

DI QUALE RIPRESA E RESILIENZA PARLIAMO SE NON RISPETTIAMO I DIRITTI DELLE DONNE?

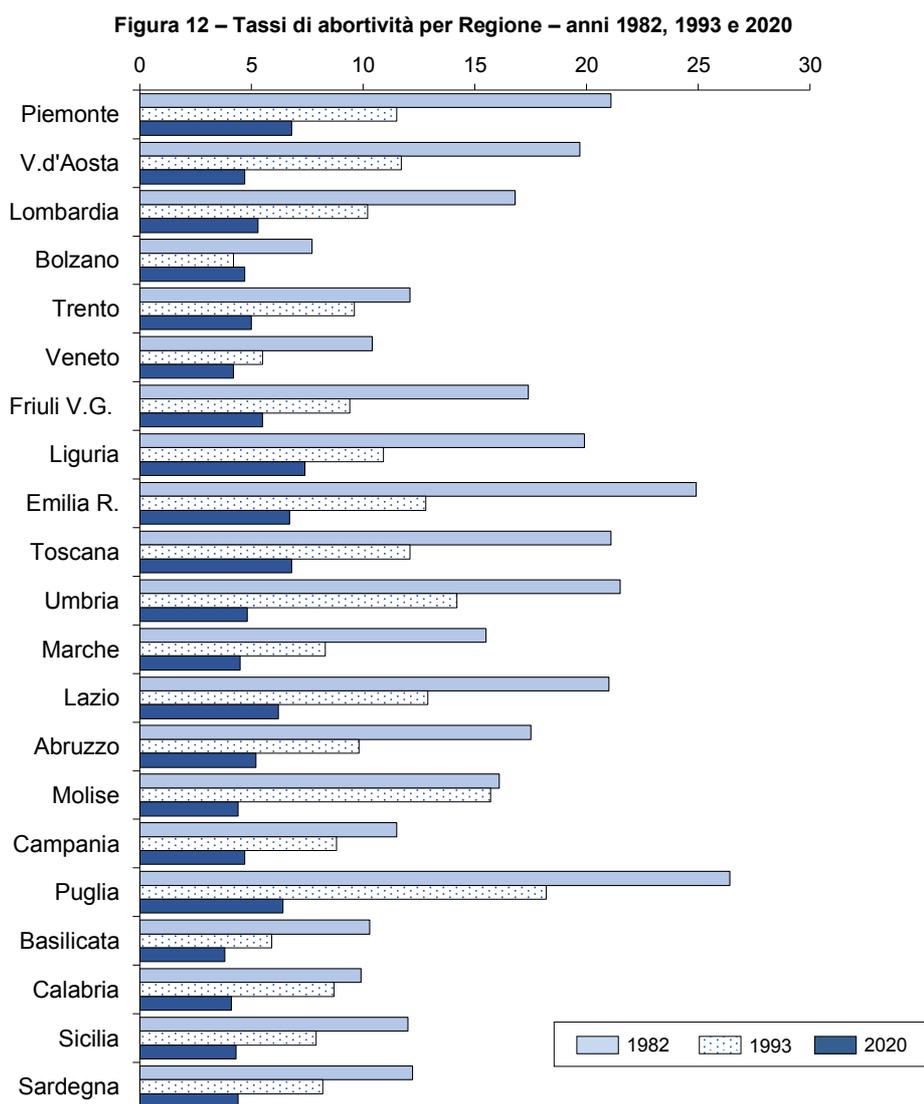


E' stato definito un rapporto imbarazzante e non a torto.

Si tratta della Relazione che, l'8 giugno scorso, è stata trasmessa dal ministro della Sanità al Parlamento, contenente i dati definitivi 2020 sull'attuazione della L.194/78, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG).

Alcuni dati positivi che riguardano l'IVG fanno sperare sul graduale avvicinamento alle finalità della legge che, lo ricordiamo, ha voluto tutelare non solo il diritto ad una procreazione cosciente e responsabile ma anche la salute delle donne, disciplinando le modalità di accesso all'aborto:

- **un numero in costante diminuzione in tutte le regioni** (in modo particolare in Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Puglia, Lombardia e Sardegna): per un totale di **66.413** IVG contro le 73mila del 2019, dato che posiziona l'Italia con un tasso di abortività tra i valori più bassi a livello internazionale;



- **la loro diminuzione soprattutto tra le ragazze più giovani** la qual cosa, secondo la Relazione, sembra in linea con la loro “*moderata attività sessuale*” e con “*l’uso del profilattico*” riscontrati in alcuni studi italiani (non proprio recentissimi, De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). *Rapporto sulla popolazione* –

Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013; Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S. (ed). *Studio Nazionale Fertilità: i risultati delle cinque indagini. Rapporto Istisan 20/35*) e altri.

Anche in questo caso, quindi, l'Italia si posiziona con un tasso di abortività (3.0) tra i valori più bassi a livello europeo. In questi ultimi, infatti, si osservano valori più elevati nelle classi delle donne più giovani (<25 anni) come, ad esempio, Francia (20.5), Inghilterra (12.9), Spagna (7.4), Germania (4.0);

- Sul totale complessivo di IVG (66.413), **il 46,5% delle donne che ne hanno fatto ricorso aveva un'occupazione (prevale il Nord Italia con il 54%)**; il 22,3% disoccupate; l'1,2% in cerca di prima occupazione; **il 20,1% casalinghe (prevalgono Sud e Isole con, rispettivamente, il 32,4% e il 33,9%)**; il 9,3% studentesse. Al di là di possibili variazioni dell'occupazione nella popolazione femminile generale che, nel 2020, ha risentito del calo dell'occupazione femminile legato alla pandemia da COVID-19, la Relazione non offre alcuna valutazione in merito alla tipologia del rapporto di lavoro e il settore di attività che, come sappiamo, hanno un peso rilevante nelle scelte delle donne. Molte indagini sull'argomento hanno dimostrato, infatti, che l'utilizzo dell'aborto semplicemente come metodo di controllo delle nascite è un fatto che, nella stragrande maggioranza dei casi, non appartiene alle donne. L'aborto è una questione complicata e complessa. La maggior parte delle donne di ogni età, provenienza, livello di reddito, parità e istruzione che ha scelto l'aborto cita ragioni che hanno a che fare con le preoccupazioni sulla responsabilità verso i bambini e altre persone a carico, nonché la preoccupazione per il futuro. Le donne affermano di basare la loro decisione principalmente sulla loro capacità di rimanere finanziariamente stabili e autonome oltre che, ad esempio, di prendersi cura dei bambini che già hanno, senza particolare aiuto da parte di altri familiari o supporto da parte dei servizi pubblici;
- **la percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza di aborto continua a diminuire** e, nel 2020, è risultata pari al 24,5% (25,2% nel 2019), la qual cosa depone a favore di una diminuzione nel tempo di gravidanze indesiderate, plausibilmente grazie al maggiore e più efficace impiego di metodi contraccettivi;
- **nonostante la diminuzione delle IVG, le cittadine straniere presentano una tendenza al ricorso all'aborto volontario tre volte maggiore delle italiane** e sono loro a fare un maggior ricorso al Consultorio rispetto alle italiane in tutte le aree geografiche del Paese, in quanto a più bassa soglia di accesso e spesso dotato della figura del mediatore culturale;

