

PROTOCOLLO PER IL MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA DONNA CHE RICHIEDE L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

1. RACCOMANDAZIONI PER IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Il presente percorso, attraverso l'omogenizzazione dei comportamenti operativi, è proposto a tutte le donne che si presentino ai servizi consultoriali per l'IVG.

L'OBIETTIVO del percorso è quello di dare la massima attuazione a tutte le esigenze previste dalla Legge n. 194/1978, ed in particolare:

- rispetto della donna e delle sue esigenze di scelta responsabile della maternità;
- tutela della vita;
- in relazione alle motivazioni, ricerca ed attivazione di tutte le possibili alternative personalizzate all'IVG.

1.1. Profilo di integrazione socio sanitaria

- La presa in carico della donna da parte della struttura consultoriale (o di eventuali strutture particolarmente dedicate come i consultori giovani) in quanto referente principale di tutte le azioni di tipo socio sanitario previste dal percorso sul territorio;
- La creazione di protocolli operativi tra le Asl, gli enti locali e il privato sociale per la rapida attivazione delle figure professionali non presenti nella dotazione dell'equipe consultoriale (es. psicologo, assistente sociale, educatore professionale), necessari a garantire la presa in carico delle problematiche della donna che richiede IVG.
- L'attivazione di convenzioni tra le ASL, gli enti locali (Comuni/Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, centri per la famiglia) e le realtà del Volontariato/Privato sociale con l'obiettivo condiviso, previsto dalla legge 194/78, di potenziare le azioni atte ad assistere le donne in gravidanza per rimuovere le cause che portano al ricorso all'aborto volontario, anche consentendo alle donna di fare valere i propri diritti di lavoratrici e di madri al fine di dare così più concreta attuazione al diritto alla procreazione cosciente e responsabile, al riconoscimento del valore sociale della maternità e alla tutela della vita umana dal suo inizio.
- L'istituzione di un registro regionale per i soggetti del Volontariato/Privato sociale autorizzati alla stipula di convenzioni di cui al punto precedente, previa definizione di precisi requisiti organizzativi per l'accreditamento degli stessi, quali attori del percorso assistenziale.
- Il coordinamento rapido e facilitato tra gli operatori con integrazione tra le diverse competenze professionali.
- La produzione e diffusione alla popolazione di materiale informativo sul percorso offerto dalle strutture coinvolte, da diffondere presso gli ambulatori dei MMG, i gruppi di cure primarie, i Consultori familiari pubblici e privati accreditati, le unità operative ospedaliere di ostetricia e ginecologia.

1.2. Monitoraggio dei dati e delle attività

Si raccomanda che le ASL/ASO effettuino un costante monitoraggio delle modalità operative dei Servizi Consultoriali e Ospedalieri attraverso indicatori quali:

- la percentuale di interventi effettuati a 11 – 12 settimane,
- i tempi d'attesa,
- la percentuale di personale obiettore,
- la percentuale di ritorno ai consultori per il controllo post IVG,
- la scelta contraccettiva con particolare attenzione alle fasce esposte
- il numero di donne che rinuncia all'IVG come conseguenza della corretta applicazione dell'art. 2 della Legge n. 194/1978,
- il numero di accessi al percorso rispettivamente presso i servizi consultoriali, le strutture ospedaliere, i centri per la famiglia e le altre strutture del Volontariato/privato sociale.

2. IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Lo sviluppo temporale del percorso è strettamente correlato all'epoca gestazionale e ai termini previsti dalla legge (90 giorni) per eseguire l'intervento.

2.1. L'accesso al percorso e la presa in carico

L'accoglienza della donna in gravidanza può essere indifferentemente effettuata dai servizi consultoriali, dai centri per la famiglia e dalle altre strutture del Volontariato/privato sociale, che abbiano stipulato idonee convenzioni previste nel presente protocollo.

Nel Consultorio la donna deve sempre essere presa in carico: qualunque operatore riceva la richiesta (telefonica o diretta) deve fissare nel più breve tempo possibile - non oltre 3 giorni per i consultori con apertura quotidiana e comunque non oltre 7 giorni per tutti - un appuntamento per il colloquio di accoglienza e l'eventuale rilascio della documentazione necessaria (documento o certificazione), ricordando alla donna che dovrà presentarsi con l'esito scritto del test di gravidanza. Deve rimanere documentazione scritta del colloquio di accoglienza.

