

Cdd di Parma
Convegno, 14 Ottobre 2023

***Capace di scegliere
Aborto, libertà e diritti a 45 anni dalla legge 194***

Intervento: A Parma come siamo messe con l'aborto?

(a cura di Ebe Quintavalla, gruppo Salute donna, Casa delle donne di Parma)

Premessa

Le fonti utilizzate per questo intervento sono il Report regionale IVG anno 2021 e la relazione ministeriale IVG anno 2021 (in quanto ultimi dati di cui disponiamo) nonché alcune informazioni di contesto ricavati dall'ISTAT e dall'Osservatorio della Provincia di Parma.

Le riflessioni a commento si avvalgono anche degli incontri avuti con diverse donne in rapporto con la CDD di Parma e dei diversi contatti preparatori svolti con le dirigenze Asl (coordinatrici e coordinatori di servizi, figure mediche ed ostetriche operanti in ambito consultoriale o comunque impegnate direttamente nella effettuazione degli interventi IVG).

Ai fini di questo convegno si sono considerati solo i dati ritenuti più significativi secondo un approccio che vuole essere contemporaneamente di tipo culturale, politico ed organizzativo e che si riconosce in una ottica femminile/femminista.

Il linguaggio utilizzato nelle considerazioni di tipo statistico è volutamente quello del quotidiano al fine di facilitarne la comprensione anche per chi non è addetto ai lavori.

Per quanto riguarda l'uso di alcuni termini si precisa che:

- il territorio dell'ASL di Parma (come di tutte le asl della nostra regione) corrisponde a quello della nostra provincia
- con il termine AOU ci si riferisce alla Azienda Ospedaliero Universitaria che corrisponde all'Ospedale Maggiore di Parma.

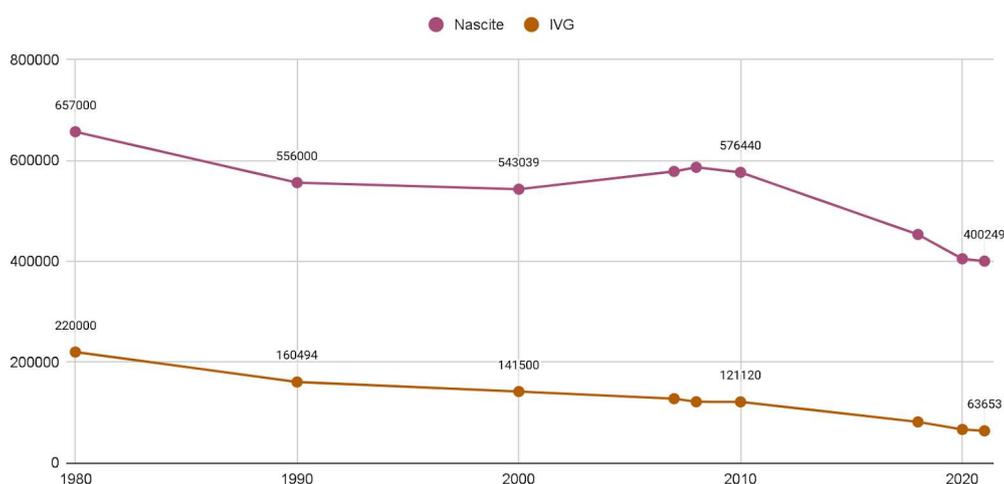
L'intervento, a cura di Ebe Quintavalla, è stato discusso e concordato con il gruppo Salute Donna di cui fa parte e formato da Elisabetta Mora, Nadia Bocchi, Elisa Rasori, Cristina Quintavalla, Sara Vecchi, Roberta Maggiali, Barbara Bottarelli.

La parte grafica è stata curata da Noah Raffaele La Masca

L'IVG, il suo andamento negli anni e falsi slogan

Ritengo opportuno iniziare questo intervento dicendo che il solito mantra trito e ritrito secondo cui calano le nascite perché le donne abortiscono sempre di più non corrisponde al vero. Assumendo infatti come riferimento l'anno 1980 in cui, sicuramente al centro nord, è emerso il grosso della abortività clandestina, si può osservare nel giro di 40 anni un calo pressoché costante sia delle nascite (**meno 40%**) che delle ivg (**meno 70%**).