- **il ricorso al consultorio familiare per il rilascio della certificazione necessaria alla richiesta di IVG è del 43,1%**, superiore rispetto agli altri servizi (Medico di fiducia: 19,9%; Servizio ostetrico-ginecologico: 33,4%);
- **l'aumento della percentuale di interventi effettuati precocemente**, quindi meno esposti a complicanze e in diminuzione in tempi di attesa;
- **un aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza** a seguito dell'eliminazione dell'obbligo di prescrizione medica anche per le minorenni sia per l'utilizzo della "pillola dei 5 giorni dopo" che per la "pillola del giorno dopo".

Ciò premesso, a distanza di 44 anni, **le difficoltà e gli ostacoli** per garantire il diritto all'autodeterminazione delle donne e l'interruzione volontaria di gravidanza svolta in sicurezza, **sono ancora troppi e la volontà, da parte delle Istituzioni, di affrontarli e superarli del tutto apparente.**

La Relazione vuol essere rassicurante ma i dati non lo sono.

CRITICITA'

Abbiamo di fronte un quadro complessivamente molto critico, innanzitutto, **in termini di opportunità.** Persistono infatti - a detta dello stesso ministero - una non trascurabile **variabilità di offerta e comportamenti tra le Regioni tanto che i modelli organizzativi adottati sono disomogenei anche all'interno delle stesse regioni.**

Quelle stesse Istituzioni che, in larga parte, continuano a voler completare il percorso del regionalismo differenziato il cui risultato, se il disegno di legge di attuazione dell'articolo 116 della Costituzione della ministra Gelmini andrà in porto, non potrà che aggravare le distanze da un unico modello sociale di salute e condizionare pesantemente le opportunità di scelta anche per le donne. Questa criticità riguarda, infatti, molti altri settori.

► Sia **i tempi di attesa**, sia **le tipologie di intervento** sia **la durata della degenza** evidenziano una variabilità regionale che **richiede un approfondimento urgente** da parte non solo degli organi regionali o a livello interregionale - come si limita ad auspicare il ministro Speranza - ma anche attraverso la supervisione del ministero della Salute attraverso Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità, **per rimuovere gli ostacoli e uniformare i protocolli terapeutici** alla luce delle

disposizioni inerenti i LEA, con l'obiettivo di assicurare un'offerta assistenziale e organizzativa di qualità in tutto il Paese. Nel dettaglio:

Tempi di attesa = negli ultimi anni è costantemente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: da 59,6% nel 2011 a 74,3% nel 2020. Al di là del fatto che i tempi di attesa possono risultare brevi nel caso in cui la donna si rivolge ai servizi in gravidanza avanzata e risulta quindi urgente ridurre l'attesa per effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge, nel 2020 si sono riscontrate percentuali elevate di tempi di attesa superiori a 3 settimane in Valle D'Aosta (19,3%), Lombardia (17,6%) Veneto (20,3%). In Calabria il 13,8% delle IVG si è verificato dopo un tempo di attesa superiore ai 28 giorni.

Tipologie di intervento = l'isterosuzione, ed in particolare quella che utilizza le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2020, sebbene permanga un 8,6% di interventi effettuati con raschiamento (tecnica associata a un maggior rischio di complicanze), in diminuzione rispetto al periodo 2016-2019 ma in aumento rispetto agli anni 2013-2015. Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in alcune Regioni meridionali e insulari, soprattutto in Sardegna e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata nel 30,3% e 21,1% dei casi, in Lombardia (15,7%), in Calabria (12,8%), in Veneto e Toscana (12,6% e 12,7%) e in Friuli- Venezia Giulia (11,5%). In Italia alcuni istituti, con forti differenze tra ospedali all'interno di ogni regione, hanno iniziato a utilizzare la pillola RU486 (Mifepristone) e prostaglandine (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico) solo dal 2005, a differenza di quanto è avvenuto in altri Paesi o come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012*) e da altre Agenzie internazionali. Fino al 2009 questi farmaci non erano in commercio in Italia ed era necessario acquistarli all'estero e il loro utilizzo è stato esteso a tutte le 21 Regioni solo dal 2014. Il ricorso all'aborto medico varia molto per Regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture che lo offrono (Basilicata 52,5%, Liguria 54,8%, Piemonte 51,6%, Emilia-Romagna 50,8%). In generale le donne che hanno fatto ricorso a questo metodo sono: meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili.

Durata delle degenza = nell' 88,1% delle IVG del 2020 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4,3% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Ciò detto, confrontando i dati delle varie Regioni, vengono confermate nette differenze, con percentuali maggiori di degenze di 2

o più giorni in Piemonte, Abruzzo, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia e Sardegna senza che ve ne siano illustrate le motivazioni.

► I dati più negativi riguardano l'**offerta del servizio IVG** e l'**obiezione di coscienza**. Il Sistema di Sorveglianza ISS raccoglie annualmente i dati regionali aggregati relativi all'obiezione di coscienza, chiedendo a ciascuna Regione di indicare il numero complessivo del personale obiettore (medici, anestesisti, professioni sanitarie non mediche) e non obiettore.