Sarebbe auspicabile che ogni singola ASL, come previsto dalla normativa per la distribuzione diretta dei farmaci, mettesse a disposizione delle strutture consultoriali i kit per l'esecuzione dei test immunologici di gravidanza.

Anche le donne straniere devono essere accolte in ogni consultorio seguendo l'iter suddetto. Qualora non siano in possesso della tessera sanitaria o di altra assicurazione o del codice STP (straniero temporaneamente presente) vanno indirizzate agli uffici ISI competenti per territorio, ove presenti; la singola ASL deve comunque permettere l'accesso alla prestazione.

Sarebbe auspicabile che gli uffici ISI autorizzassero gli operatori dei consultori al rilascio di codici STP.

2.2. Il sostegno ad una scelta responsabile: la relazione utente/operatori nel percorso assistenziale

Va ribadita l'importanza dell'accoglienza e del primo colloquio.

Dopo aver ascoltato le motivazioni alla base della richiesta e averle valutate insieme alla donna/coppia, va accertata la volontà di ricorrere all'IVG.

Durante il primo colloquio, per il quale, se necessario e richiesto, deve essere presente il mediatore culturale e/o l'operatore del volontariato e del privato sociale coinvolti nel percorso, devono essere affrontate le seguenti aree tematiche:

- a) circostanze che inducono alla richiesta di IVG;
- b) quadro attuale della situazione individuale, familiare e sociale della richiedente;
- c) consapevolezza della donna relativamente all'evento abortivo;
- d) motivazioni indicate dalla legge per la richiesta di IVG: serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione al suo stato di salute, o delle sue condizioni economiche, o sociali, o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsione di anomalie o malformazioni del concepito
- e) comportamento contraccettivo e precedenti interventi di IVG;
- f) analisi e ricerca delle soluzioni alternative all'IVG nella valorizzazione delle risorse della donna.
- g) Intervento di counselling di sostegno alla maternità a cura degli operatori del consultorio e/o dell'operatore del volontariato e del privato sociale convenzionati e coinvolti nel percorso.

Nel caso di minorenni, il/i colloquio/i con l'interessata devono essere improntati oltre che all'approfondimento degli elementi che hanno portato alla scelta di richiedere l'IVG, anche

- alla scelta di comunicare o meno agli esercenti la potestà la propria decisione: il percorso decisionale deve essere rivalutato e, ove possibile, deve essere consigliato alla minore il coinvolgimento di almeno una figura genitoriale;
- all'accertamento dell'esistenza delle condizioni di libera scelta, assicurando sempre alla minore colloqui (o parte di colloqui) da sola per chiarire con lei il contesto relazionale, la posizione espressa dai vari soggetti coinvolti, il grado di libertà o eventuali pressioni nella scelta.

La relazione tra operatori e utente deve essere improntata in tutte le sue fasi ad una logica di:

- aiuto/sostegno

- a) *alla scelta* libera e consapevole da parte della donna nel proseguimento o meno della gravidanza e, nel caso di minori, anche nella comunicazione o meno ai genitori di tale scelta;
- b) *alla analisi con la donna*, nel rispetto della dignità, della riservatezza e della sua volontà, delle motivazioni della richiesta, dei fattori influenti e delle varie possibilità di aiuto e delle modalità per ottenerle;
- c) *alla gestione* delle fasi del percorso assistenziale delle emozioni suscitate nella donna dall'evento, delle dinamiche relazionali tra la donna e gli altri soggetti coinvolti (partner, genitori in caso di minori, ecc.);
- d) all'accesso al servizio di psicologia, in caso di necessità, e/o di fronte ad una situazione di IVG ripetuta, di donna in evidente stato di crisi e simili;
- e) altri colloqui successivi nel caso emerga la volontà di proseguire la gravidanza;
- f) nel caso di intenzione di interrompere la gravidanza, avvio al medico ginecologo per intervento.

