

CGIL Lombardia

Convegno

194. Una legge giusta: autodeterminazione, prevenzione, per contrastare l'aborto.

Milano, venerdì 29 febbraio 2008

Aspetti epidemiologici, sociologici ed attuativi della legge 194/78

Michele Grandolfo

Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Istituto Superiore di Sanità

Tel: 06 49904309/11; fax: 06 49904310; e-mail: michele.grandolfo@iss.it

Il sistema di sorveglianza dell'andamento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stato progettato e viene gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute, Regioni e ISTAT. Grazie a tale sistema non solo è stato possibile predisporre le relazioni annuali che i Ministri della sanità/salute hanno presentato al Parlamento, come prescritto dalla legge, ma sono state stimolate numerose indagini e ricerche dell'ISS, con le quali è stato possibile formulare e verificare ipotesi scientifiche sull'evoluzione del fenomeno.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza ha subito una importante riduzione dal 1982 al 2006 di oltre il 40%, del 60% tra le italiane, scorporando dai dati le IVG effettuate da cittadine straniere (fenomeno sempre più emergente a partire dal 1995, fino a rappresentare il 29.6% di tutte le IVG nel 2005). La riduzione osservata conferma che il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio. Dalla legalizzazione ad oggi, rispetto all'abortività stimata prima della legalizzazione sono stati evitati 3 milioni e 300 mila aborti, di cui 1 milione clandestini.

Le modalità della riduzione, più rapida per le donne più istruite, per le occupate e per le coniugate, sta a dimostrare la aumentata competenza e consapevolezza delle donne e delle coppie nell'adozione efficace dei metodi per la procreazione responsabile, grazie alla maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e la specifica attività svolta dai consultori familiari nei termini di counselling approfondito, svolto con le donne/coppie frequentanti il consultorio, o offerto attivamente nel contesto di altri programmi, come il percorso nascita e la prevenzione dei tumori femminili. Di particolare rilievo, infine, è stata l'attività svolta con i corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole e con l'organizzazione di spazi-adolescenti.

Le persone con maggiori competenze di partenza hanno maggiormente e più rapidamente beneficiato della maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

La più lenta riduzione del ricorso all'interruzione di gravidanza per le donne in condizioni di maggiore deprivazione sociale sta a rappresentare una non ottimale capacità di offerta attiva della promozione della salute, soprattutto a causa delle carenze di risorse (ridotto numero di consultori e carenze di organico necessari per l'offerta attiva).

Il problema costituito dal ricorso all'aborto ha sollecitato diversi approcci i cui esiti permettono di concludere con buona sicurezza che quello costituito dalla legalizzazione produce il risultato più auspicabile come male minore, in Italia come altrove. Alla legalizzazione segue una riduzione più o meno rapida e più o meno sostanziale del ricorso complessivo all'aborto, le differenze essendo associate alla qualità delle politiche di promozione della procreazione responsabile e consapevole; la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino ha tra l'altro comportato l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata.

Va rilevato che laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini eliminazione della legalizzazione dell'aborto, per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità; il ripristino della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente (nella letteratura scientifica si riporta l'esempio della Romania). In effetti natalità e abortività costituiscono fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto ed avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo se non è associata alla promozione della procreazione responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. In effetti si possono osservare Paesi in cui è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, quindi con maggior ricorso all'aborto, molto presumibilmente per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile: in tali Paesi si riconoscono modelli operativi basati sulla direttività, piuttosto che sullo sviluppo di competenze e consapevolezza, con un approccio settoriale e frammentato e con una indicazione verso alcuni metodi della procreazione responsabile piuttosto che altri, giudicati astrattamente a bassa efficacia da parte degli operatori, senza tener conto che è la donna e la coppia a dover fare la scelta, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche, essendo invece compito del professionista quello di illustrare tutte le possibilità e sostenere la donna e la coppia perché il metodo scelto sia applicato in modo da massimizzarne l'efficacia nella pratica. La peculiarità italiana dell'esistenza dei consultori familiari è la ragione della differenza, che potrebbe essere di gran lunga maggiore se i consultori familiari venissero potenziati e riqualificati secondo le indicazioni strategiche del Progetto Obiettivo Materno Infantile, peraltro norma attualmente vigente.

La prevenzione del ricorso all'aborto si può esplicare in tre diverse modalità, alla luce dell'assunzione dell'aborto come estrema ratio e non come scelta d'elezione: Il più importante contributo in assoluto è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e, con risultati a medio – lunga scadenza, con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti “spazi giovani” presso le sedi consultoriali; a fare il resto rimane l'attività di counselling a chi si rivolge spontaneamente al consultorio sia per una esplicita richiesta di sostegno per la procreazione responsabile, sia per altre motivazioni a partire dalle quali, con l'arte della maieutica, si può far emergere un bisogno ancora non espresso.

Un secondo contributo si ottiene attraverso l'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento di presa d'atto della volontà della donna (firmato dal medico di sua fiducia e dalla donna stessa) ed eventualmente della certificazione attestante le condizioni di urgenza che autorizza la donna stessa a richiedere l'IVG senza attendere i 7 giorni per l'eventuale ripensamento come previsto dalla legge. A tale proposito va detto che il modello D12 ISTAT scorrettamente chiama l'atto del documento certificazione, lasciando intendere, travisando la legge, che non è lasciata alla donna l'ultima parola; la certificazione, di esistenza di condizioni di urgenza, non autorizza il ricorso all'IVG ma solo a non attendere i 7 giorni per l'effettuazione dell'intervento. Per tale motivo la legge non prevede la possibilità di opporre obiezione di coscienza per la sottoscrizione del documento ed è illegittimo farlo.

