

I “VUOTI” DELLA 194

Maurizio Orlandella

Ginecologo consultoriale, Presidente Nazionale AGITE, Milano

Si ritiene che, nel mondo, la metà delle gravidanze indesiderate esitino in una interruzione di gravidanza e che circa il 40% degli aborti volontari avvenga in condizioni non sicure, determinando annualmente la morte di circa 68.000 donne (1) e un impatto sfavorevole sulla salute riproduttiva. In Italia, la Legge 194/78 sulle “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”, al di là delle visioni ideologiche o religiose personali, ha conseguito tre risultati importanti, che le vanno riconosciuti:

1. ha ridotto il fenomeno del 44.8% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all’IVG (234.801 casi) (2);
2. ha portato a livelli residuali l’IVG clandestina (non più di 20.000 unità) (2);
3. ha annullato la mortalità materna per IVG.

INTRODUZIONE

In un’ottica culturale rigorosamente bipartisan, tutto il personale socio-sanitario, di qualsiasi provenienza culturale e religiosa, dovrebbe lavorare per ridurre il ricorso alla IVG, tramite un’efficace attività nei servizi di family planning. Il personale non obiettore di coscienza dovrebbe attrezzarsi a ridurre i rischi sanitari, il dolore psico-fisico, i disagi della donna che intende ricorrere all’aborto volontario. E’ inopportuno sventolare il vessillo della riforma della 194, legge ancora applicata in maniera parziale, senza aver identificato i “vuoti” della 194, nelle procedure operative, nella gestione del percorso delle donna tra le diverse strutture, nella formazione del personale.

Il continuo trend alla diminuzione del ricorso all’aborto volontario dimostra che la legalizzazione dell’aborto ha facilitato la responsabilizzazione della donna. Inoltre, migliori condizioni economico-sociali rendono una gravidanza indesiderata più accettabile, come dimostrano con chiarezza i maggiori decrementi del ricorso alla IVG nelle

donne coniugate, occupate, istruite, rispetto alle donne nubili, casalinghe, meno istruite (3).

Si farà riferimento agli articoli della 194 per individuare il livello di applicazione della legge, che potrebbe comportare una eventuale mancanza di rispetto della integrità e dignità della donna. Le inadeguatezze procedurali-organizzative non modificano le scelte delle donne, ma potrebbero aumentare i rischi, specie ove gli interventi fossero effettuati in epoche gestazionali più avanzate. Se, nella tabella 1, si elencano i possibili nodi organizzativi del percorso IVG, questo articolo si propone di enfatizzare solo alcuni aspetti di rilevante importanza:

1. La riduzione della morbilità
 - timing dell’intervento,
 - anestesia locale e generale,
 - metodo Karman vs. dilatazione e curettage,
 - preparazione cervicale.
2. La rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all’interruzione di gravidanza.
3. L’aggiornamento delle procedure e del personale socio-sanitario.
4. Le conclusioni dell’indagine della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati della legislatura precedente (2001-2006).

Tabella 1

Percorsi proposti ai Servizi rispetto ad una gravidanza indesiderata

1. Immediata accoglienza nel consultorio o dal proprio medico, senza appuntamento, con test di gravidanza offerto in loco e relativo counselling.
2. Presa in carico urgente (entro 3 giorni) per eventuale immediata certificazione.
3. La certificazione è un atto medico dovuto immediatamente dopo la valutazione medica, indipendentemente dai colloqui con gli eventuali operatori dell’equipe consultoriale, che possono essere dilazionati nel tempo.

Continua

4. L'assistente sociale consultoriale, presa in carico la donna, dovrebbe informarla su tutte le risorse disponibili, della rete assistenziale pubblica e delle associazioni del volontariato; l'invio in altre sedi sarà successivo alla scelta della donna.
5. Il medico del territorio dovrebbe descrivere le procedure di più ospedali, per permettere la scelta meno rischiosa e più convincente per la donna.
6. Andrebbe enfatizzata l'importanza dell'anestesia locale, della preparazione cervicale, della isterosuzione Karman con dilatatori e cannule di plastica.
7. Il percorso tra territorio ed ospedale dovrebbe permettere di concentrare e semplificare gli appuntamenti per gli esami e contenere il numero delle indagini.
8. Si dovrebbe evitare di prendere appuntamenti in maniera non rispettosa per la donna (per esempio: un solo giorno alla settimana, alle 8 di mattina, con donne in fila già alle 6 e appuntamenti già chiusi alle 7, per 4 interventi alla settimana).
9. L'IVG, a parte le rare complicazioni post-intervento o le gravi condizioni cliniche preesistenti, va effettuato in regime di day hospital.
10. Il follow-up e le scelte contraccettive post-IVG vanno programmate già prima dell'intervento.
11. L'opzione della scelta farmacologica, ben lungi dall'essere una semplificazione e/o banalizzazione dell'aborto (piuttosto una difficile autoresponsabilizzazione), fa parte delle legittime opzioni di scelta della donna.
12. La posizione di non giudizio degli operatori e di accompagnamento della donna nel suo percorso, sono la chiave per una relazione empatica, l'unica adeguata ad affrontare i casi più difficili, come nel caso di aborto volontario ripetuto.
13. Si dovrebbe evitare di costringere le donne a migrazioni provinciali o regionali; si ricorda che è esclusa l'obiezione di coscienza per l'ente ospedaliero pubblico, in certi casi nascosta da un numero di interventi estremamente modesto e insufficiente.