- trasparenza

- a) *nel percorso*, con un aggiornamento puntuale sulle azioni da seguire;
 - b) *nella tempistica*, con la definizione precisa dei tempi delle varie fasi del percorso
- Nel caso di minori è fondamentale l'identificazione, da parte dell'equipe consultoriale, di un *tutor* che segua tutti i passaggi del percorso assistenziale e che rappresenti un punto di riferimento non esclusivo, ma facilitante per la minore.

L'equipe del consultorio deve avere rapido accesso all'ausilio di mediatori culturali per consentire alle donne straniere, qualora la situazione lo richieda, la facilitazione della relazione.

- **informazione**

- a) sui diritti previsti dalla normativa statale e regionale vigente a tutela della procreazione responsabile, quali, a titolo esemplificativo:
- astensione preventiva da lavori pericolosi e cambio di mansioni in gravidanza (Legge n. 1204/1971);
 - diritto di riservatezza nel parto e possibilità di rinunciare anonimamente alla propria funzione genitoriale alla nascita del bambino (Legge n. 194/ 1983);
 - autorizzazione all'adozione o all'affido temporaneo in qualunque fase dopo la nascita (Legge n. 194/1983 e n. 149/2001)
 - erogazione di sostegni economici post parto per condizioni di precarietà lavorativa della donna (Legge n. 448/ 1998);
 - congedi dal lavoro obbligatori e retribuiti fino al compimento dei tre anni del bambino, congedi facoltativi fino agli 8 anni del bambino, possibilità di lavoro part-time con tutela del posto di lavoro, diritto di assistenza per malattia del figlio/a (Legge n. 53/2000);
 - diritto allo studio in ambito lavorativo;
 - diritto di assistenza per handicap del figlio/a (Legge n. 104/1992);
 - Interventi di sostegno alla genitorialità ed all'infanzia previsti dai Piani di Zona da parte degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, dai Consultori familiari (Legge n.328/2000) e dai Centri per le famiglie (Legge regionale n. 1/2004;
- b) sulle opportunità offerte localmente *da organizzazioni del Privato sociale e/o da organizzazioni di volontariato accreditato*, per valutare soluzioni alternative concrete
- c) sulle prestazioni sanitarie e sociali, di cui è possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse, nonché sulle relative modalità di erogazione.

Il primo colloquio deve essere svolto secondo le indicazioni sopra descritte anche nel caso in cui avvenga nella struttura pubblica (ospedale), che, nel contesto dell'accettazione, deve fornire un'accoglienza riservata e rispettosa della privacy, e, accertato che il percorso effettuato non sia avvenuto attraverso il Consultorio, fornire informazioni sulla possibilità di un colloquio con un operatore presso il Consultorio o presso il servizio del volontariato/privato sociale convenzionato.

Al termine del primo colloquio ed in base agli esiti ed alla volontà della donna, l'operatore può procedere in due direzioni:

- 1) fissare un colloquio e/o un incontro con un operatore del Centro per le famiglie o dell'organizzazione di volontariato e del privato sociale accreditato, per favorire l'accesso alle risorse disponibili;
- 2) esporre il percorso successivo e fissare un appuntamento per la visita.

3. IL PERCORSO SANITARIO

Il percorso sotto il profilo sanitario deve essere improntato ai seguenti obiettivi/requisiti:

- La presenza in ogni sede consultoriale e ospedaliera di personale non obiettore che permetta la completa applicazione della legge 194/78.
- La gratuità delle prestazioni richieste.

- La competenza territoriale unica nel caso di minore residente in altro luogo (nel caso in cui nell'equipe di consultorio non sia presente l'assistente sociale o l'educatore professionale è necessario concordare con il servizio sociale la competenza territoriale della presa in carico).
- Il raccordo tra i consultori e le strutture autorizzate all'intervento.

Le sezioni che seguono descrivono nel dettaglio le varie fasi del percorso sanitario dell'IVG.