Al fine di approfondire quale sia l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla disponibilità di accesso al servizio IVG da parte delle donne e rispetto al carico di lavoro degli operatori sanitari non obiettori, viene effettuato un monitoraggio sui dati di dettaglio a livello di singola struttura ospedaliera, per valutare il carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore che effettua l'IVG.

Nonostante, inoltre, l'articolo 9 della legge n. 194/78, preveda che gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate siano tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure e l'effettuazione degli interventi richiesti e che *"L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento"* i risultati sono estremamente critici.

Anche nel 2020, la quota di obiettori di coscienza risulta elevata:

GINECOLOGI = 64,6% (67,0% nel 2019)

ANESTESISTI = 44,6% (43,5% nel 2019)

PERSONALE NON MEDICO = 36,2% (37,6% nel 2019)

Per tutte e tre le categorie professionali i dati rilevati dal Sistema di Sorveglianza evidenziano **una significativa variabilità per area geografica e per Regione**.

Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2020

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1292	58,2	1319	36,0	3318	30,5
Piemonte	214	61,3	169	29,4	297	18,4
Valle d'Aosta	3	25,0	2	20,0	4	13,3
Lombardia	451	60,7	546	44,5	1406	43,2
Bolzano	60	84,5	63	62,4	389	73,5
Trento	14	35,9	26	27,1	290	14,7
Veneto	241	66,6	240	37,3	474	38,6
Friuli Venezia Giulia	59	50,9	33	21,4	127	24,4
Liguria	63	56,8	60	28,2	88	19,8
Emilia Romagna	187	45,0	180	28,1	243	18,8
ITALIA CENTRALE	584	63,3	661	44,3	1571	24,5
Toscana	189	54,5	151	29,2	305	18,8
Umbria	57	70,4	111	55,2	146	54,5
Marche	91	70,0	89	42,6	689	22,5
Lazio	247	67,7	310	54,8	431	29,2
ITALIA MERIDIONALE	675	76,9	648	61,4	1946	70,6
Abruzzo	109	83,8	164	71,3	377	69,3
Molise	24	82,8	17	60,7	99	90,0
Campania	202	73,5	91	50,6	320	73,4
Puglia	234	79,1	265	56,6	909	71,6
Basilicata	35	81,4	48	71,6	72	56,7
Calabria	71	67,6	63	75,9	169	63,1
ITALIA INSULARE	407	73,2	421	66,4	897	67,9
Sicilia	307	81,6	331	73,1	726	86,1
Sardegna	100	55,6	90	49,7	171	35,7
ITALIA	2958	64,6	3049	44,6	7732	36,2

I tre parametri che sono stati utilizzati a verificare un'adeguata applicazione della legge e individuare eventuali criticità e i relativi risultati sono i seguenti :

Parametro 1 - Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili:

dall'analisi dei dati pervenuti emerge che a livello nazionale, nel 2020, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica) risulta pari a 560 (erano 564 nel 2019), mentre **il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2020 risulta pari a 357, cioè il 63,8% del totale** (erano 356 nel 2019). I dati confermano che non vi sono stati miglioramenti nel numero di strutture pubbliche che permettano alle donne di esercitare la libera scelta di Interruzione della gravidanza. Addirittura in due casi, Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Campania si rileva un numero di punti IVG inferiore al 30%.

Parametro 2 - Offerta del servizio IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile:

a livello nazionale, **ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 2,9 punti IVG, con variazioni notevoli a livello regionale:** i valori più bassi si registrano in Campania (1,5 punti IVG per 100.000 donne in età fertile),

Molise (1,7) e P.A. di Bolzano (1,8), mentre il valore più alto, pari a 5,8 punti IVG si registra in Umbria.

Considerando, quindi, sia il numero assoluto dei punti IVG sia quello rapportato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG - secondo il ministero - appare adeguata rispetto al numero delle IVG effettuate. E' evidente che, con tale affermazione, il ministero non tenga in alcun conto, ad esempio, i casi di donne che non sono riuscite a trovare accoglienza all'interno della propria provincia/regione per mancanza di strutture adeguate.

Parametro 3 - Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: si osserva che, tra le Regioni con un tasso di abortività più alto della media nazionale, in alcune il carico di lavoro dei ginecologi non obiettori è inferiore o in linea con il valore medio nazionale (Piemonte, Liguria, Friuli-Venezia Giulia,

Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili – anno 2020

Regione	Stabilimenti* con reparto di ostetricia e/o ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Percentuale di stabilimenti in cui si pratica IVG (Par.1)
Piemonte	34	27	79,4%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%
Lombardia	75	54	72,0%
P.A. Bolzano	7	2	28,6%
P.A. Trento	6	3	50,0%
Veneto	37	32	86,5%
Friuli-Venezia Giulia	14	9	64,3%
Liguria	16	14	87,5%
Emilia-Romagna	50	34	68,0%
Toscana	36	27	75,0%
Umbria	12	10	83,3%
Marche	14	13	92,9%
Lazio	40	23	57,5%
Abruzzo	15	9	60,0%
Molise	3	1	33,3%
Campania	68	19	27,9%
Puglia	31	22	71,0%
Basilicata	7	4	57,1%
Calabria	15	8	53,3%
Sicilia	57	31	54,4%
Sardegna	22	14	63,6%
ITALIA	560	357	63,8%

Toscana, Emilia-Romagna), mentre in Puglia e nel Lazio il numero medio di IVG per ginecologo non obiettore è maggiore.

Per quanto riguarda le Regioni con un tasso di abortività inferiore alla media nazionale, in alcune di queste si riscontra comunque un carico di lavoro medio settimanale per i ginecologi non obiettori superiore alla media (Molise, Campania, Sicilia, Abruzzo, Basilicata, Calabria, P.A. Bolzano).

Il dato è di difficile lettura dato che, la concentrazione per determinate prestazioni sanitarie, tra cui l'IVG, in alcune strutture può essere il risultato di una programmazione delle amministrazioni nell'ambito della riorganizzazione delle reti dei servizi sanitari, delle effettive dotazioni organiche, degli affidamenti in convenzione, aspetti che non vengono presi nella dovuta considerazione dalla Relazione ministeriale.