1. RIDUZIONE DELLA MORBILITÀ DA IVG

Se la mortalità da IVG è stata annullata, ancora molto resta da fare per ridurre la morbilità. In relazione alle misure da prendere per ridurre i rischi per la Salute Riproduttiva della donna sono 4 gli elementi da stressare:

1. ridurre i tempi tra la richiesta della donna/certificazione IVG e l'intervento;

2. adottare l'anestesia locale riducendo drasticamente l'anestesia generale;
3. adottare la tecnica di Karman e l'utilizzo delle cannule in materiale plastico;
4. registrare, nei moduli ISTAT, l'utilizzo del priming cervicale.

Ridurre i tempi tra la richiesta della donna, la certificazione IVG e l'intervento

La Legge 194 detta i tempi dell'intervento, costringendo ad una lettura combinata dell'articolo 5 e dell'articolo 8. L'ultimo comma dell'articolo 8 recita: "Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero." L'articolo 8, quindi, individua due modalità per ottenere l'intervento d'urgenza: se viene certificata l'urgenza (art. 5, 3° comma), ma anche "trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere l'interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate (4° comma del 5° articolo)."

Il testo della legge comporterebbe un'attesa complessiva dai 10 ai 14 giorni, ma dai dati dell'ultima relazione del Ministro della Salute, solo il 37% delle donne esegue l'IVG entro le 8 settimane di amenorrea e solo il 54.2% delle donne ottiene l'IVG entro le due settimane di attesa dal certificato (1). Risultando positivo il test di gravidanza urinario monoclonale, già 13-16 giorni dopo la fecondazione, vi sarebbe un tempo ragionevolmente lungo per permettere una IVG prima della 10ª settimana, epoca gestazionale dalla quale i pericoli per la salute aumentano progressivamente. Nella tabella 2, si riportano i dati nazionali e i più significativi risultati regionali del 2004, sui tempi di attesa tra certificazione ed intervento e sull'epoca gestazionale in cui viene eseguita l'interruzione di gravidanza. Non viene registrato il tempo che intercorre tra richiesta della certificazione e data della certificazione, né se a rilasciare il certificato è il Medico di famiglia o il ginecologo di fiducia.

La riduzione progressiva degli interventi, nel corso degli anni, non giustifica la lunga attesa che le donne devono affrontare per ottenere l'intervento. Ricordiamo che, all'articolo 9, "...gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La Regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

Tabella 2

Tempistica IVG a livello Nazionale e nelle Regioni

Tempi di attesa tra certificazione ed intervento:

≤ 2 settimane 54.2% (media nazionale)

Veneto 31.7%, Molise 89.7%, Basilicata 73.6%.

> 3 settimane di attesa: 20.5% (media nazionale)

Una donna su 5 attende più di 3 settimane l'IVG. In Veneto 44.1%, Friuli 30.4%, Piemonte 22.4%, Lombardia 20.1%, Molise 2.2%, Sardegna 4.5%, Basilicata 7.5%.

Settimana di gestazione alla IVG:

≤ 8 settimane media nazionale 37%

Piemonte solo 8.6%, Veneto 14.5%, Lombardia 30.8%. L'Italia meridionale ha una situazione migliore con il 59,2%. Molise 64%, Puglia 63.1%, Basilicata 62.7, Calabria 58.7%.

11-12 settimane media nazionale 16.8%

Veneto 33.1%, Lombardia 22%, Umbria 9.7%, Molise 7.4%, Puglia 7.1%, Campania 6.6%, Basilicata 6.2%.

(Fonte: Relazione del Ministero della Salute sulla applicazione della legge 194, 2004-2005 (2)).

Anestesia locale e generale

L'anestesia generale andrebbe evitata, eccetto che in alcuni casi di aborto tardivo, a causa di un aumento dei rischi. La procedura chirurgica richiede una anestesia locale, una leggera sedazione o entrambe (1).

