

Delib.G.R. 13 giugno 2008, n. 1016 ⁽¹⁾.

Miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della Legge 194/78 - Linee di indirizzo regionali.

(1) Pubblicata nel B.U. Campania 7 luglio 2008, n. 27.

VISTI

- La L. 405/75 Istituzione dei consultori Familiari;
- La L.R. n. 44/1977 Normativa per l'istituzione dei consultori familiari;
- La L. 194/78 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza;
- La Legge di riordino del S.S.N, le indicazioni dell'OMS, nonché la L.R. n. 32/1994, che sono, alla luce della L. 34/96, indicative per una progettualità complessa di potenziamento delle strutture consultoriali, con la costruzione di nuove sedi, riqualificazione delle risorse umane e tecniche e completamento della messa a punto di circuiti di assistenza, nell'ottica di garantire uniformità nei livelli di assistenza e pari opportunità di accesso ai servizi territoriali;
- L'art. 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, che riconosce obbligo di iscrizione al SSN, parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, agli stranieri regolarmente soggiornanti di cui ai commi 1 e 2;
- L'articolo 35 comma 3, lett. B) del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 che garantisce ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405 e 22 maggio 1978, n. 194, e del D.M. 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";
- La Delib.G.R. n. 460/1999 "Linee guida per la "promozione e tutela della Salute degli Adolescenti" per gli operatori dell'area psico-socio-sanitaria impegnati negli Spazi Adolescenti delle Unità Operative Materno Infantile";
- La Delib.G.R. n. 1555/2000 pubblicata sul BURC n. 19 del 17/4/2000 "Linee guida sulla diagnosi prenatale e sulla corretta applicazione dell' art. 6 della L. 194/78;
- Il D.M. 24 aprile 2000 di "Adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000"; I Consultori familiari "costituiscono importanti strumenti all'interno dei distretti per attuare interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età

evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari". Le attività consultoriali rivestono infatti un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro di equipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti;

- Il DPCM del 14 dicembre 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

- Il DPCM del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" allegato 1C e successive integrazioni;

- La Relazione del Ministro sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza, *legge 194/78*, presentata al Parlamento il 4 ottobre 2007;

- Lo Schema d'Intesa Stato Regioni 20 marzo 2008 recante: "Indicazioni al fine di una migliore applicazione della *L. 194/78*, di una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sull'appropriatezza-qualità del percorso della diagnosi prenatale";

- La Delib.G.R. 7 marzo 2007, n. 322 di costituzione del Servizio Ispettivo Centrale Sanitario e Socio Sanitario;

- La Delib.G.R. 11 maggio 2007, n. 780 recante le "modalità di funzionamento del Servizio Ispettivo Centrale Sanitario e Socio -Sanitario istituito con Delib.G.R. 7 marzo 2007, n. 322";

- La Delib.G.R. 15 giugno 2007, n. 1069 avente ad oggetto:"Servizio Ispettivo Centrale Sanitario - regolamentazione del periodo transitorio";

- La Delib.G.R. 11 aprile 2008, n. 602 contenente "modifiche ed integrazioni della Delib.G.R. 7 marzo 2007, n. 322e della Delib.G.R. 15 giugno 2007, n. 1069";

- La *Delib.G.R. 23 maggio 2008, n. 927* ad oggetto " Legge 194: potenziamento e miglioramento delle attività consultoriali":.

VISTI ALTRESÌ

- Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che individua tra gli obiettivi da raggiungere nel triennio "la riduzione del ricorso al taglio cesareo raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee Guida per una corretta indicazione al parto per taglio cesareo;

- la *legge regionale 2 marzo 2006, n. 2*: "Norme per la promozione del parto fisiologico" che ha definito delle macro-linee guida di intervento, coerentemente con l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tagli cesarei nettamente superiore, in Regione Campania, alla media nazionale;

- la *Delib.G.R. 14 luglio 2006, n. 966* "Atto di indirizzo della *legge regionale 2 marzo 2006, n. 2*. Norme per la promozione del parto fisiologico" che detta specifici e puntuali indirizzi per il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione dei tagli cesarei, anche individuando compiti ed impegni da svolgersi;