► Le Regioni che nel 2020 riportano valori che dimostrano un **ruolo più attivo dei Consulteri** (in relazione alle certificazioni per IVG) sono le stesse degli anni precedenti: P.A. di Trento (74,6%), Emilia-Romagna (72,9%), Piemonte (64,4%), Umbria (65,5%) e Marche (64,3%). In generale **si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale (27,6%) ed insulare (21,3%)**. Il ministero riconosce che *“questa attività rappresenta una ulteriore ragione a sostegno del potenziamento e riqualificazione dei Consulteri familiari secondo le indicazioni del POMI, dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e dei LEA, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.”* ma, finora, non ha fatto abbastanza per potenziarne il presidio sul territorio nazionale.

Tabella 17 - N. Consulteri Familiari funzionanti, 2020

REGIONE	CONSULTORI PUBBLICI	N. CONSULTORI PUBBLICI		CONSULTORI PRIVATI
		x 10000 DONNE IN ETÀ 15-49 ANNI	x 20000 ABITANTI	
ITALIA SETTENTRIONALE	797	1,4	0,6	119
Piemonte	212	2,5	1,0	0
Valle d'Aosta	11	4,5	1,8	0
Lombardia	131	0,6	0,3	90
Bolzano	0	0,0	0,0	14
Trento	11	1,0	0,4	1
Veneto	105	1,1	0,4	14
Friuli Venezia Giulia	3	0,1	0,0	0
Liguria	57	2,1	0,7	0
Emilia Romagna	267	3,0	1,2	0
ITALIA CENTRALE	437	1,8	0,7	15
Toscana	183	2,5	1,0	15
Umbria	49	2,9	1,1	0
Marche	69	2,3	0,9	0
Lazio	136	1,1	0,5	0
ITALIA MERIDIONALE	439	1,5	0,6	4
Abruzzo	54	2,1	0,8	0
Molise	6	1,0	0,4	0
Campania	150	1,2	0,5	0
Puglia	136	1,6	0,7	4
Basilicata	29	2,6	1,0	0
Calabria	64	1,6	0,7	0
ITALIA INSULARE	252	1,8	0,8	9
Sicilia	181	1,7	0,7	9
Sardegna	71	2,2	0,9	0
ITALIA	1925	1,6	0,6	147

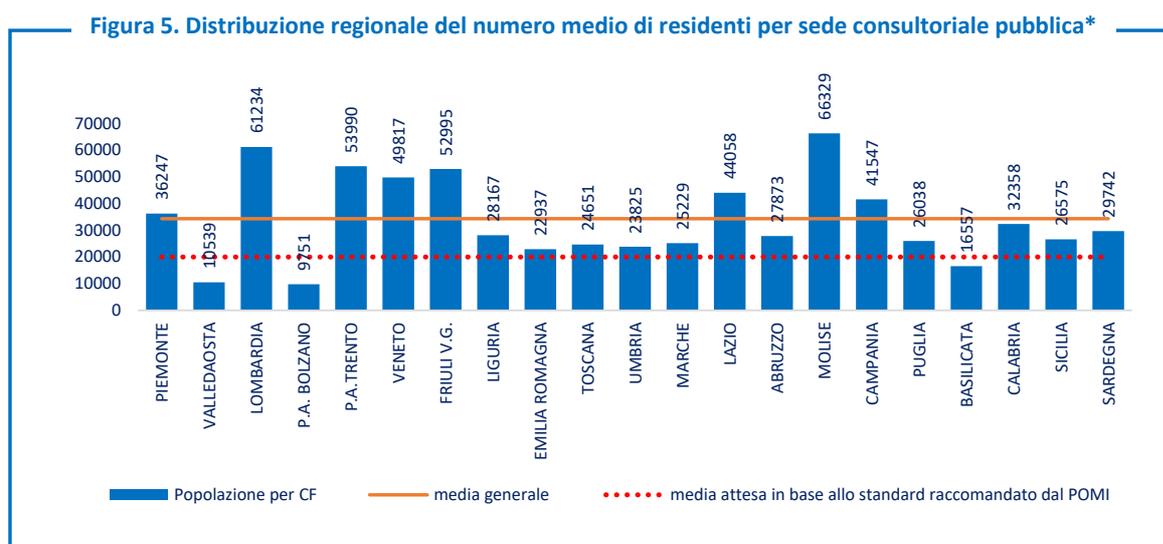
n.r. = non riferiti

Ne sono una dimostrazione i **dati provenienti da altre indagini, in particolare dagli esiti del progetto CCM “Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all’endometriosi”** finanziato e promosso dallo stesso ministero della Salute e **coordinato dal Reparto Salute della Donna e dell’Età Evolutiva dell’ISS**, dati che illustrano la diffusione dei CF, l’offerta del servizio, la presenza dei professionisti.

Il progetto evidenzia come l’organizzazione dei servizi consultoriali sia eterogenea. In 5 Regioni i consultori familiari sono incardinati nel Dipartimento materno infantile, in 2 Regioni nel Dipartimento delle cure primarie, in 7 Regioni fanno capo a Dipartimenti diversi nelle diverse ASL. In 5 Regioni non è stato riportato un livello organizzativo a livello di Dipartimento ma a livello di Distretto.

Anche il coordinamento è articolato in modo diversificato: in 8 Regioni sono presenti servizi consultoriali organizzati in Unità Operative Complesse (UOC), dotate di autonome risorse umane, tecniche e finanziarie gestite da un direttore, mentre altrove il modello organizzativo è quello dell’Unità Operativa Semplice (UOS).

Consultori familiari funzionanti = nel nostro Paese ci sono **troppo pochi consultori familiari rispetto ai bisogni della popolazione (1 consultorio ogni 35.000 abitanti sebbene siano previsti per legge nel numero di 1 ogni 20.000).** È questo uno dei dati emersi dall’indagine su 1800 consultori italiani condotta tra novembre 2018 e luglio 2019 nell’ambito del progetto CCM, conclusosi a gennaio 2020.



* Calcolato per 175 ALS/Distretti: 8 ASL/Distretti che non hanno fornito la numerosità della popolazione residente sono stati esclusi; per la P.A. di Bolzano è incluso anche il privato accreditato; in Lombardia, se si tiene conto anche dei CF privati accreditati, il numero medio di residenti per sede consultoriale scende a 39.965. Nelle altre regioni con CF privati accreditati non è stato possibile ricostruire i bacini di utenza corrispondenti a questi servizi.