La media nazionale dell'esecuzione di un'anestesia generale, al contrario, è molto elevata, l'84.5%. Otto regioni registrano una percentuale di anestesie locali inferiori all'1%. Al contrario con una media nazionale di anestesia locale del 13.2%, spiccano il 32.3% del Lazio e il 56.6% delle Marche. Questa differenza tra le regioni evidenzia che, il ricorso all'anestesia generale, appartiene ad una organizzazione routinaria e di antica data, piuttosto che a una differenza culturale delle donne su base regionale.

Eppure, con l'anestesia locale, durante l'intervento, il medico può ricevere dalla donna informazioni utili, come un disagio o dolori particolari, i tempi dell'intervento sono più brevi, si riduce la durata complessiva della seduta operatoria e conseguentemente la stanchezza dell'operatore. L'associazio-

ne dell'anestesia locale con l'esecuzione dell'IVG in epoca precoce, riduce drasticamente le complicazioni. Ciò consiglia l'aggiornamento delle procedure dell'aborto volontario del primo trimestre.

Metodo Karman vs. Dilatazione e Curettage (D&C)

Il metodo Karman è il golden standard per l'IVG del primo trimestre, ma circa il 35% delle IVG viene effettuato ancora con strumentario metallico. Per quanto il ricorso alla isterosuzione con metodo Karman abbia raggiunto, nel 2004, il 64.9% delle procedure chirurgiche per l'aborto nel primo trimestre, in alcune regioni il ricorso al raschiamento è ancora elevato. La D&C è praticata particolarmente in Calabria (63.2%), in Sardegna (61.8%), in Abruzzo (33.7%).

Priming cervicale

La preparazione del collo uterino con utilizzo di prostaglandine (gemeprost o misoprostolo) a meno di una gravidanza precocissima, è consigliabile, ma il dato non è disponibile nella relazione del Ministero e il misoprostolo non è registrato per tale indicazione.

2. RIMOZIONE DELLE CAUSE CHE POTREBBERO INDURRE LA DONNA ALL'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

La diffusione della procreazione consapevole e responsabile nella popolazione italiana e migrante che vive in Italia, può essere il motore di un'ulteriore significativa riduzione del ricorso all'IVG.

Vi è però la possibilità di intervenire sulla riduzione della IVG anche quando la donna è già gravida. Questo è l'oggetto del 4° comma del secondo articolo della legge.

Il Consultorio Familiare è la struttura privilegiata nella gestione dell'aborto volontario e in relazione alla gravidanza ha compiti informativi sui servizi organizzativi per il percorso della donna e il compito specifico di contribuire "a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita."

Però, a parte virtuose collaborazioni organizzate, spesso il consultorio si limita a fornire alla donna

alcuni numeri telefonici. La donna andrà a verificare di persona le possibili risposte. E' invece ben possibile organizzare, in tutto il territorio nazionale, un percorso coordinato dall'assistente sociale del consultorio con i servizi comunali, in rete con le associazioni del volontariato sociale, al fine di sviluppare azioni sia per ridurre le IVG in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate, ma rese impossibili per motivi sociali e/o economici (vedi tabella 3).

Il Consultorio deve, quindi, monitorare il numero di donne che necessitano di aiuti per la prosecuzione della gravidanza con la necessaria collaborazione in primo luogo con il comune. Il coordinamento andrebbe quindi effettuato dal personale consultoriale, ma con la necessità di invio a "idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita." (articolo 2, 4° comma).

Deve essere chiaro che la disponibilità di cifre modeste, per un breve periodo di tempo, quasi sempre non può essere la soluzione e che il "premio bebè" è in grado di dare risposte ad un numero estremamente limitato di donne. Ciò nonostante, una rete che metta insieme tutte le risorse disponibili, ha maggiori possibilità di offrire alla donna una risposta adeguata alle sue esigenze.

Tabella 3

Azioni per facilitare la riduzione delle IVG in caso di gravidanza indesiderata

1. Creazione e registrazione di una rete assistenziale (economica e di sostegno relazionale).
2. Attribuzione, all'assistente sociale consultoriale, della responsabilità del coordinamento delle risorse, compresi gli accordi con le formazioni del volontariato.
3. Percorso facilitato per la donna grazie al coordinamento tra le strutture locali (medicina di base, consultorio, ambulatori specialistici) e l'ospedale.
4. Coordinamento con gli Ispettorati Provinciali del Lavoro in relazione alla tutela dei diritti di legge.
5. Azioni congiunte con le Consigliere di Parità Provinciali e Regionali per attuare la vigilanza rispetto alle pressioni di datori di lavoro, escludendo per le assunzioni, possibili controlli dello stato gravidico della donna e i licenziamenti delle donne gravide con lavoro precario.

3. AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE E DEL PERSONALE

L'articolo 15 della Legge 194 è probabilmente il più disatteso: "Le Regioni, d'intesa con le Università e con gli Enti Ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le Regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le Regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale".