3.1. Intervento entro i 90 giorni di gestazione

3.1.1. L'accertamento dello stato di gravidanza e dell'età gestazionale

Deve essere eseguita da personale medico attraverso:

- L'esecuzione del test di gravidanza, la cui refertazione ha valore legale (lab. analisi, consultorio, farmacia)
- visita ginecologica
- un'ecografia per datazione, se valutata necessaria

Al fine di garantire la tempestività delle prestazioni devono essere predisposti dei percorsi facilitati (mediante l'attivazione di appositi protocolli tra i servizi consultoriali/i centri famiglia e gli altri soggetti del volontariato/privato sociale) con le strutture sanitarie che eseguono l'ecografia per datazione.

Particolare attenzione deve essere dedicata alla tutela della riservatezza: la procedura di consegna del referto con la documentazione iconografica deve avvenire in busta chiusa.

Nel caso di minorenni, i protocolli operativi devono prevedere la possibilità del ritiro del referto in autonomia dagli esercenti la potestà, oltre che dell'esenzione del ticket per il test di gravidanza.

3.1.2. Emissione del documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta di IVG o del certificato attestante l'urgenza da parte del medico.

Nel caso di rilascio del documento (redatto nei casi in cui non venga riscontrata l'urgenza) il medico invita la donna a soprassedere per sette giorni, informandola che, trascorso tale periodo, può presentarsi, per effettuare l'IVG, presso le strutture autorizzate all'intervento.

Nel caso in cui sia riscontrata l'urgenza, il medico informa la donna circa la possibilità di presentarsi immediatamente presso le strutture autorizzate all'intervento, con il certificato emesso.

Nel caso di donne minorenni si distingue tra

- a) minorenni con autorizzazione degli esercenti la potestà genitoriale o tutela (è necessaria l'autorizzazione di entrambi i genitori anche se legalmente separati): la documentazione rilasciata dal medico deve essere firmata: il documento consente alla minore, accompagnata dagli esercenti la patria potestà, di presentarsi presso le strutture autorizzate all'intervento;
- b) minorenni che chiedono di non avvisare gli esercenti la potestà genitoriale o tutela (comma secondo art. 12): il medico redige il documento o il certificato attestante l'urgenza, indicando quanto descritto all'art. 5 e la dichiarazione della volontà della minore di non comunicazione agli esercenti la potestà, senza consegnarlo

all'interessata in quanto incompleto. Il medico redige inoltre una relazione medica per il Giudice Tutelare (G.T.) indicando una dichiarazione sull'epoca gestazionale.

Il personale del consultorio effettua uno o più colloqui con la minore e produce, entro 7 giorni o, in caso di urgenza, nel più breve tempo possibile, una relazione contenente informazioni sul contesto sociale e un'analisi sulle motivazioni, che inducono la minore a non avvisare gli esercenti la potestà, e deve esprimere il parere del servizio.

Il personale del Consultorio inoltra quindi richiesta di udienza al G.T. (individuato, ai sensi dell'art. 12, comma 2, in quello che ha competenza sul territorio in cui risiede il Consultorio a cui si è rivolta la minore e non dove risiede la minore stessa): l'udienza deve essere garantita dal G.T. entro 5 giorni dalla richiesta (comma secondo art. 12): il servizio deve, quindi, garantire l'accompagnamento della minore all'udienza fissata.

- c) nel caso in cui, in presenza degli esercenti la potestà, si accerti il rifiuto dell'assenso o pareri difformi tra i medesimi (comma secondo art. 12), le procedure coincidono con quelle descritte nella lettera precedente.

Una volta contattati gli esercenti la potestà, il personale del consultorio organizza, se disponibili, uno o più colloqui, che, a seconda dell'opportunità, possono svolgersi anche in parti separate e che devono tendere a ricomporre i dissidi intorno alla scelta della minore e, se non è possibile, a raccogliere le posizioni per le argomentazioni della relazione e del parere finale richiesto al servizio.

Dato atto che la Legge n. 194/1978 non identifica le figure professionali da coinvolgere per la presa in carico della minore, si ritiene che essi debbano essere individuati preferibilmente nella figura dello psicologo e dell'assistente sociale e/o educatore professionale. Si raccomanda, nel caso in cui tutti i profili professionali non siano presenti all'interno dell'equipe consultoriale, l'attivazione di procedure di messa in rete tra i diversi servizi/istituzioni, per garantire la corretta presa in carico.