Strumenti di programmazione = in merito alla percentuale di **regioni che si sono dotate di documenti e strumenti per effettuare programmazione e valutazione sono solo 12 le regioni che hanno adottato delle linee guida** e 15 quelle che hanno adottato un documento scritto su obiettivi e funzioni dei CF, **solo 5 quelle che presentano una Relazione consuntiva annuale ma solo 4 quelle che si sono anche dotate di un flusso informativo strutturato** (Emilia Romagna, Toscana, Sicilia e Veneto).

Tra le regioni che hanno dichiarato di effettuare programmazione periodica di attività solo 8 regioni riportano di averla effettuata negli ultimi tre anni. Solo 5 regioni riferiscono di disporre di fondi dedicati ad attività consultoria (Abruzzo, Campania, Lombardia, Piemonte, Veneto), 3 regioni di disporre di un budget vincolato in un capitolo di bilancio specifico (Abruzzo, Campania e Veneto).



Gratuità delle prestazioni

In 14 regioni tutte le prestazioni erogate dai CF sono gratuite

In 5 regioni, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Valle d'Aosta e Veneto, è previsto il pagamento di un ticket per almeno una delle prestazioni elencate

	Emilia Romagna*	Liguria	Lombardia	Valle d'Aosta	Veneto
Counseling preconcezionale	G	G	G	T	G
Contracezione short acting (pillola, anello vaginale, cerotto)	G (14-25)	G	T	T	P
Contracezione long acting (IUD, IUB, IUS, impianti sottocutanei)	G (14-25)	T	T	T	P
Visite/esami per malattie sessualmente trasmesse	T	G	G	T	G
Consulenza psicologica	T	G	G	T	G
Consulenza sessuologica	T	G	G	T	G
Psicoterapia	T	G	G	T	G
Visite per menopausa	T	G	T	T	G

Visite in gravidanza, partecipazione ai CAN, assistenza in puerperio, percorso IVG e spazio giovani, sono prestazioni gratuite in tutte le regioni

*In Emilia Romagna consulenza psicologica, sessuologica e psicoterapie sono gratuite nell'ambito del percorso nascita

I servizi offerti = oltre il **98% dei consultori partecipanti all'indagine** (1535 su 1800, di cui 622 al Nord, 382 al Centro e 531 al Sud) **lavorano nell'ambito della salute della donna**. Più del 75% si occupano di sessualità, contraccezione, percorso IVG, salute pre-concezionale, percorso nascita, malattie sessualmente trasmissibili, *screening* oncologici e menopausa e post-menopausa. L'81% dei

consultori (1226, di cui 504 al Nord, 224 al Centro e 498 al Sud) offrono servizi nell'area coppia, famiglia e giovani e gli argomenti più trattati sono la contraccezione, la sessualità e la salute riproduttiva, le infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e il disagio relazionale. Tra i consultori che hanno svolto attività nelle scuole il tema più frequentemente trattato è l'educazione affettiva e sessuale (il 94%), seguito dagli stili di vita, dal bullismo e dal cyberbullismo.

Presenza del privato accreditato = Solo per la presenza del privato accreditato sono state prese in considerazione anche le due Province Autonome. **Servizi consultoriali privati accreditati sono presenti - con ruolo e peso molto diversi - in 6 Regioni e una P.A.** I CF accreditati sono 91 in **Lombardia (35%** del numero complessivo dei CF riportato dai referenti), 3 in Friuli Venezia Giulia (11%), 17 in Toscana (10%), 8 in **Abruzzo (22%)**, 2 in **Molise (40%)**, 9 in Sicilia (5%), 15 nella **P.A. di Bolzano (28%)**. In Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Sicilia e nella P.A. di Bolzano i CF del privato accreditato operano secondo un accordo che ne definisce le attività.

Le figure professionali = il ginecologo, l'ostetrica, lo psicologo e l'assistente sociale sono **le figure professionali più rappresentate nei consultori, con una grande variabilità in termini di organico tra le Regioni.** Infatti, prendendo a indicatore il numero medio di ore lavorative settimanali per 20.000 abitanti previste per le diverse figure professionali previste dalla normativa, **solo 5 Regioni del Nord raggiungono lo standard atteso per la figura dell'ostetrica, 2 per il ginecologo, 6 per lo psicologo e nessuna per l'assistente sociale** che al Sud registra un numero medio di ore settimanali (14) che è quasi il doppio rispetto al Centro (8 ore) e al Nord (9 ore).

Due esempi:

1. in merito alle figure professionali presenti, a livello regionale, nei Consultori, **il Piemonte è la regione con la minore disponibilità delle diverse figure dell'équipe consultoriali.** La disponibilità della figura professionale del ginecologo (7,5 ore) è inferiore alla media nazionale e lontana dallo standard di riferimento 18 ore. La disponibilità della figura professionale dell'ostetrica (27,3 ore), di poco superiore alla media nazionale, è tuttavia al di sotto dello standard di riferimento di 36 ore e molto lontana della disponibilità di cui si sono dotate le regioni che, come il Piemonte, hanno un modello di assistenza territoriale centrato su questa figura. Le figure professionali dello psicologo e dell'assistente sociale sono quasi del tutto assenti. L'interpretazione di questi risultati, indicativi di una modifica della composizione dell'équipe consultoriale, deve tener conto delle scelte strategiche regionali relative alla prevista integrazione, almeno sulla carta, in ambito distrettuale

e aziendale con gli altri servizi sanitari del Dipartimento materno infantile e con i servizi territoriali del sociale presenti nei Consorzi socio-assistenziali dei Comuni.

2. al contrario, **l'Emilia Romagna è la regione dove la disponibilità della figura professionale del ginecologo (22,4 ore) è la più elevata in Italia**, con un numero medio di ore a settimana pari al doppio della media nazionale. Superiore al doppio della media nazionale è anche la disponibilità oraria della figura professionale dell'ostetrica (51,7 ore), per la quale lo standard di riferimento di 36 ore settimanali del 1995 appare inadeguato nei contesti, come l'Emilia-Romagna, in cui il modello di assistenza territoriale al percorso nascita è centrato su questa figura, in linea con le raccomandazioni della Linea guida sulla gravidanza fisiologica del SNLG-ISS e con le evidenze ormai consolidate della letteratura. La disponibilità della figura dello psicologo (13,1 ore) è al di sotto della media nazionale e dello standard di riferimento di 18 ore. È possibile che la stretta integrazione con i DSM che caratterizza questa Regione consenta di compensare almeno in parte questa carenza. Una nota a parte merita la figura dell'assistente sociale che in Emilia-Romagna, come evidenziato anche dalla media oraria, non è più parte dell'équipe consultoriale in virtù della esclusiva competenza comunale sull'area del sociale.