L'articolo 15 introduce essenzialmente, già nel 1978, il concetto di futuro avanzamento tecnologico che avrebbe permesso l'adozione dell'aborto farmacologico. Ma oltre all'aggiornamento delle procedure, l'articolo prevede il costante aggiornamento del personale sanitario tutto ed incontri con la popolazione ("...sia le persone interessate...") grazie ad una interazione virtuosa tra Regioni, Università, Enti Ospedalieri ed ASL, che si è manifestata in pochissime Regioni. Probabilmente, la carenza di aggiornamento, conseguente alla non osservanza dell'articolo 15, è il maggiore stimolo al lavoro della SMIC.

4. INDAGINE DELLA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA DEI DEPUTATI (LEGISLATURA PRECEDENTE, 2001-2006)

La Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, della precedente legislatura, su mandato dell'allora Ministro Storace, ha concluso, all'inizio del 2006, l'indagine conoscitiva sullo stato di applicazione della Legge 194/78. La Commissione ha escluso l'ipotesi di modifiche della legge ritenendole non utili, ma ha individuato alcuni punti critici (vedi la tabella 4). In ogni caso il giudizio complessivo resta positivo sia "sull'impianto della normativa statale e regionale", sia "sui consultori e sulle competenze ad essi attri-

buite". In pratica l'indagine riconosce un "patrimonio di esperienze e professionalità che non vanno assolutamente disperse, ma semmai potenziate tramite specifici indirizzi all'interno del Piano Sanitario Nazionale e i Piani Sanitari Regionali, per un effettivo rilancio delle attività di prevenzione e assistenza". Nelle conclusioni è specificato che è necessaria "l'individuazione dei problemi esistenti nell'attuazione della legge: al fine di individuare gli strumenti atti a fornire la migliore assistenza possibile alla donna e al suo partner nel momento della scelta".

La Commissione ha poi evidenziato "numerosi problemi che necessitano di una risposta organica" (Tab. 4), a partire dall'attività dei consultori disciplinata dalla Legge 405/75, soprattutto per quel che riguarda la "prevenzione primaria e secondaria", suggerendo una "intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e province". Tali conclusioni sono assolutamente condivisibili.

Tabella 4

Relazione della Commissioni Affari Sociali della Camera dei Deputati, in merito alla Legge 194, con la cooperazione dell'ISTAT e dell'ISS

La relazione suggerisce interventi su:

1. L'attività di informazione, prevenzione e assistenza dei consultori.
2. I profili professionali presenti nelle strutture.
3. Le azioni di sostegno (economico, legale, psicologico e assistenziale) per rimuovere le cause che hanno spinto la donna a chiedere l'IVG.
4. Il collegamento tra consultorio e altri soggetti che operano sul territorio.
5. Il ruolo delle associazioni di volontariato.
6. I casi di maturazione di scelte diverse dall'IVG.
7. Un monitoraggio più accurato delle cause che hanno spinto una donna ad abortire.

CONCLUSIONI

E' compito della politica indirizzare le politiche demografiche a fini sociali, ecologici, economici, pensionistici, ecc., per mantenere una società equilibrata, serena, compatibile. È ancora compito della politica creare i presupposti per permettere che le intenzioni riproduttive si manifestino con una società a misura di donna, della famiglia, della riproduzione, con adeguate agevolazioni fiscali, con adeguati servizi, facilitando il doppio ruolo della donna come cittadina-madre e cittadina-lavoratrice.

Ma è compito dei professionisti e delle associazioni professionali, come la SMIC (nelle sue componenti SIMG, AOGOI, AGITE), di individuare le carenze organizzative, tecnologiche, di indagine, al fine del miglioramento dell'assistenza e della riduzione delle sofferenze legate al fenomeno della IVG. L'enfasi sulle procedure organizzative e preventive, ampiamente descritte dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) e il sostegno di tutti i professionisti della salute riproduttiva, alle azioni previste dal POMI (4), sono l'unica reale garanzia per favorire e non ostacolare l'empowerment delle donne, il vero motore della riduzione del fenomeno IVG.

BIBLIOGRAFIA

1. IPPF "IMAP Statement on safe abortion", IPPF Medical Bulletin, 2006; 40 (3): 1-3.
2. Ministero della Salute. "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2005, dati definitivi 2004", 1-69, 21 settembre 2006.
3. Spinelli A, Pediconi M, Timperi F et al. "Interruzione volontaria della gravidanza dalla legge ad oggi". *Contraccezione Sessualità Salute Riproduttiva*, 2007; 2: 7-12.
4. Istituto Superiore di Sanità. "Progetto Obiettivo Materno Infantile". [www.asrabruzzo.it/docs/ProgettoobiettivoMaterno-Infantile\(PSN1998-2000\).pdf](http://www.asrabruzzo.it/docs/ProgettoobiettivoMaterno-Infantile(PSN1998-2000).pdf), 2000.