ABRUZZO 1989

	<=19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40
Consultorio	7.4	7.0	4.7	4.7	6.1	3.0
Medico fiducia	45.8	44.8	45.3	45.3	43.6	45.7
Serv. Ost. Gin.	41.4	43.6	46.4	46.9	46.1	46.9
Altro	5.4	4.6	3.6	3.2	4.2	4.4

L'ISS ha condotto uno studio sull'attività di un consultorio familiare che funziona anche come centro di prenotazione per il successivo intervento (17) presso l'istituto di cura pubblico presente nella stessa USL. La donna può richiedere direttamente la certificazione presso il consultorio e quindi viene prenotata per l'intervento oppure, ottenuta la certificazione dal proprio medico di fiducia, utilizza il consultorio come centro di prenotazione.

Su tre anni di funzionamento di questa procedura risulta che l'85% delle donne ha chiesto la certificazione in consultorio e solo il 15% al medico di fiducia. Per

inciso in questo studio e' stato accertato che il 5% delle donne che avevano richiesto l'avvio delle procedure per ottenere l'IVG ha invece proseguito la gravidanza, dopo il colloquio con il personale del consultorio (17).

Il pregio di questo studio e' che sono state considerate praticamente tutte le donne, residenti nel bacino di utenza del consultorio, che avevano intenzione di interrompere la gravidanza, non si e' trattato quindi di un campione selezionato.

Pertanto si puo' concludere che condizione necessaria e probabilmente sufficiente perche' le donne che intendono abortire passino per il consultorio e' che questo servizio abbia la possibilita' di prenotare le donne per l'intervento, una volta che il colloquio abbia accertato la irremovibilita' della decisione.

Ci sono segnalazioni di consultori che sono impediti di stabilire contatti con l'ospedale di riferimento o di ginecologi degli istituti che non considerano valida la certificazione rilasciata dal consultorio.

Come e' abbastanza improbabile che l'esistenza in consultorio di un medico obiettore possa favorire l'accesso di donne che intendono abortire, per non citare il caso in cui la figura del ginecologo e' assente.

Un dato di straordinario rilievo dello studio citato e' che, invitando le donne a ritornare al consultorio per una visita post-IVG e per avviare un colloquio contraccettivo, il 70% - 80% di queste e' effettivamente ritornato ed ha effettuato una scelta contraccettiva diversa dai comportamenti iniziali. Tale procedura si inserisce nel programma della prevenzione degli aborti ripetuti.

Allora si possono interpretare le differenziazioni regionali anche alla luce dei diversi indirizzi di politica sanitaria che prevedono o meno un coinvolgimento dei consultori.

Dall'indagine gia' citata effettuata nella Regione Puglia (6), oltre il 20% delle donne intervistate non sapeva dell'esistenza del consultorio nella zona di residenza e il 14% non sapeva materialmente andarci, solo il 29% sapeva dell'esistenza e dei giorni e delle ore di apertura. Non e' realistico sostenere che lo scarso ricorso al consultorio sia dovuto ad una scarsa credibilita' del servizio. Infatti oltre l'80% di chi si era rivolta al consultorio ha dichiarato di essere rimasta pienamente soddisfatta della qualita' delle prestazioni ricevute. Risultati analoghi sono stati osservati anche nell'indagine nell'Emilia Romagna (15). Si ritiene che per aumentare il grado di conoscenza del servizio

consultoriale non sia utile la semplice informazione con manifesti, mass media, ecc., ma sia necessario invitare individualmente ogni elemento della popolazione bersaglio (per es. le donne che partoriscono) ed esporle alla opportunita' della prevenzione. Per far conoscere un servizio occorre che il servizio si offra alla popolazione interessata, eventualmente in un contesto in cui viene diffusa una informazione collettiva sull'esistenza del servizio stesso e dei suoi compiti.