Al di là dei due casi citati, complessivamente:

- *ogni regione ha adottato un modello di assistenza territoriale differente*, alcune aree territoriali sono prive di organismi di gestione entro cui incardinare il coordinamento dei CF a garanzia di un indirizzo strategico omogeneo
- *l'integrazione socio-sanitaria e con la comunità non è sempre attiva a livello regionale*
- *spesso la programmazione non prevede un piano di valutazione delle attività*
- *in circa la metà delle regioni non è attivo un flusso informativo dedicato*
- *sia la disponibilità delle varie figure professionali (in ginecologia 18 ore, ostetricia 36 ore, assistenza psicologica 18 ore, assistenza sociale 36 ore, mediazione culturale, ecc.) sia le ore di lavoro mediamente svolte, sono ben lontane dagli standard di riferimento previsti*
- *complessivamente, si riscontra nelle regioni una carenza di personale più che meritevole di attenzione determinata, in numerosi casi, dalla scarsa attrattività del servizio (in termini di carico di lavoro, orario e retribuzione, collocazione operativa, mancata strutturazione in équipe, ecc.)*
- *solo una quota irrisoria, generalmente meno del 20%, di donne in gravidanza viene seguita dai consultori familiari come è raccomandato, nonostante il fatto*

che le indagini nazionali condotte dall'Istituto Superiore di Sanità abbiano testimoniato come l'assistenza e gli incontri di accompagnamento alla nascita producano maggiore soddisfazione e migliori esiti di salute

- *sono raramente disponibili fondi dedicati* ad attività consultoriali e vincolati in un capitolo di bilancio specifico

OSSERVAZIONI IN MERITO ALL'INDAGINE DELLA CGIL

Lo sviluppo dei CF negli anni è stato caratterizzato da una discontinuità temporale e da una forte variabilità sul territorio nazionale in assenza di un indirizzo programmatico comune che fosse un vicolo per le regioni.

Negli ultimi anni si sta riducendo (gli studi in questo campo sostengono in maniera sostanzialmente uniforme in tutta Italia), **il numero dei consultori pubblici per chiusura o accorpamento funzionale e/o organizzativo**. Questo vuol dire che si è sempre più lontani dalle indicazioni previste nella L.34/1996, secondo la quale avrebbe dovuto esserci **1 consultorio ogni 20mila abitanti nelle aree urbane (ogni 10mila nelle aree rurali)** per un totale, quindi, di più di 3mila consultori pubblici in tutta Italia contro gli attuali 1.925 (dato 2020) ai quali si aggiungono i 147 privati accreditati.

Sono molte le regioni che in questi anni hanno autorizzato l'**istituzione di servizi consultoriali da parte di istituzioni o enti pubblici e privati con** finalità sociali, sanitarie ed assistenziali, senza scopo di lucro rispondenti alle finalità ed alle metodologie di intervento disposti dalla legge. Sarebbe necessario avere da parte ministeriale un quadro dei servizi erogati anche dal privato, se presente e con quale diffusione sul territorio, e della qualità dei servizi offerti. Ad oggi sappiamo, ad esempio, che in alcune realtà sono stati istituiti Consultori Familiari di Ispirazione Cristiana, come in Piemonte.

Per quanto riguarda il personale si è riscontrata, nella maggior parte dei casi, l'assenza delle *équipe* consultoriali complete (così come previste a suo tempo dal POMI, il Progetto Obiettivo Materno Infantile). Non sono, dunque, più garantiti tutti i profili professionali necessari all'interno di queste strutture e **le attuali dotazioni del personale, sia nel settore sanitario sia in quello sociale, non sono più in grado di assicurare il lavoro di *équipe* alla base della funzione innovativa che ha caratterizzato la realizzazione dei Consultori**.

Come dimostrato da un'indagine promossa dalla CGIL nazionale nel 2017, figure come, ad esempio, pediatri, assistenti sanitari/e, assistenti sociali sono meno

presenti negli organici dei consultori. **La carenza di alcuni profili così come la presenza “a chiamata” di diverse figure professionali** (psicologi, ginecologi), **comporta una notevole frammentazione dell’assistenza**, anche perché i vari operatori sono spesso costretti a svolgere la loro attività in maniera discontinua ed in più sedi, a scapito del lavoro di équipe. L’apertura settimanale continuativa dei Consultori è spesso in carico alla sola figura infermieristica ed è comunque molto differenziata: va da poche ore alla settimana dal lunedì al venerdì o con una sola apertura settimanale e non sempre con una differenziazione tra accesso libero (diretto) e accesso con prenotazione, nei diversi giorni della settimana.

Non è sempre garantita un’ubicazione ottimale e quindi **visibilità della sede consultoriale**, né l’adeguatezza in termini di strumentazione (personal computer, posta elettronica, rete necessari allo scambio di dati, condivisione di informazioni all’interno della struttura e tra strutture, sito informativo per il pubblico, soprattutto giovanile).

Sono pochi i Consultori attrezzati per garantire l’accesso alle prestazioni sanitarie ginecologiche anche alle donne con disabilità grave.

E’ molto raro che donne vittime di persecuzione si rivolgano ai CF, succede più frequentemente quando subiscono violenza e molestie. Diversi studi confermano che i controlli in gravidanza, per la periodicità che comportano, sono talvolta una buona occasione per monitorare da vicino queste situazioni ma, nel caso ad es. di donne straniere è importante la presenza della/del mediatrice/mediatore culturale per creare un rapporto di fiducia che consenta loro di confidarsi e per gli operatori e le operatrici trovare il modo migliore per assisterle. Molte/i operatrici/tori raccontano che le violenze, il disagio e i maltrattamenti sono sì percepiti ma non trovano conferme dirette se non dopo tanto tempo. Eventuali tempi di attesa troppo lunghi per consulenze e visite di controllo rischiano, dunque, di vanificare il lavoro di questi operatori.