CONSIDERATA

La necessità di fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e alle Case di Cura Accreditate per la rivalorizzazione delle attività consultoriali al fine di una puntuale applicazione dei processi definiti dalla *L. 194/78*, ed anche al fine di garantire alle donne i livelli essenziali di assistenza riferiti alla riproduzione e alla maternità di cui allo schema d'Intesa Stato Regioni 20 marzo 2008, che reinterpreta e migliora i LEA sanitari e sociosanitari già approvati con DPCM 29 novembre 2001 assicurando alla donna il miglior percorso assistenziale durante la gravidanza anche al fine di una riduzione del ricorso al taglio cesareo promuovendo perciò le condizioni per un parto fisiologico,

ATTESO

Che il consultorio familiare è servizio idoneo per la tutela della salute della donna, del minore, dell'adolescente e della famiglia e che attraverso tale servizio possono attivarsi programmi di tutela della maternità, di informazione e formazione sulle scelte procreative coscienti e responsabili, per la prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza, particolarmente per l'area giovanile e delle donne immigrate e comunitarie

RILEVATO INOLTRE

- Che il Consultorio familiare costituisce un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari;

- Che la problematica dell'interruzione volontaria di gravidanza presenta certamente aspetti di grande delicatezza e complessità: da un lato implica infatti la necessità di cercare di rimuovere le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione (anche attraverso la stimolazione di interventi di natura sociale e socio-sanitaria integrata) e, ove ciò risultasse vano, seguire adeguatamente (da un punto di vista sanitario, ma anche psicologico), nell'intero percorso assistenziale, la donna che richieda un'IVG;

- Che nel caso in cui tale richiesta provenga da minorenni senza assenso dei genitori, o da donna in situazione di disagio sociale e/o socio-sanitario (con particolare riferimento a donne con problemi psichiatrici, tossicodipendenti, immigrate, ecc.) l'intervento consultoriale deve farsi più attento e deve garantire, per quanto possibile, il «tutoring» dell'utente che si traduce in un vero e proprio affiancamento nell'intero percorso assistenziale;

- Che è funzione del Consultorio Familiare offrire il colloquio e garantire il supporto psicologico e sociale e, qualora ne esistano le condizioni, deve essere previsto l'invio e/o la presa in carico della donna anche da parte del Servizio Sociale Comunale, al fine di attuare interventi di natura sociale tesi a rimuovere le eventuali cause che la inducono ad interrompere la gravidanza (anche avvalendosi, nel rispetto della sua volontà, delle associazioni di volontariato);

TENUTO CONTO

Che attraverso l'attività integrata dei servizi consultoriali con le unità operative ospedaliere dell'area materno infantile, si migliora anche l'appropriatezza e la qualità del percorso diagnostico pre-natale, si accudisce la donna per l'intera durata della gravidanza, si promuovono condizioni per un parto fisiologico, e, ove necessario, si curano le procedure per l'IVG nel 1° e nel 2° trimestre (*artt. 5 e 6 della L. 194/78*);

SOTTOLINEATO INFINE

Che, come dalla richiamata relazione del Ministro sulla attuazione della legge, si evince la necessità di consolidare gli interventi più appropriati di prevenzione e promozione della procreazione consapevole, correggendo le criticità che emergono nell'organizzazione dei servizi dell'area materno infantile e ostetrico-ginecologica;

RITENUTO

Necessario, in relazione alle premesse indicate, emanare linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e alle Case di Cura Accreditate, per il miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali finalizzate ad una idonea applicazione della *legge 194/78* su tutto il territorio regionale, al fine di promuovere una maternità cosciente e responsabile, ridurre il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza, prendere in carico le donne italiane ed immigrate che intendono effettuare l'IVG e che tali indirizzi sono contenuti nell'allegato tecnico al presente provvedimento, recante "Linee di indirizzo per il miglioramento ed i potenziamento delle attività consultoriali, finalizzate ad una idonea applicazione della *legge 194/78*";