- d) nel caso di sussistenza di grave pericolo per la salute della minore (comma terzo dell'art. 12) il medico redige il certificato dichiarante le condizioni d'urgenza.

Un operatore del Consultorio prende contatto con la struttura ospedaliera chiarendo che si tratta di procedura d'urgenza ed effettua la prenotazione della prima visita nella struttura che eseguirà l'intervento. Si sottolinea che tale certificazione, a norma del comma terzo art. 12, costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento.

Il personale del Consultorio deve garantire, se necessario e qualora non sia presente almeno un detentore la patria potestà o il tutore, l'accompagnamento della minore presso la struttura, che eseguirà l'intervento oltre che al momento delle dimissioni dalla struttura ospedaliera. Al fine di facilitare l'esecuzione tempestiva e idonea delle attività è prevista la stesura di protocolli per la continuità assistenziale presso le strutture di riferimento ospedaliere o autorizzate all'intervento.

3.1.3. Avvio del percorso presso la struttura ospedaliera o autorizzata all'intervento

Gli operatori dei servizi consultoriali devono prendere contatto con la struttura ospedaliera identificata per l'intervento: deve essere prevista la possibilità di prenotare telefonicamente il primo accesso alle prestazioni ospedaliere.

La donna deve essere correttamente informata su tutto il percorso di IVG direttamente dal personale e/o con la consegna di opuscoli informativi contenenti indicazioni utili sul percorso e sulla struttura ospedaliera identificata per l'intervento.

Al fine di agevolare l'attuazione del percorso si prevede la stesura di protocolli per la continuità assistenziale presso le strutture ospedaliere o autorizzate all'intervento.

Nel caso di minorenni, il personale del consultorio deve garantire, se necessario e qualora non sia presente almeno un detentore la patria potestà o il tutore,

l'accompagnamento della minore presso la struttura, che eseguirà l'intervento oltre che al momento delle dimissioni dalla struttura ospedaliera.

3.1.4. Appuntamento per la visita di controllo

Gli operatori del Consultorio devono sempre concordare con la donna un appuntamento, da effettuarsi possibilmente entro 14-21 giorni dall'intervento, per una visita di controllo post intervento per la valutazione delle complicanze ed un colloquio per la proposta contraccettiva .

3.2. Intervento oltre i 90 giorni di gestazione

Si sottolinea che la certificazione che attesti lo stato di grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna, anche minore, deve essere eseguita da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ospedale, in cui deve praticarsi l'intervento (comma primo dell'art. 7).

Ad esclusione di quanto sotto specificato si rinvia al punto precedente.

3.2.1. L'accertamento dell'età gestazionale: deve essere eseguita da personale medico attraverso l'effettuazione di una visita ginecologica e di un' ecografia per datazione.

3.2.2. Valutazione sulla possibilità che sussistano le condizioni di cui all'art. 6: il medico effettua un colloquio e redige una relazione d'accompagnamento per la struttura ospedaliera: deve essere esplicitato il sospetto, che sussistano elementi che indichino la possibilità di un grave pericolo per la vita della donna o che possano essere in corso processi patologici comprese rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che possano determinare un grave pericolo per la sua salute fisica o psichica.

3.2.3. Invio alla struttura ospedaliera autorizzata all'intervento di riferimento.

Gli operatori dei servizi consultoriali devono prendere contatto con la struttura ospedaliera identificata per l'intervento chiarendo la natura dell'invio .

Nel caso di minorenni, il personale dei servizi consultoriali deve garantire l'accompagnamento della ragazza (se necessario, perché sola) presso la struttura che eseguirà l'intervento e, anche, al momento delle dimissioni dalla struttura ospedaliera, qualora non sia presente almeno un detentore la patria potestà o il tutore.

4. CASI PARTICOLARI

La presente sezione descrive le modalità operative da adottarsi nel caso si configuri una delle situazioni descritte.

4.1. Donna straniera maggiorenne

4.1.2. Identificazione della donna straniera attraverso documento di identità emesso da stati extracomunitari.

Gli operatori del Consultorio (preferibilmente assistente sociale o educatore professionale) avviano la procedura di asseverazione (traduzione e validazione) del documento di identificazione.

Le singole ASL devono definire la procedura di riferimento.