Grafico 1: Andamento nascite e IVG 1980-2021



Se poi consideriamo la contemporanea diminuzione sia delle nascite che della ivg anche solo per l'ultimo decennio comparando Parma, Regione ed Italia abbiamo di nuovo la conferma di quanto esposto nel grafico n.1 seppur ovviamente con valori diversi in quanto trattasi di un arco di tempo in cui tale trend era già in corso da anni.

Tabella 1: Rapporto Nascite e IVG 2010-2021

Territorio	Nascite	IVG
Parma	-28,00%	-43,00%
Emilia Romagna	-27,00%	-47,00%
Italia	-29,00%	-45,00%

Ciò sta a significare che non vi è un rapporto diretto di causa /effetto fra i due fenomeni (se no avremmo un calo delle nascite in corrispondenza di un aumento delle ivg e viceversa) ma, come vedremo più avanti, le nascite diminuiscono per scelte ben precise e il controllo di tale diminuzione è sostenuta da comportamenti contraccettivi sempre più sicuri e diffusi.

Resta il fatto che il notevole decremento della IVG negli anni ci dice più cose e cioè:

- *come eravamo messi prima del 1978 con gli aborti volontari*: tanti, effettuati e sofferti in clandestinità, in genere supportati da una rete solidale femminile attraverso cui passavano informazioni, supporti reciproci e patimenti. Ma anche disprezzo, ricatti economici, rischi per la salute femminile. Nella totale e finta invisibilità pubblica;

- *quanto l'aborto volontario riguardasse allora come oggi tutte le fasce sociali, economiche religiose e culturali;*
- *quanto l'averlo reso visibile abbia contribuito ad aprire in contemporanea un dibattito pubblico sulla sua dimensione "nascosta" ma anche sulla necessità di un investimento serio delle politiche pubbliche sulla contraccezione sicura così come richiesto con forza dai partiti di sinistra e soprattutto da tutti i movimenti e le associazioni femminili/femministe.*

Un dibattito che ha messo al centro non solo l'IVG, sdoganandola dalla clandestinità e dal silenzio, ma nel contempo la sua prevenzione e tutta la tematica sessuale/ contraccettiva e procreativa dando voce alle donne, ai loro saperi, alle loro competenze e, soprattutto, alla loro autodeterminazione. Quest'ultima intesa come diritto da difendere e di cui appropriarsi non tanto in contrapposizione al soggetto maschile ma secondo una ottica di genere che riconosca al soggetto femminile la padronalità sul proprio corpo e sulle decisioni che la coinvolgono in prima persona. Quali appunto quelle procreative.

Dimensione del fenomeno

Ai fini di un minimo inquadramento dei dati va tenuto presente che nel 2021, i nati in provincia di Parma sono circa **3.300** e le donne residenti in età feconda (15/49 anni) sono **110.000**. In tale anno le IVG effettuate nella nostra ASL sono **670** (di cui 594 riguardanti donne residenti nella nostra provincia): un dato che, se confrontato con il 2019, presenta una diminuzione del 14%. Pertanto siamo in presenza di **5,4 IVG per mille donne in età feconda** (tasso di abortività).

Tabella 2 IVG, anno 2021

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (2021)	
Parma	670
Emilia Romagna	5671
Italia	63653

Circa la dimensione del fenomeno abbiamo ragione di ritenere per una serie di considerazioni legate sia alla diffusione dei servizi territoriali che al rapporto storico della popolazione emiliano/romagnola con il welfare locale, che tale dimensione corrisponda alla realtà e che quindi non vi siano sacche di clandestinità, anche per quanto riguarda donne straniere e giovanissime.

I dati qui riportati, letti anche in relazione all'andamento dell'ultimo triennio, ci confermano che siamo ancora in presenza di decrementi costanti anche se via via potrebbero essere sempre più contenuti arrivando ad uno zoccolo di stabilizzazione che ancora non sappiamo a quale dimensione si fermerà.