VALUTATA

Altresì la necessità di richiamare, anche in ragione della più volte affermata esigenza di potenziamento delle attività consultoriali, le Aziende sanitarie ed ospedaliere nonché le Case di cura accreditate al puntuale rispetto dei precisi indirizzi organizzativi forniti dalla richiamata *Delib.G.R. 14 luglio 2006, n. 966* "Atto di indirizzo della *legge regionale 2 marzo 2006, n. 2. Norme per la promozione del parto fisiologico*" che detta specifici e puntuali indirizzi per il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione dei tagli cesarei, anche individuando compiti ed impegni da svolgersi;

Per quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato:

Delibera

1. di adottare gli indirizzi regionali per il miglioramento ed il potenziamento delle attività consultoriali, finalizzate ad una idonea applicazione della *legge 194/78*, di cui all'allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2. di richiedere alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e alle Case di Cura Accreditate l'applicazione degli indirizzi di cui all'allegato del presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, dando atto che gli stessi sono prevalentemente orientati ad azioni di promozione, organizzazione, riorganizzazione e coordinamento e che gli eventuali oneri derivanti saranno ricompresi parte all'interno della quota del Fondo Sanitario Regionale e parte all'interno di fondi vincolati alle progettazioni;

3. di richiamare le Aziende sanitarie locali, ospedaliere e le Case di Cura Accreditate al puntuale rispetto degli adempimenti previsti dalla *Delib.G.R. n. 966/2006* che, opportunamente osservati, sono sicuramente in grado di incidere considerevolmente sulla riduzione del ricorso al taglio cesareo in uno con una più efficace azione dei potenziati consultori,
4. di impegnare il Servizio Ispettivo Centrale Sanitario e Socio Sanitario ad un controllo puntuale dell'osservanza, da parte delle Aziende sanitarie, ospedaliere e Case di cura Accreditate, degli indirizzi organizzativi di cui alla richiamata *Delib.G.R. n. 966/2006*,
5. di stabilire che il Servizio Ispettivo Centrale Sanitario e Socio Sanitario potrà essere rafforzato dalla presenza di ulteriori componenti la cui nomina sarà formalizzata con successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità;
6. di riconoscere ai componenti del Servizio Ispettivo Centrale Sanitario e Socio Sanitario costituito con *Delib.G.R. 7 marzo 2007, n. 322* un gettone di presenza giornaliero per ogni attività ispettiva svolta - a far data dalla sua costituzione - oltre al rimborso per spese di vitto e viaggio secondo le disposizioni in vigore per il personale della Giunta Regionale, nella misura e nell'imputazione di bilancio determinata dal *D.P.G.R. 22 febbraio 2006, n. 183* salvo che gli stessi non risultino dipendenti regionali o del S.S.R. poiché in tal caso la partecipazione è a titolo gratuito;
7. di predisporre una conferenza regionale dei servizi consultoriali annuale;
8. di inviare per il seguito di competenza ai Settori Assistenza Sanitaria, Politiche Sociali e al Settore Stampa e Documentazione per la pubblicazione sul BURC.

Allegato

**Linee di indirizzo per il miglioramento ed i potenziamento delle attività consultoriali,
finalizzate ad una idonea applicazione della *legge 194/78***

Introduzione

L'andamento statistico nazionale dell'applicazione della *legge 194/78*, come si evince dai dati contenuti nella relazione del Ministro al Parlamento in data 4 ottobre 2007, mette in evidenza che la legalizzazione dell'aborto, ha favorito la sostanziale riduzione della richiesta di IVG, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevoli, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge stessa.

Sulla base dell'analisi contenuta nella relazione e delle specifiche raccomandazioni esplicitate negli atti successivi, le istituzioni centrali e regionali, che hanno il compito del governo del sistema, intendono rinnovare l'impegno programmatico di sanità pubblica ed indirizzare più coerentemente

le relative scelte operative, al fine di correggere e risolvere le criticità, pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione, indicare le procedure più appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e di maggiore efficienza, anche alla luce delle innovazioni tecnico-organizzative intervenute nel tempo.

Il fenomeno migratorio che ha avuto maggiore sviluppo nel corso degli ultimi anni, impone, inoltre, l'adozione di specifici interventi di informazione e prevenzione rivolti alla popolazione straniera presente sul territorio nazionale, soprattutto attraverso la formazione degli operatori finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva, al fine di favorire l'accesso equo ai servizi e il loro migliore utilizzo.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, dunque, ha subito dall'epoca dell'applicazione della legge ad oggi una sostanziale riduzione in Campania, così come nel resto d'Italia.