E' illusorio pensare che il solo impiego dei mass-media possa modificare, conoscenze attitudini e comportamenti oltre una quota superiore al 50%; e chi non viene raggiunto dal messaggio e' spesso proprio quella sezione della popolazione che piu' ne avrebbe bisogno. Tutti gli interventi educativi tendenti a cambiare conoscenze, attitudini e comportamenti devono essere realizzati attraverso la stimolazione individuale alla riflessione, in un contesto ambientale (interventi collettivi) di sostegno.

Un programma di riqualificazione dei consultori deve basarsi su:

1. realizzazione dei consultori dove mancano;
2. completamento e stabilizzazione degli organici con un congruo numero di ore settimanali;

3. riqualificazione delle sedi fisiche (eliminazione delle sedi fatiscenti o con barriere architettoniche). Per esempio e' impensabile sistemare un consultorio al secondo piano di un edificio, magari senza ascensore, precludendo cosi' l'accesso di una mamma con una carrozzina;
4. esporre gli operatori a corsi di riqualificazione secondo le metodologie pedagogiche (atelier) finalizzati alla programmazione operativa degli interventi;
5. dedicare oltre il 50% del tempo complessivo a realizzare programmi con obiettivi definiti, sistemi di valutazione, popolazione bersaglio, procedure operative valide.

L'esperienza di numerosi contatti con realta' consultoriali permette di affermare che un sostanziale impedimento e' costituito dal divieto di lasciare la sede o dal divieto a istituire collegamenti operativi con altri servizi o con altre istituzioni.

### 3.2 Servizi dove si effettua l'IVG Obiezione di coscienza

Dai dati del Sistema di Sorveglianza (1-4) e' possibile ricavare informazioni sui servizi in cui viene effettuata l'interruzione volontaria di gravidanza, con quali procedure (anestesia e tecnica di intervento) e con quali esiti (durata della degenza ed eventuali complicanze immediate).

Oltre l'80% delle IVG viene effettuata negli istituti di cura pubblici con alcune significative eccezioni (Puglia, Sardegna, Trento). In generale il convenzionamento con cliniche convenzionate autorizzate tende a sanare l'indisponibilita' delle strutture pubbliche ad eseguire l'IVG.

Dai dati che seguono (ultime informazioni disponibili dai referenti regionali) si evidenzia una marcata differenziazione regionale riguardo la quota di istituti di cura pubblici con reparti di ostetricia che effettuano l'IVG (tab. 19), e una corrispondente incidenza dell'obiezione di coscienza (tab. 20).

Per alcune regioni si e' riusciti a raccogliere l'informazione per USL (Piemonte, Bolzano, Umbria, Lazio, Calabria). Dai dati del Sistema di Sorveglianza risulta praticamente inesistente l'attivazione di servizi ambulatoriali.

L'informazione disponibile ha due limiti. Il primo e' costituito dalla variabilita' nel tempo di questo tipo di informazione (per es. se in un ospedale va via un ginecologo non obiettore - eventualmente l'unico presente - non necessariamente viene rimpiazzato da un altro non obiettore). Anche l'obiezione di coscienza non e' un dato costante perche' sono segnalati passaggi all'obiezione anche per gli eccessivi carichi di lavoro nel settore IVG e per i condizionamenti di sviluppo di professionalita' e di carriera.

Il secondo limite e' rappresentato dalla non conoscenza (almeno per il momento) dei posti letto disponibili e dall'ampiezza dei bacini di utenza diretti e indiretti (se per es. in una USL e' localizzato un istituto che effettua IVG e nelle USL vicine no, e' evidente che si avra' un'affluenza dell'intero bacino coperto da tutte le USL verso l'istituto della prima USL; tale fenomeno e' stato studiato dall'Osservatorio Epidemiologico del Lazio). Non e' possibile quindi valutare quale e' l'offerta realmente disponibile di servizio a fronte di una domanda attesa, stimabile applicando in un definito comprensorio il tasso di abortivita' regionale. La distribuzione non omogenea a livello territoriale determina fenomeni di migrazione inter-USL, interprovinciali e anche interregionali.