4.2.2. Assenza di documenti attestanti l'identità della donna straniera

Gli operatori del Consultorio attivano presso il Centro I.S.I. di competenza degli accertamenti amministrativi e sanitari finalizzati all'accertamento dell'identità personale. In applicazione della deliberazione della Regione Piemonte n° 56-10571 del 15 luglio 1996, la mancanza del documento all'atto della richiesta di IVG non preclude l'avvio del percorso con rilascio di certificazione, ma la donna deve essere informata sulla necessità del documento di identità al momento del ricovero o di testimoni in possesso di documenti che validino la sua identità.

4.2. Minorenni

4.2.1. Lontananza, incapacità o altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà

Gli operatori del consultorio (preferibilmente assistente sociale o educatore professionale) avviano il percorso secondo modalità di applicazione dell'art. 317 del Codice Civile¹ che devono essere concordate con la struttura sanitaria autorizzata all'intervento.

4.2.2. Esercizio esclusivo della potestà da parte di un genitore per morte dell'altro

Alla presenza di un operatore del Consultorio il genitore superstite esercente la potestà firma di un'autocertificazione attestante la situazione e/o copia dell'atto di morte da allegare alla documentazione.

4.2.3. Identificazione della minore straniera attraverso documento di identità emesso da stati extracomunitari

Gli operatori del Consultorio (preferibilmente assistente sociale o educatore professionale) avviano la procedura di asseverazione (traduzione e validazione) del documento di identificazione.

Le singole ASL devono definire la procedura di riferimento.

L'Asl a cui appartiene il Consultorio, nei casi 3a.2, 3a.3 o intervento dopo i 90 giorni senza la presenza di almeno un detentore la patria potestà, si fa carico delle spese di asseverazione del documento.

4.2.4. Assenza dei detentori la potestà dal territorio nazionale

Il personale del consultorio (preferibilmente assistente sociale o educatore professionale) deve garantire l'accompagnamento della minore presso il G.T. competente per territorio (coincidente con quello in cui risiede il Consultorio a cui si è rivolta la minore) per il provvedimento di nomina di un tutore.

¹ Art.317 C.C. Impedimento di uno dei genitori

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155 sull'affido condiviso.

Le modalità di segnalazione e l'eventuale documentazione occorrente devono essere concordate con il G.T. competente.

4.2.5 Assenza di documenti attestanti l'identità della minore

a) nel caso in cui la minore è accompagnata da adulti, che si dichiarano suoi genitori, il personale del consultorio richiede ai genitori di attestare l'identità della minore attraverso l'esibizione di idonea documentazione. Qualora, in base ai documenti forniti, sussistano dubbi sulla genitorialità degli adulti, che accompagnano la minore, il personale del consultorio deve garantire l'accompagnamento della minore presso il G.T. competente per territorio (identificato con quello in cui risiede il Consultorio a cui si è rivolta la minore) secondo le procedure previste in assenza o dissenso dei detentori la potestà o tutela (comma 2° art. 12).

Ci si riferisce esclusivamente alla situazione in cui la minore non è in possesso nè può ottenere il rilascio di documenti attestanti la propria identità

b) nel caso in cui la minore chiede di non avvisare gli esercenti la potestà genitoriale o tutela (comma secondo art. 12), il personale del consultorio deve garantire l'accompagnamento della minore in tutte le fasi del percorso (G.T., accertamenti sanitari ed intervento) a garanzia della continuità della sua identità.

5. AZIONI AD OFFERTA ATTIVA DURANTE I COLLOQUI

Deve essere prevista, durante l'effettuazione dei colloqui previsti ai punti precedenti, l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) SOSTEGNO E CONSULENZA PSICOLOGICA a favore dell'interessata (insieme ad altri soggetti coinvolti ove la donna lo consenta), agli altri soggetti coinvolti da effettuarsi nelle varie fasi del percorso e dopo l'intervento
- b) APPROFONDIMENTI SU RISCHI MALFORMATIVI/GENETICI PER IL NASCITURO da parte del personale medico e ostetrico
- c) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE PREVISTE DALLA LEGGE 194/78 ad altri soggetti coinvolti

6. LA VISITA DI CONTROLLO POST IVG E LA CONTRACCEZIONE

Le donne che hanno affrontato un aborto sono a rischio di un'altra gravidanza indesiderata.