Dai dati messi a disposizione del Ministero della Salute riferiti all'anno 2006, risulta che il tasso di abortività (n. delle IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni) è stato dell'8.2 ‰ in Campania, dell'8.8 ‰ in Italia Meridionale e del 9.4 ‰ in tutta Italia.

Il tasso di abortività delle donne con età inferiore ai 20 anni è stato in Campania del 5.8 ‰, mentre in Italia Meridionale 6.4 ‰ e del 7.8 ‰ sull'intero territorio nazionale.

Il numero di IVG effettuato da donne straniere è in costante aumento rappresentando in Campania il 17.8% rispetto al totale di 9.462 interventi effettuati per donne di cittadinanza italiana e di cittadinanza straniera, valore che sale al 31.6% se riferito al livello nazionale. Per 2.587 IVG, pari al 21% del totale di interventi effettuati nel 2006 cioè 12.049, la cittadinanza non è rilevata.

Relativamente ai luoghi presso i quali viene rilasciata la certificazione per IVG, risulta che in Campania il 16.9% delle certificazioni è stato emesso dal consultorio, dato nazionale 36,9%, il 16.2% dal medico di fiducia, dato nazionale 28.1% ed infine il 66.7% dal servizio ostetrico-ginecologico, dato nazionale del 37.9%. Si sottolinea che nelle regioni dove è maggiormente sviluppata la rete consultoriale, la percentuale sale al 85%.

In Campania nel 95.3% dei casi rilevati, le IVG sono state effettuate nei primi 28 giorni dalla data del rilascio della certificazione; in Italia la percentuale è stata del 94.5%.

La percentuale di donne non coniugate che nel 2006 ha scelto di praticare l'IVG è del 39.2% in Campania, contro il 47.3% in tutta Italia, mentre 55.2% è stata la percentuale di donne coniugate che ha effettuato l'IVG, rispetto al 46.8% registrato sul territorio nazionale.

In Campania sono attivi n. 177 consultori, ossia 1.2 x 10.000 donne in età feconda tra i 15-49 anni, dato nazionale 1.6 x 10.000 e 0.6 x 20.000 abitanti, dato nazionale 0.7 x 20.000.

Gli obiettori di coscienza sono in costante aumento in regione Campania, ben oltre la percentuale nazionale. Infatti hanno rilasciato dichiarazione di obiezione l' 83% dei ginecologi, che in Italia sono il 69,2%, il 73.7% degli anestesisti, contro il 50.4% registrato in tutta Italia e il 74% del personale non medico, contro il valore nazionale di 42.6%.

Va segnalato, inoltre, che la percentuale di IVG ripetute in regione Campania rimane elevata, anche rispetto al valore nazionale, a testimonianza di una non ottimale incisività dell'azione di prevenzione del fenomeno, prevalentemente legato alla scarsa abitudine delle donne di fruire dei servizi consultoriali territoriali dopo l'intervento; non si consente in tal modo al Consultorio

familiare di svolgere una delle principali funzioni ad esso deputate, ossia l'auspicata presa in carico delle cittadine che si sono sottoposte ad aborto almeno una volta.

Obiettivo

Il miglioramento e potenziamento delle attività consultoriali in applicazione della *legge 194/78* su tutto il territorio regionale, al fine di promuovere una maternità cosciente e responsabile, ridurre il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza, prendere in carico le donne italiane ed immigrate che intendono effettuare l'IVG.

Obiettivi specifici

* potenziare l'azione di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza attraverso interventi educativi ed informativi al fine di favorire l'uso corretto e consapevole della contraccezione;

* ridurre il fenomeno abortivo, potenziando la capacità dei consultori familiari di raggiungere le donne a rischio: donne con disagio sociale, che hanno partorito di recente, adolescenti, che hanno già abortito, di diversa nazionalità e religione, donne con disagio psichico e dipendenze, ecc., fornendo loro sostegno psicologico e/o sociale finalizzato alla definizione di possibili alternative alla scelta di abortire;

* adottare specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi;