TAB. 19 - STRUTTURE IN CUI VENGONO EFFETTUATE LE IVG

REGIONI	N. OSPEDALI CON REPARTO OSTETRICIA E GINECOLOGIA	N. OSPEDALI CHE EFFETTUAANO IVG	% CLINICHE PRIVATE CONVENZIONATE CHE EFFETTUAANO IVG	
PIEMONTE	46	46	100.0	-
VAL D'AOSTA	1	1	100.0	-
LOMBARDIA	92	91	98.9	2
BOLZANO	7	2	28.6	1
TRENTO	7	4	57.1	1
VENETO	50	31	62.0	-
FRIULI	26	15	57.7	1
LIGURIA	19	16	84.2	-
EMILIA	43	42	97.7	8
TOSCANA	46	39	84.8	-
UMBRIA	19	14	73.7	-
MARCHE	28	19	67.9	1
LAZIO	58	42	72.4	8
ABRUZZO	18	11	61.1	1
MOLISE	6	4	66.7	-
CAMPANIA	75	24	32.0	1
PUGLIA	62	47	75.8	6
BASILICATA	11	7	63.6	-
CALABRIA	33	27	81.8	2
SICILIA	72	52	72.2	-
SARDEGNA	20	13	65.0	3
<b>ITALIA</b>	<b>739</b>	<b>547</b>	<b>74.0</b>	<b>35</b>

TAB. 20 - NUMERO DI OBIETTORI PER CATEGORIA E RELATIVE PERCENTUALI \*

REGIONI	OSTETRICI			ANESTESISTI			PERSONALE NON MEDICO		
	in serv. ob.			in serv. ob.			in serv. ob.		
PIEMONTE	462	230	49.8	427	215	50.4	1254	385	30.7
VALLE D'AOSTA	10	2	20.0	10	9	90.0	51	9	17.6
LOMBARDIA	870	542	62.3	1017	511	50.2	N.R.		
BOLZANO	16	16	100.0	N.R.			27	22	81.5
TRENTO	26	20	76.9	N.R.			95	56	58.9
VENETO	279	188	67.4	348	200	57.5	837	388	46.4
FRIULI	123	75	61.0	161	62	38.5	453	157	34.7
LIGURIA	161	106	65.8	269	153	56.9	410	151	36.8
EMILIA	353	151	42.8	371	165	44.5	1133	314	27.7
TOSCANA	N.R.			N.R.			N.R.		
UMBRIA	93	70	75.3	81	34	42.0	84	35	41.7
MARCHE	83	46	55.4	92	55	59.8	218	134	61.5
LAZIO	263	182	69.2	179	111	62.0	522	357	68.4
ABRUZZO	79	57	72.2	117	67	57.3	N.R.		
MOLISE	39	30	76.9	38	23	60.5	150	103	68.7
CAMPANIA	250	133	53.2	188	80	42.6	393	160	40.7
PUGLIA	177	101	57.1	103	50	48.5	175	117	66.9
BASILICATA	38	21	55.3	31	14	45.2	128	58	45.3
CALABRIA	137	91	66.4	111	58	52.3	308	153	49.7
SICILIA	329	195	59.3	391	230	58.8	759	436	57.4
SARDEGNA	119	70	58.8	85	37	43.5	206	120	58.3
Italia	2916	1691	58.0	2885	1496	51.9	7081	3077	43.5

\* I dati (come nel caso di Bolzano) si riferiscono esclusivamente al personale in servizio, non e' dunque considerato il personale convenzionato.

Il dato si riferisce a 14 dei 24 ospedali effettuanti le I.V.G.

Il dato si riferisce a 16 dei 47 ospedali effettuanti le I.V.G.

Il dato si riferisce a 29 dei 52 ospedali effettuanti le I.V.G.

Esclusi i dati di Lombardia, Bolzano, Trento, Toscana ed Abruzzo.