Il ricorso ai metodi contraccettivi, inclusa la contraccezione d'emergenza, per la prevenzione di gravidanze indesiderate, deve essere facilitato. Vanno individuate le eventuali resistenze all'utilizzo dei contraccettivi ed attivate procedure per il loro superamento.

6.1. La scelta contraccettiva post aborto

Ogni donna deve essere informata che la ripresa dell'ovulazione dopo l'I.V.G. può avvenire precocemente, anche prima che compaia il ciclo successivo.

In generale, l'età anagrafica non costituisce ragione medica per negare un metodo contraccettivo all'adolescente. Per ciascun metodo vanno fornite informazioni dettagliate,

vanno valutate le precedenti scelte contraccettive e le motivazioni che ne hanno portato al fallimento.

Quando sussiste il rischio di trasmissione di Infezioni Sessualmente Trasmesse, deve essere fortemente raccomandato l'uso del profilattico da solo o in associazione ad un altro sistema contraccettivo (la cosiddetta "doppia protezione").

Particolare attenzione deve essere posta ai successivi appuntamenti in consultorio per il monitoraggio del metodo scelto al fine di valutare l'adesione alla scelta contraccettiva, il grado di soddisfazione, eventuali problemi ed effetti collaterali o le mutate esigenze della donna.

6.2. Momento in cui iniziare la contraccezione post-aborto

Per ciascun metodo **deve sempre essere garantito un adeguato colloquio informativo prima dell'utilizzo**. In caso contrario è preferibile rinviare l'inizio dell'uso, fornendo nel frattempo un metodo temporaneo.

Si possono identificare quattro principali situazioni cliniche che influenzano il momento in cui iniziare la contraccezione post aborto:

Assenza di complicanze	Non è giustificata alcuna attesa nell'avvio della contraccezione, molti metodi possono essere utilizzati nell'immediato post aborto: - Pillola (preferibilmente progestinica per il minor rischio trombotico) - IUD al rame o levonorgestrel - Metodi di barriera (profilattici, diaframma, spermicidi)
Complicanze infettive (accertate o presunte)	E' necessario rimandare l'applicazione dello IUD fino alla risoluzione dell'infezione; Se la scelta della paziente era indirizzata allo IUD, è utile suggerire un metodo temporaneo (profilattico), stabilendo contestualmente gli appuntamenti successivi. Non ci sono controindicazioni all'uso degli altri metodi.
Emorragia e anemia grave	Non esistono restrizioni per l'uso della pillola e per i metodi di barriera. Rinviare l'inserimento dello IUD (al Rame).
Traumi (perforazione, trauma cervicale ...)	Rinviare l'inserimento dello IUD ed offrire un metodo temporaneo. Non ci sono controindicazioni all'uso degli altri metodi.

7. ABORTO DEL SECONDO TRIMESTRE

L'uso dello IUD deve essere rimandato a sei settimane dopo l'aborto quando si sarà completata l'involutione uterina.

La percentuale di espulsioni di IUD applicati dopo un aborto aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età gestazionale.

Non ci sono controindicazioni all'uso degli altri metodi.

8. RACCOMANDAZIONI NEL RAPPORTO CONSULTORIO - STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'INTERVENTO

Il documento e la certificazione emessi dal medico a norma degli art. 5 e 12 della legge 194/78 costituiscono impegnativa di ricovero presso qualunque struttura autorizzata all'intervento.

Il consultorio dovrebbe poter prenotare l'IVG in ogni ospedale della Regione.

Nella struttura, ospedaliera o ambulatoriale, dovrebbe essere individuato un operatore che si occupi delle prenotazioni che pervengono dai Consultori, senza eccessive restrizioni di orario e senza limiti di residenza.

Se la donna si rivolge direttamente presso le strutture ospedaliere o ambulatoriali che effettuano le IVG, preferenzialmente va rinviata al consultorio per l'attivazione della procedura come sopra prevista, qualora i termini temporali lo consentano.