In uno studio pilota condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in cui il consultorio era stabilito come sede per la prenotazione dell'intervento di interruzione e quindi passava per il servizio tutta la popolazione che intendeva interrompere la gravidanza (per inciso, in tale contesto l'85% delle donne chiedeva direttamente la certificazione in consultorio), si è potuto verificare che il 5% delle donne ritornava sulla sua decisione in seguito al colloquio e veniva sostenuta per il proseguimento della gravidanza.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio (la cui accettazione dipende dalla modalità con cui viene offerto) mediante il quale si analizza le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna ed eventualmente la coppia dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. La condizione ideale, peraltro ripetutamente raccomandata dall'Istituto Superiore di Sanità, dovrebbe prevedere una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per la certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Va sottolineato che i consultori familiari sono gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, possono svolgere attività di promozione della salute mediante lo schema concettuale dell'offerta attiva.

La mancanza di consultori familiari, l'assenza di personale deputato al rilascio della certificazione e, in generale, le carenze di organico hanno ridotto le potenzialità di questi originali servizi di primo livello nell'attività di promozione della salute, a partire dalla salute riproduttiva. Introdotti in Italia almeno venticinque anni prima della presa di coscienza, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'importanza di tali servizi, dovrebbero rappresentare un vanto della sanità pubblica italiana. La maggiore riduzione del ricorso all'aborto osservata in Italia, rispetto ad altri importanti paesi europei, è ragionevole associarla alla presenza dei consultori familiari.

Commissioni nazionali, istituite dalla fine degli anni ottanta presso il ministero della sanità, hanno costantemente concluso riconoscendo la importanza strategica dei consultori familiari e hanno raccomandato il loro potenziamento e riqualificazione, raccogliendo le proposte dell'Istituto superiore di Sanità. Con conseguenze normative di tutto rilievo: dopo la prima commissione (1987-89) Donat Cattin stanziò 25 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale al Sud; dopo la seconda commissione (1995-96) Guzzanti fece varare la legge 34/1996, che ha stanziato 200 miliardi per il potenziamento dei consultori familiari in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di un consultorio ogni 20000 abitanti; la terza commissione (1998-2000) ha elaborato il Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato a giugno 2000 (Bindi) e attualmente ripreso integralmente nei Livelli Essenziali di Assistenza, varati a gennaio 2002 (Sirchia).

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile assegna un ruolo centrale ai consultori familiari e delinea con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, i corrispondenti indicatori di esito, con il seguito degli indicatori di risultato e di processo e le azioni da svolgere mediante offerta attiva.

L'uniformità delle indicazioni rappresentate nei documenti elaborati dalle citate commissioni indica il livello di condivisione nel corso del tempo delle proposte formulate dall'Istituto Superiore di Sanità, proposte scaturite dalle analisi scientifiche dell'evoluzione dell'IVG, dagli studi e ricerche di approfondimento e dalla realizzazione di esperienze pilota. L'importanza strategica dei consultori familiari è stata sempre ribadita nel riconoscimento del loro importante ruolo nella prevenzione dell'aborto, sia in termini di promozione delle competenze sulla procreazione responsabile sia nella attività di aiuto alle donne che si rivolgono per la richiesta di IVG e che, in seguito ad approfonditi colloqui con professionisti competenti, rivedono la decisione iniziale e vengono sostenute, anche con l'ausilio delle organizzazioni di volontariato, nel proseguimento della gravidanza.

Indagini dell'Istituto Superiore di Sanità, condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori

familiari pubblici (in particolare i corsi di accompagnamento alla nascita) e migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali, a dimostrazione che questi servizi sono particolarmente indicati e competenti nell'attività di promozione della salute.

C'è da rilevare con preoccupazione un processo di svilimento e di impoverimento dei consultori familiari, particolarmente accentuato negli ultimi tempi, nonostante la vigenza delle normative nazionali e nonostante le ripetute dimostrazioni di maggiore qualità ottenute con le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità. Vengono ostacolati i processi di integrazione, si riducono gli organici e si rendono meno stabili, si riducono le risorse assegnate, peraltro sempre state scarse. Si tratta di una evoluzione che non trova giustificazione ed è particolarmente grave, anche considerando che sono un riferimento importante per la popolazione immigrata.

È ragionevole ritenere che l'applicazione integrale del Progetto Obiettivo Materno Infantile, nel quale il percorso nascita rappresenta una componente strategica centrale, può produrre come conseguenza diretta e indiretta una ulteriore importante riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

RIFERIMENTI:

- 1) Grandolfo ME, Spinelli A. Interruzione volontaria di gravidanza in Italia: epidemiologia. In : Ginecologia e Ostetricia. G C Di Renzo Ed. Verduci Editore, Roma. 2006.Vol11; 1011-1016.
- 2) Grandolfo ME, et al. Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione. Rapporti ISTISAN 91/25. Istituto Superiore di Sanità, Roma. 1991.
- 3) Grandolfo ME. Il consultorio familiare nel progetto obiettivo materno infantile
Convegno Nazionale: "IL PERCORSO NASCITA FRA TERRITORIO ED OSPEDALE"
ANDRIA Società Scientifica per la Promozione di un'Assistenza Appropriata in Ostetricia, Ginecologia e Medicina Perinatale. ATTI
Matera, 22,23 ottobre 2004