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	INT	RES			
PIEMONTE													
VALLE D'AOSTA	431	489	+ 58	+13.46	15.3	17.4	512.5	581.4					
LOMBARDIA	29256	28626	- 630	- 2.15	12.8	12.5	405.1	396.4					
BOLZANO	604	857	+ 253	+41.89	5.4	7.6	126.4	179.4					
TRENTO	1251	1060	- 191	-15.27	11.1	9.4	301.4	255.4					
VENETO	7748	8496	+ 748	+ 9.65	6.9	7.5	217.8	239.0					
FRIULI V.G.	3837	3368	- 469	-12.22	12.9	11.3	455.6	400.0					
LIGURIA	5940	5903	- 37	- 0.62	14.5	14.4	543.6	540.2					
EMILIA ROM.	16271	14450	-1821	-11.19	17.0	15.1	635.0	563.9					
TOSCANA	13004	11887	-1117	- 8.59	15.1	13.8	511.6	476.6					
UMBRIA	3288	3055	- 233	- 7.09	16.9	15.7	498.0	462.7					
MARCHE	3829	3758	- 71	- 1.85	11.1	10.9	325.2	319.9					
LAZIO	20911	18812	-2099	-10.04	15.7	14.1	420.3	378.1					
ABRUZZO	4219	4552	+ 333	+ 7.89	13.8	14.9	357.1	385.3					
MOLISE	1238	1263	+ 25	+ 2.02	15.8	16.1	356.6	364.0					
CAMPANIA	16439	16568	+ 129	+ 0.78	11.4	11.5	203.1	204.7					
PUGLIA	24040	23509	- 531	- 2.21	23.2	22.6	465.0	454.7					
BASILICATA	1326	2426	+1100	+82.96	8.8	16.2	193.8	354.6					
CALABRIA	4932	5294	+ 362	+ 7.34	9.4	10.1	190.5	204.5					
SICILIA	13217	13416	+ 199	+ 1.50	10.3	10.5	200.0	202.9					
SARDEGNA	3819	3666	- 153	- 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
Francia 1988	18100	---	7384	40.8 non res.
Ungheria 1987	163000	13.2	2934	1.8
Italia 1987	84500	38.2	1267	1.5
Svezia 1987	191469	15.2	1283	0.7
Norvegia 1987	34700	19.8	1492	4.3
Olanda 1988	15400	16.8	385	2.5
	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' consapevole 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 citta' di Napoli. Un'indagine mediante questionario (A cura di Aurelio Pane). Dipartimento di Matematica e Statistica Universita' di Napoli. Liguori Editore, 1988.
10. Caratteristiche mediche e socio-demografiche dell'IVG - Un'indagine nell'area fiorentina. (A cura del Dipartimento Statistico dell'Universita' 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 peculiarità dell'attività consultoriale e della necessità di salvaguardare la sua unitarietà funzionale e strutturale; la programmazione delle sue attività deve tener conto e inserirsi organicamente nella programmazione di tutta l'attività 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 necessità 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 prioritá' degli interventi consultoriali sia completamente stabilita dal C.F. stesso, pur ammettendo margini importanti di autonomia per tener conto delle realta' locali, alcuni problemi prioritari dovrebbero essere definiti a livello regionale o addirittura nazionale.

A questo proposito la selezione delle prioritá' puo' essere effettuata tenendo conto della seguente griglia: Frequenza del problema, Urgenza, possibilitá' di Intervento, Gravita', ed Esemplicitá' 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 possibilitá' 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'attivitaa' 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 pedagoga, 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'attivit  che   necessario svolgere per realizzarli.

5. riconoscere il ruolo e, quindi, anche attivare provvedimenti finanziari o convenzionare, pure per quanto concerne l'attivit  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 attivita' 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'attivit . 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 e' stata chiesta l'autorizzazione dalla minore, affinche' 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 sensibilità precoce verso tutti i fenomeni di discriminazione sessuale.

## 3. INSTABILITÀ 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 attività 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*