Manca, infine, su tale argomento, una valutazione su quale livello si attestino le competenze del personale: alcune operatrici (sono quasi esclusivamente donne quelle che intervengono in questi casi) hanno un’esperienza formativa specifica nell’ambito delle violenze ma la maggior parte degli operatori non hanno ricevuto analoga formazione.

PROPOSTE

1. Sono trascorsi quasi cinquant’anni dall’approvazione della legge istitutiva dei Consultori Familiari (n. 405/75) a cui hanno fatto seguito le leggi regionali

attuative e la L.194/78. **Da allora alcuni fenomeni sociali e demografici si sono modificati**, alcuni accentuati pensiamo all'**invecchiamento** della popolazione, la **denatalità** che non consente di fornire il ricambio generazionale, l'ingresso nel Paese di un numero sempre più consistente di **persone provenienti da altri Paesi** in cerca di uno spazio di vita senza guerra, persecuzioni, malattie, povertà. La stessa **pandemia** ha dimostrato, in questi ultimi due anni, la necessità di affrontare in termini più urgenti e coordinati la riorganizzazione dei servizi pubblici a livello territoriale.

2. La combinazione tra la persistente denatalità ed il progressivo aumento della longevità conducono a stimare che, nel 2050, la popolazione inattiva sarà in misura pari o superiore all'84% di quella attiva. L'Istat sostiene che nel 2050 ci saranno 262,8 anziani/anziane ogni 100 giovani. Nel 2011 erano 147. Con l'incremento dei processi di invecchiamento crescono le patologie cronicodegenerative in una vita però biologicamente e socialmente più attiva a cui è necessario dare risposte. La prevenzione rappresenta un intervento efficace per contrastare anche affezioni non imputabili al solo patrimonio genetico ma al condizionamento di molteplici fattori (ambientali, economici, culturali, sociali, ecc.) che si traducono in ciò che comunemente definiamo, "stili di vita". Lo stile di vita è stato definito dall'OMS quale requisito necessario per il mantenimento di un buon stato di salute, quindi di una buona qualità della vita. **Educare alla salute non significa solo far acquisire coscienza su questi temi ai singoli individui ma anche non escludere da percorsi integrati socio-sanitari una parte della popolazione non più giovane.** Il percorso deve poter essere lo stesso che viene offerto per altre fasi della vita biologica della donna e dell'uomo (accoglienza, attività sanitaria, collaborazione formalizzata con MMG e Ospedali, attività di educazione alla salute di gruppo e *Counselling* individuale, gruppi di informazione e discussione a cadenza programmata, ecc.). **I temi si differenziano** e vanno dai cambiamenti del corpo, agli aspetti psicologici, i rapporti di coppia e la sessualità, le terapie, e per la donna, in particolare, la rieducazione del piano perineale, aspetti dietetici e stili di vita, contrasto a patologie osteo-articolari, ecc.
3. **Un dato nuovo ma non inatteso, legato al fenomeno dei migranti, è l'incremento di donne straniere in menopausa** che necessitano di modalità assistenziali che devono tener conto delle diverse modalità di affrontare questo periodo della vita sessuale e, quindi, anche della necessità di un adeguamento professionale del personale sociale e sanitario. In consultorio è innanzitutto possibile integrare e, in taluni casi dove ciò già avviene, rafforzare l'attività clinica di diagnosi e cura con interventi di tipo preventivo legati all'educazione sanitaria anche per questa fascia di popolazione. E' necessario, quindi, riattualizzare la funzione dei CF: escludere le persone anziane in un mondo che

invecchia molto in fretta diventa un controsenso non più accettabile anche sul piano dei costi socio-sanitari di cui tutti dovremo farci carico.

4. Per quanto concerne **l'infertilità sappiamo che una coppia su 5 ha difficoltà a procreare per vie naturali** (20 anni fa la percentuale era circa la metà). Circa il 40% delle cause di infertilità riguardano prevalentemente la componente femminile, l'altro 40% riguarda la componente maschile ed un 20% è di natura mista. **Negli ultimi 30 anni l'età media al concepimento in ambo i sessi è aumentata di quasi 10 anni**, sia per l'uomo che per la donna. Dai 14 ai 20 anni le patologie maschili che più danneggiano la fertilità sono le infezioni genitali e gli stili di vita alterati. E' stato ampiamente dimostrato che l'allarmante incremento delle patologie andrologiche, registrato negli ultimi anni, è riconducibile a comportamenti scorretti o dannosi acquisiti in età giovanile, legati ad una insufficiente informazione. I giovani maschi ricevono la maggior parte dell'informazione sulla sessualità dagli amici, seguiti da film e televisione. Nella donna fra i 10 e i 15 anni le patologie femminili che più danneggiano la fertilità sono i disturbi del comportamento alimentare e le infezioni genitali oltre alle alterazioni ormonali, tra i 15 e i 20 anni oltre alle infezioni e gli alterati stili di vita, le patologie più frequenti sono i disturbi dell'ovulazione spesso conseguenti ad eccesso o difetto ponderale, fra i 20 e i 40 anni al resto si aggiungono i fibromi (*Fonte: Ministero della Salute, "Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità" per il piano nazionale per la fertilità*). Di fronte a questo quadro è indispensabile rafforzare l'azione educativa dei Consulitori in tema di sessualità nelle scuole, dell'importanza della contraccezione e di aumentare l'attenzione delle ragazze e dei ragazzi per le malattie sessualmente trasmissibili, **e diffondere spazi (anche virtuali) e attività dedicate ai giovani nei Consulitori**. Tra le problematiche emergenti diversa attenzione dovrebbe avere il tema della crescita e dell'indipendenza per adolescenti con disabilità mentali, con disturbo generalizzato dello sviluppo e autistico. La strutturazione e l'organizzazione di un'area di attenzione specifica all'interno dei Consulitori familiari faciliterebbe il lavoro di rete e collegamento con gli altri soggetti socio-sanitari, **l'integrazione reale all'interno della propria comunità**, un orientamento e un sostegno concreto alle famiglie.
5. I Consulitori familiari hanno l'esigenza di allargare il ventaglio delle risposte-servizi agli orizzonti contemporanei di identità sesso/genere e in particolare **all'accesso dei propri servizi da parte di persone LGBTQIA** (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transessuale/Transgender, Queer/Questioning, Intersessuale, Assessuale) ora identificato nella sigla **lgbtqia+** (per includere l'identità non binaria) e affrontare tematiche correlate quali, ad esempio, *Minori Gender Variant Intersessuali* ed essere genitori lgbtqia+. Oggi un tema, perlopiù poco

trattato è quello che riguarda i *genderqueer*, coloro che non si sentono di appartenere né al genere maschile né al genere femminile (**identità non binaria**) oppure un po' ad entrambi (*gender fluid*). L'Istituto di statistica neozelandese ha istituito, per primo al mondo, una nuova classificazione sull'identità di genere che apre al "*gender diverse*".