Ogni struttura autorizzata ad effettuare interventi di IVG dovrebbe garantirne un numero settimanale sufficiente a coprire il bisogno atteso al fine di evitare liste di attesa.

Gli interventi di IVG devono essere sempre considerati delle urgenze ove la richiesta venga effettuata in prossimità del 90° giorno. Alcuni posti vanno riservati a questo tipo di urgenze per offrire la possibilità di effettuare l'intervento entro le 24/48 ore.

Si raccomanda in ogni caso, nell'interesse della donna, di ridurre al minimo i tempi di attesa per l'esecuzione dell'intervento

Devono essere fornite informazioni sulle diverse modalità di intervento e di anestesia al fine di una consapevole adesione. La scelta del metodo per effettuare l'interruzione di gravidanza (farmacologico o chirurgico) e di analgesia (locale o generale) dovrebbe essere resa possibile per tutte le pazienti salvo indicazioni mediche particolari.

E' fortemente raccomandato che il ricovero in day hospital avvenga in stanze separate da gestanti, partorienti o donne che hanno abortito spontaneamente e, in caso di minori, in stanze separate dedicate.

Va prevista la possibilità che la minore sia assistita in tutto il periodo di ricovero da una persona di sua fiducia.

All'atto della dimissione dall'ospedale la donna dovrebbe ricevere:

la lettera di dimissione;

spiegazioni verbali esaustive su quello che può accadere nei giorni successivi all'intervento, sulla terapia da effettuare e sulla struttura a cui rivolgersi in caso di complicanze;

una informazione scritta contenente le stesse spiegazioni verbali e le indicazioni sui metodi contraccettivi e le sedi dei consultori pubblici a cui rivolgersi;

le raccomandazioni sull'importanza della visita post- IVG programmata dal Consultorio.

Si auspica l'attuazione di protocolli ospedalieri comuni per gli accertamenti pre-operatori.

REQUISITI DELLE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO E DELLE ASSOCIAZIONI DI PRIVATO SOCIALE PER IL CONVENZIONAMENTO CON le ASL/Enti gestori della funzione Socio Assistenziale per erogazione delle prestazioni previste a sostegno della donna e della famiglia.

Al fine di promuovere la natalità e di rimuovere le cause che possono indurre la donna a richiedere l'interruzione della gravidanza, le ASL devono avviare opportune collaborazioni per realizzare le dovute sinergie tra tutti gli enti coinvolti (Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, Centri per le Famiglie) ed in particolare con le organizzazioni **di volontariato e associazioni del privato sociale, operanti nel settore della tutela materno infantile ed** iscritte negli elenchi delle ASL.

Gli elenchi in questione hanno la finalità di mettere a disposizione delle persone, delle famiglie, degli enti locali e degli enti no profit, nonché delle unità di offerta sociali e sociosanitarie, informazioni sulle opportunità, presenti nei diversi contesti territoriali, per la promozione della vita ed il sostegno della natalità.

Gli elenchi offriranno inoltre la possibilità di individuare il servizio più vicino al proprio territorio con cui attivare collaborazioni e sinergie.

Ai fini della formulazione degli elenchi, si individuano di seguito i requisiti minimi che dovranno possedere gli enti no profit.

Requisiti soggettivi

- Essere iscritto in uno degli appositi registri regionali o provinciali (es. registro associazioni di solidarietà familiare, registro delle associazioni di volontariato ecc.);
- presenza nello statuto della finalità di tutela della vita fin dal concepimento e di attività specifiche che riguardino il sostegno alla maternità e alla tutela del neonato;
- operare sul territorio piemontese;
- esclusione di qualsiasi attività lucrativa.

Requisiti tecnico organizzativi

- Essere operativo da almeno 2 anni;
- avere maturato esperienza nell'ambito del sostegno alle donne ed alla famiglia
- garantire la messa a disposizione di personale qualificato (psicologici, assistenti sociali, educatori professionali) anche in regime di reperibilità;
- garantire l'accessibilità al servizio per almeno 3 giorni alla settimana, anche attraverso l'impiego di volontari;
- disporre di una sede operativa che presenti uno spazio di accoglienza, che garantisca la privacy dell'utente, dotata di telefono, fax e collegamento internet.