In tal senso potrebbe incidere un maggiore utilizzo della contraccezione di emergenza (la cosiddetta pillola del giorno dopo) su cui non si hanno ancora elementi conoscitivi sufficienti per stimarne un suo possibile sviluppo anche perché non ancora oggetto di campagne informative diffuse ed accurate.

Ma tornando ai dati, se pure parrebbe opportuna una valutazione critica circa l'ampiezza del fenomeno nel nostro territorio (e più complessivamente a livello regionale o nazionale) chiariamo da subito che l'obbiettivo del convegno, per quanto proponga delle riflessioni al riguardo, non intende aprire giudizi di merito.

Ognuno, ma soprattutto ogni donna (visto che si tratta di un intervento sul suo corpo) ha il suo metro morale di valutazione nella consapevolezza che tutte vorrebbero evitare di dover abortire. Ma nel contempo vi è anche un'altrettanta consapevolezza, sempre da parte delle donne, circa la fatica psicologica di mantenere per decenni comportamenti contraccettivi sicuri.

Soprattutto chi ha vissuto l'IVG sulla propria pelle, comunque la si giri con retoriche banali, sa che tale decisione è pesante, è vissuta con sofferenza e disagio seppure a diversi gradi di intensità a seconda delle motivazioni e delle situazioni che lo rendono necessario.

Pertanto le due frasi, troppo spesso utilizzate "*ho abortito e sto benissimo*" oppure "*ho abortito e sto malissimo*" per sostenere in modo perentorio e contrapposto una posizione piuttosto che un'altra, sono slogan che non aiutano a una riflessione equilibrata ed equidistante da tali polarizzazioni.

Inoltre, pur non entrando nel merito delle diverse valutazioni, va considerato che siamo in presenza di un diritto (o comunque di una prerogativa, se vogliamo essere pignole) assicurato da una legge dello stato di cui la donna intende avvalersi e per cui ha lottato fortemente in nome di un altro diritto: quello, appunto, all'autodeterminazione.

Luoghi dell'intervento

Per quanto riguarda i luoghi dell'intervento, si può notare un'articolazione che vede:

- **come luogo primario** la Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) da noi meglio conosciuta come Ospedale Maggiore che ha effettuato 256 interruzioni attraverso il servizio ambulatoriale del reparto di ostetricia/ginecologia di cui circa 200 con modalità farmacologica;
- **seguito dai presidi ospedalieri** di Vaio e Borgo Taro con i loro 233 interventi di cui l'88% effettuati a Vaio;
- **in terza posizione, la Casa di cura privata Città di Parma**, opportunamente accreditata con l'ASL che effettua 181 IVG cioè il 27% degli interventi (nei colloqui avuti è stato segnalato un numero un po' più alto).

Interventi, questi, che come indicato nel documento di accreditamento, prevedono solo la procedura **chirurgica** (quindi con ricovero in day hospital, anestesia o sedazioni profonde).