6. La presenza della donna nella realtà produttiva comporta, nei confronti della sua salute, una **maggiore esposizione ad eventuali fattori di rischio derivanti dagli ambienti di lavoro che richiederebbero un adeguato monitoraggio** (tra cui l'incidenza aborti spontanei per fattori di rischio lavorativo, incidenza nati malformati per fattori di rischio lavorativo, incidenza infortuni sul lavoro, incidenza incidenti domestici). La stessa **condizione di precarietà di molte attività lavorative in cui le donne sono maggiormente impiegate ha degli effetti rilevanti sulla loro condizione psico-fisica**. Un elemento poi che non può essere trascurato è il fatto che l'aumento di speranza di vita della popolazione ha fatto sì che **il periodo post-fertile della vita femminile si sia allungato**, dall'età media della menopausa alla aspettativa media di vita (82-83 anni), **di circa trenta anni**. Anche per queste ragioni è indispensabile che la promozione, la prevenzione ed il trattamento delle principali patologie ginecologiche siano garantite in tutte le fasi della vita attraverso una completa integrazione dei servizi ai diversi livelli.
7. **Dalla nascita dei servizi di consultorio ad oggi si è assistito a un progressivo mutamento del numero di sedi e soprattutto della collocazione territoriale**. Inoltre, abbiamo visto che non tutte le sedi che ospitano i servizi sono idonee allo scopo, hanno assunto forme organizzative differenti, spesso non più in relazione tra loro. Al di là dell'osservanza dei parametri previsti dalla legge, **nel valutare la loro localizzazione è necessario analizzare il territorio** (aree disagiate o montane, periferie, la densità abitativa) **e i dati epidemiologici**, che ne devono orientare l'intervento. Anche le informazioni che derivano dalla raccolta e l'elaborazione epidemiologica dei dati relativi all'infanzia e alla donna attivate dalle regioni devono diventare di conoscenza comune e utilizzabili per meglio **conoscere i bisogni, monitorare le risposte offerte dai servizi, promuovere processi innovativi e definire le risorse necessarie**.
8. La **dotazione organica** non sempre adeguata al carico di lavoro e alle prestazioni rese non consente di dare informazioni e, contemporaneamente, *counselling* o visite, mettendo in discussione il sistema di accesso aperto, tratto distintivo dei Consultori. E' necessario avere dalle ASL i dati rispetto il *budget* loro assegnati dalle Regioni per le spese del personale, come e quanto è stato utilizzato oltre il *turn over*, verificare sostituzioni e/o potenziamenti dei servizi e

quanto è stato destinato ai servizi ospedalieri e quanto a quelli territoriali e, nello specifico, ai Consultori.

9. **I consultori rappresentano il servizio sanitario di primo accesso, anche per la popolazione di origine straniera**, residente o temporaneamente presente sul territorio, e si trovano ad affrontare non solo il problema linguistico, ma anche quello di comprensione della domanda e di adeguatezza della risposta da dare. Formazione e utilizzo di specifiche professionalità, come quelle dei mediatori linguistici e culturali, sono indispensabili. Gli stanziamenti limitati, assegnati ai Consultori, condizionano la qualità delle loro prestazioni.
10. In passato si pensava che fossero le sole patologie dell'apparato riproduttivo/ginecologico a mettere a rischio la salute della donna oggi abbiamo sufficienti evidenze che dimostrano come le differenze uomo/donna vadano oltre le differenze ormonali **L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso atto delle differenze di genere nel 1998 e dal 2002 ha chiesto che l'integrazione delle considerazioni di genere nelle politiche sanitarie diventi pratica standard in tutti i suoi programmi.** Il Consultorio si è da subito configurato come luogo di attenzione per le differenze non solo di sesso ma anche di genere. E' importante continuare nella diffusione della cultura di genere attraverso eventi formativi, ma anche favorire l'informazione ai cittadini attraverso campagne di sensibilizzazione promosse dai Consultori.
11. Per mantenere un servizio capace di adeguarsi ai cambiamenti di contesto sociale e della domanda è importante che venga creata, conosciuta, condivisa e utilizzata una rete tra soggetti a livello istituzionale locale, sanitaria, sociale; un'integrazione con i presidi ospedalieri e con altri servizi territoriali; **condividere attivamente la rete tra consultori.**
12. Nessuna delle persone (di tutte le fasce d'età) che sono state contattate attraverso la compilazione dei questionari dell'Indagine Cgil ha enfatizzato la scelta di avvalersi di strutture pubbliche per una questione di diritti di cittadinanza, al contrario si è registrata, seppur in un campione limitato, una certa **diffidenza verso il servizio pubblico.** Ciò rappresenta un segnale estremamente preoccupante non sufficientemente considerato dalle regioni e dal ministero della salute.
13. Il ruolo dei Consultori pubblici continua ad essere **strategico della salute non solo delle donne, ma soprattutto per loro, e di quelle in condizioni economiche modeste o povere**, incluse le giovani che possono non voler ricorrere ai genitori in una fase della vita in cui delineano un proprio percorso di autonomia.

In conclusione, i risultati della Reazione ministeriale oggetto di questa nota e delle varie indagini sul tema, ci impegnano a riavviare con più determinazione un percorso di discussione partecipata con le comunità locali e confronto a tutti i livelli istituzionali compresi i Sindaci dato che, le prestazioni che erogano i consultori, non hanno caratteristiche tali da ricadere unicamente in una dimensione sanitaria ma anche sociale.

Un confronto che deve approfondire il tema di diritto alla salute e del modello sociale di salute rivolto alle donne, senza distinzione di età o di origine, ma anche ai ragazzi e agli uomini, con un'attenzione al *gender oriented* e al *gender diverse*.