* assicurare l'assistenza sanitaria alle cittadine comunitarie, anche non iscritte al SSN, avendo queste diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti, tra cui sono incluse quelle relative alla tutela della maternità e all'IVG (nota illustrativa inviata alle Regioni in data 19 febbraio 2008);

* garantire la prescrizione della contraccezione di emergenza, oltre che nei servizi consultoriali, anche nei pronto soccorso e nei presidi di continuità assistenziale;

* assicurare la presenza di almeno un medico non obiettore in ogni Consultorio Familiare;

* promuovere l'informazione sul diritto a partorire in anonimato *DPR 396/2000* al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati;

* offrire un percorso unitario e programmato territorio-ospedale, riservato alle donne che richiedono l'IVG, che garantisca la presa in carico e:

- l'organizzazione dei tempi di attesa tenendo presente che gli stessi non dovrebbero superare i 7/10 giorni dalla data del certificato, al fine di diminuire l'età gestazionale alla data dell'interruzione, elemento che rappresenta il maggior fattore di rischio di complicanze post-IVG;

- l'articolazione degli interventi di IVG in regime di ricovero diurno assicurando il ricovero in caso di complicazioni;

- la programmazione degli interventi post-IVG, presso le sedi consultoriali, per offrire la più idonea consulenza contraccettiva, al fine di ridurre la ripetitività dell'aborto;

* agevolare la donna nella fase di prenotazione in base all'urgenza dell'intervento, cioè in base all'epoca di gravidanza, nel pieno rispetto della riservatezza e della libertà di scelta rispetto alle strutture presso le quali effettuare l'intervento;

* migliorare l'offerta di servizi deputati alla diagnosi pre-natale, garantendo l'utilizzo di tecniche aggiornate che consentano diagnosi quanto più precoci e che non ledano le capacità generandi della donna;

* offrire un percorso unitario e appropriato alle donne che devono effettuare l'IVG nel 2° trimestre;

* migliorare le competenze del personale afferente ai consultori familiari, in riferimento alle nuove disposizioni normative e promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata anche agli approcci interculturali.

Percorso operativo

1. ORIENTAMENTO, ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO
 2. COLLOQUIO E CERTIFICAZIONE
 3. PRENOTAZIONE
 4. PROCEDURA DI IVG
 5. CONTROLLO POST-IVG E CONSULENZA CONTRACCETTIVA
 6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI
 7. CENTRI PER LA IVG NEL 2° TRIMESTRE/ ABORTO TERAPEUTICO
 8. VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI
-
-

1. *Orientamento, accoglienza e presa in carico*

Il consultorio Familiare assume un ruolo primario nell'area della prevenzione e della corretta informazione ed educazione dei cittadini sulla procreazione consapevole, sui metodi contraccettivi e sui complessi problemi del nucleo familiare. Ciascun Consultorio familiare presente sul territorio deve potenziare le iniziative e gli interventi volti a garantire la prevenzione del fenomeno di gravidanza indesiderata sia in età adolescenziale, che in età adulta, che verso la popolazione

immigrata presente, anche valutando l'opportunità di inserire, tra gli operatori, un mediatore culturale.

Le Aziende Sanitarie Locali devono diffondere, in accordo con i centri presso i quali si pratica l'IVG (presso i quali si effettua IVG nel 1° trimestre e/o nel 2° trimestre), le modalità di accesso ai servizi utilizzando un'adeguata informazione anche alle donne immigrate (adeguata organizzazione ed utilizzo dell'URP, elaborazione e diffusione di opuscoli/ guida ai servizi consultoriali, ecc.) ed in particolare fornire le conoscenze sulla legislazione italiana e regionale di tutela della maternità e sulle attività di supporto socio-sanitario.

2. Colloquio e certificazione

In via prioritaria il primo colloquio della donna che esprime la volontà di effettuare IVG, avviene presso il Consultorio Familiare Distrettuale (UOMI), dove viene garantito anche il supporto psico-sociale. Tale struttura è deputata alla presa in carico delle minorenni che richiedono l'IVG, attivando, ove necessario (*art. 12 L. 194/78*), il percorso con il giudice Tutelare. Il colloquio ha una funzione di ascolto e rispetto della decisione presa dalla donna, di supporto e informazione quando vi siano incertezza o l'impressione che la scelta dipenda da contingenze che possono essere risolte.