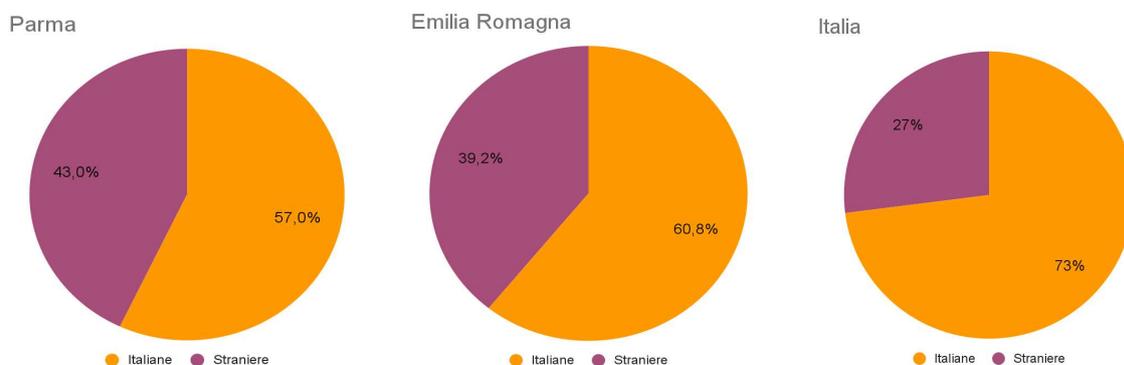
TAB.3 I luoghi dell'intervento 2021

Luoghi della IVG a Parma (2021)	
Ospedale Maggiore (AOU)	256
Presidi ospedalieri ASL	233
Casa di cura Città di Parma	181

IVG per cittadinanza

Come si può vedere dai grafici sottostanti le 594 donne residenti nella nostra provincia che nel 2021 hanno effettuato l'IVG sono per il 57% italiane e per il 43% straniere.

Grafici 2, 3, 4: Ivg per cittadinanza 2021



Considerando che queste ultime rappresentano a Parma il 20% della popolazione femminile in età feconda (15/49 anni) è di tutta evidenza un loro maggior ricorso a tale intervento, per quanto si stia assistendo a un calo costante negli ultimi anni, soprattutto da quelle di primo arrivo, anche in relazione allo sviluppo del loro percorso di integrazione/ inclusione sociale.

Resta il fatto che trattasi di una percentuale ancora decisamente significativa che si riverbera, ovviamente, sui più alti tassi di abortività e che ci fa riflettere:

- sulla loro cultura sessuale e contraccettiva di appartenenza di cui spesso vantiamo conoscenze che non abbiamo e che tendiamo a leggere a partire dalla nostra, quando invece occorre ragionare per differenza (es. la cultura contraccettiva delle donne del Maghreb non è uguale a quella di una donna della Nigeria, della Cina o dell'India e tanto meno a quelle dell'est europeo);
- sull'ancora frequente affidamento del controllo contraccettivo alla sola responsabilità maschile soprattutto da parte di molte donne provenienti, ad es., dal sud del mondo, oppure il ricorso all'IVG come soluzione messa in conto soprattutto per quanto riguarda le donne provenienti dall'Est europeo);
- su una scarsa conoscenza della contraccezione sicura e difficoltà sia di orientamento che di utilizzo della rete dei servizi locali.

È evidente, e ne parleremo più avanti, la necessità di un investimento promozionale molto minuzioso da parte dei consultori teso ad agganciare questa fascia di popolazione per facilitarne l'accesso e soprattutto il ritorno post IVG assicurando competenze relazionali in grado di rapportarsi alle loro culture di appartenenza, alle diverse autonomie decisionali e alle specifiche situazioni personali/familiari. Oltre a garantire, ovviamente, una qualificata mediazione linguistico/interculturale, purtroppo non sempre presente.

IVG per età

Come si può notare nel grafico 5, la percentuale più alta delle donne che ricorrono alla IVG è rappresentata dalla fascia di età 20/34 anni mentre quella delle minorenni o comunque delle giovanissime presenta valori molto bassi (che poi ritroveremo quando leggeremo i tassi di abortività).

Grafico 5: IVG per età, ASL Parma 2021

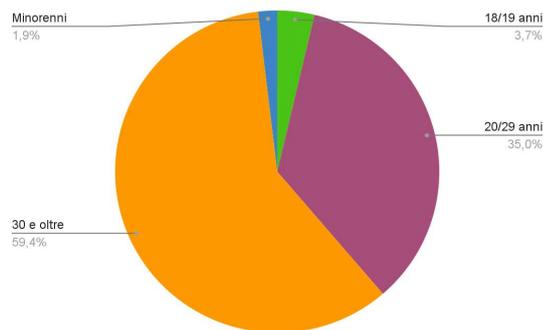
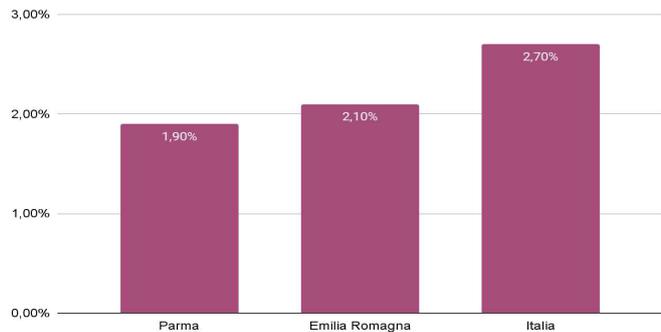