Particolare attenzione va dedicata alle modalità di accoglienza e di sostegno alla donna nel percorso, anche in accordo con i servizi degli ambiti territoriali; infatti l'attenzione ed il supporto offerto alla donna, specie se minore o immigrata, sono aspetti che incidono fortemente sul vissuto emotivo e psicologico sia nel momento della decisione, sia nelle esperienze successive.

Il documento o certificazione può essere rilasciato/a dal medico del consultorio oppure, come previsto dall'art. 5 della stessa legge dal medico di fiducia (Medico di Medicina Generale e Medico dell'U.O. Ostetrico Ginecologica), laddove la donna scegliesse di rivolgersi, in alternativa al medico del consultorio familiare, ad altro professionista. In ogni caso risulta essenziale che sia assicurato il colloquio psico-sociale anche in ambito ospedaliero.

Si ribadisce che, così come previsto dal POMI, la presa in carico della donna che sceglie di praticare l'IVG, da parte del Consultorio Familiare, è essenziale sia per conoscere le motivazioni della richiesta e cercare di rimuovere le cause della decisione, quando possibile, sia per pianificare con la donna una strategia contraccettiva adeguata alle sue esigenze.

Presso il consultorio familiare deve essere garantita la presenza di personale (medici, infermieri, psicologi,) non obiettori di coscienza, in osservanza della *L. 405/75*, disponendo, laddove possibile, la mobilità del personale.

3. Prenotazione

È istituito il Servizio Unico Regionale Centralizzato di Prenotazione all'IVG, attraverso sistema telematico, cui i soggetti abilitati alla prenotazione accedono tramite codice identificativo e nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy.

La prenotazione può essere effettuata presso il consultorio familiare, una volta rilasciato il documento o certificazione, e riguarda sia gli accertamenti necessari all'intervento che l'intervento stesso. L'anonimato della donna viene garantito attraverso codice identificativo; anche il consultorio presso il quale è stata effettuata la certificazione è individuato tramite codice identificativo. E' possibile prenotare l'intervento di IVG nel 1° trimestre presso uno dei centri presenti sul territorio regionale, a scelta della donna, fatte salve le condizioni di urgenza dettate dall'epoca gestazionale e dalla disponibilità dei centri stessi.

Contemporaneamente viene effettuata anche la prenotazione della visita post-IVG presso lo stesso consultorio familiare, al fine di assicurare la continuità di rapporto con la struttura e la pianificazione di una adeguata contraccezione. Tale visita sarà successiva al controllo clinico e post - chirurgico effettuato, secondo protocollo, presso il centro dove è stata eseguita l'IVG.

Nelle more della predisposizione dei supporti informatici necessari alla costruzione del Servizio Unico Regionale Centralizzato, le modalità di accesso alla prenotazione sono garantite mediante procedura manuale presso il Consultorio Familiare in contatto con i centri disponibili sul territorio regionale e rispettando la libera scelta delle cittadine.

I tempi medi di attesa tra la data di certificazione e la data dell'intervento di IVG nel 1° trimestre dovrebbero essere tra i 7/ 10 giorni.

4. Procedura di IVG ⁽²⁾

È necessario che:

- il percorso per le donne che scelgono di effettuare l'IVG (nel 1° trimestre) sia dedicato (accesso, luoghi, attesa, ecc.) e rispettoso della privacy;

- sia garantita la funzionalità del reparto con un adeguato numero di medici e altro personale non obiettore ed un numero sufficiente di sedute settimanali, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'unità operativa;

- che i direttori responsabili dei centri IVG assicurino la continuità delle attività nell'intero arco dell'anno e che, in caso di sospensione momentanea, comunichino per tempo la impossibilità a garantire il servizio sia alle direzioni generali aziendali sia all'assessorato alla sanità;

- che sia prevista la possibilità di aggiornare le tecniche di intervento che consentano diagnosi quanto più precoci e che non ledano le capacità generandi della donna, così come previsto dall'art. 15 della stessa legge;

- che sia curata la fase di accoglienza presso il centro, accompagnamento durante e dopo la procedura fino al momento della dimissione;

- che sia garantita la presenza di un mediatore culturale per l'accoglienza e l'informazione delle donne immigrate, cioè in integrazione operativa con i servizi per gli immigrati degli ambiti sociali di riferimento.

(2) Il presente punto è indicato erroneamente, nel Bollettino Ufficiale, come punto 1.

5. *Controllo post-ivg e consulenza contraccettiva* ⁽³⁾

Dopo essersi sottoposte all'intervento, le cittadine italiane o straniere che hanno scelto di effettuare l'IVG, eseguono i regolari controlli clinici e post-chirurgici, previsti dal protocollo dei singoli centri IVG.

Successivamente, nella data fissata all'atto della prenotazione tramite il Servizio Unico Regionale Centralizzato, si reca presso il consultorio familiare per fruire dell'offerta di counselling per la procreazione responsabile e per pianificare la modalità di attuazione di eventuali successivi interventi.

Il personale del Consultorio che opera secondo il metodo del lavoro di gruppo e della interdisciplinarietà, qualora ne esistano le condizioni, nel post-IVG, deve prevedere l'invio e/o la presa in carico anche da parte del Servizio Sociale Comunale e /o di Ambito della donna a rischio e/o in situazione di grave disagio sociale e socio-sanitario per la parte di competenza sociale.

(3) Il presente punto è indicato erroneamente, nel Bollettino Ufficiale, come punto 2.

6. *Formazione degli operatori* ⁽⁴⁾

Promuovere la formazione permanente degli operatori finalizzata a migliorare competenze per:

- fornire una corretta conoscenza sui diritti alla salute;
- stabilire idonea comunicazione con le donne che si sono rivolte al servizio;

- individuare i loro bisogni di salute, sia sanitari che sociali;
 - identificare e gestire correttamente le necessarie procedure amministrative;
 - comunicare e collaborare efficacemente con gli altri servizi che erogano prestazioni di interesse;
 - informare sui temi specifici della salute e procreazione;
 - educare alla relazione transculturale;
 - migliorare la conoscenza tra gli operatori sanitari del tipo ed entità di aiuti e sostegno che i servizi sociali, enti, associazioni, possono attivare.
-

(4) Il presente punto è indicato erroneamente, nel Bollettino Ufficiale, come punto 3.

7. Centri per la ivg nel 2° trimestre/ aborto terapeutico ⁽⁵⁾

Rimandando a successivo specifico atto di indirizzo e regolamentazione e sulla base di quanto definito dalla *Delib.G.R. n. 1555/2000* pubblicata sul BURC n. 19 del 17/4/2000, si individuano quali Centri Regionali per l'IVG nel 2° trimestre i seguenti:

- Azienda Universitaria Policlinico "Federico II" di Napoli
- Azienda Ospedaliera "A.Cardarelli" di Napoli
- Presidio Ospedaliero "S. Paolo" della ASL NA1 di Napoli
- Azienda Ospedaliera "S.G. Moscati" di Avellino
- Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento
- Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile" di Caserta
- Azienda Ospedaliera "S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona" di Salerno.

Tali Centri devono predisporre quanto necessario per assicurare idonea accoglienza, anche logistica, dignità e privacy alla cittadina italiana o straniera che deve sottoporsi ad aborto terapeutico e la presenza di spazi e personale dedicato. Inoltre si sottolinea la necessità di garantire pari opportunità di accesso ed uniformità di offerta su tutto il territorio regionale.

(5) Il presente punto è indicato erroneamente, nel Bollettino Ufficiale, come punto 4.

8. Valutazione degli indicatori

Il D.M. 24 aprile 2000 di "Adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000" indica strumenti di monitoraggio per la prevenzione del ricorso all'IVG.

I Consulteri Familiari procedono alla rilevazione periodica (semestrale) degli indicatori di seguito riportati, trasmettendoli all'Assessorato alla Sanità e all'Assessorato alle Politiche Sociali, secondo le modalità che saranno successivamente comunicate.

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Prevenire il ricorso all'IVG	- offrire il colloquio; - garantire il supporto psicologico e sociale - assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG - offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG	- percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori; - tempo di attesa tra certificazione e intervento - riduzione delle percentuali di ripetuto ricorso all'IVG. - Percentuale di donne che tornano al Consultorio Familiare dopo l'IVG