Grafico 6: IVG Minorenni 2021



Entrambi i dati sono in costante diminuzione nell'ultimo decennio anche se per le minorenni della nostra provincia il valore si presenta talmente basso per cui, per quanto auspicabile, non si ritiene possa diminuire ancora sensibilmente.

In concreto le infra-18enni che nella nostra provincia sono ricorse alla IVG nel 2021 sono l'1,9% pari a 13 ragazze (su 9.500 appartenenti alla fascia di età 15/18 anni) mentre la percentuale di quelle comprese nella fascia di età 18/20 anni è il 3,7% cioè 24.

Più complessivamente, quindi, nella nostra provincia sono ricorse all'IVG 37 giovani donne di età inferiore ai 20 anni.

Pertanto di fronte ad un altro mantra **quanto mai diffuso** secondo cui le ragazze abortiscono con estrema facilità possiamo dire, dati alla mano, che la dimensione del fenomeno dimostra un'altra realtà oggettiva e cioè che in questa fascia di età o non si fa sesso a rischio procreativo oppure se si fa (come si può presupporre) si adottano modalità contraccettive sicure, fra cui va messa in conto, appunto, la pillola del giorno dopo.

IVG ripetute

Pur trattandosi di un dato molto significativo (sicuramente uno dei più importanti) ai fini di una prevenzione secondaria non conosciamo l'ampiezza del fenomeno per la nostra provincia in quanto il report regionale non lo ha distinto per le diverse ASL.

Ciò detto e conoscendo la percentuale delle IVG ripetute in Emilia Romagna per il 2021 (27,5%) distinte per cittadinanza (italiane 22%, straniere 36,1%) possiamo presupporre, andando per analogia, che in provincia di Parma il numero di aborti ripetuti possa riguardare **166** donne di cui 75 italiane e 91 straniere.

Leggermente inferiore si presenta la percentuale delle ivg ripetute a livello nazionale dove la presenza delle donne straniere è a sua volta inferiore a quella del nostro territorio regionale e provinciale segnalando nel contempo, come del resto atteso, una forte differenza di abortività fra donne italiane (20,7%) e donne straniere (33%).

Tabella Riassuntiva 4: IVG ripetute, anno 2021

Parma	Non riportato	Non riportato
Emilia Romagna	27,50%	nelle italiane: 22% nelle straniere: 36,%
Italia	24,00%	nelle italiane: 20.7% nelle straniere: 33%

Resta comunque il fatto che sia i nostri dati regionali che quelli nazionali segnalano nel corso degli ultimi anni dei significativi decrementi, soprattutto da parte delle donne straniere di primo arrivo, su cui incide sicuramente l'adozione via via di pratiche contraccettive più sicure, gestite con più autodeterminazione e sostenute da una maggiore conoscenza della rete dei servizi.

Facendo una comparazione con alcuni paesi europei si riscontra che la pluriabortività italiana è fra le più contenute rispetto ad es. all'Inghilterra dove è del 42%, alla Spagna dove è del 35%, alla Svezia dove è del 45%, agli Usa che presentano un 41,8%.

È chiaro che la pluriabortività, specie se in tempi ravvicinati (dato, anche questo, non riportato nel report regionale ma certo desumibile dalla scheda di rilevazione) richiede, soprattutto da parte dei consultori, strategie preventive molto mirate attraverso piani personalizzati che prevedano, anche, ad esempio, una funzione di tutoring da parte della ostetrica tesa al sostegno per l'adozione di una **contraccezione sicura**, compresa quella di emergenza.

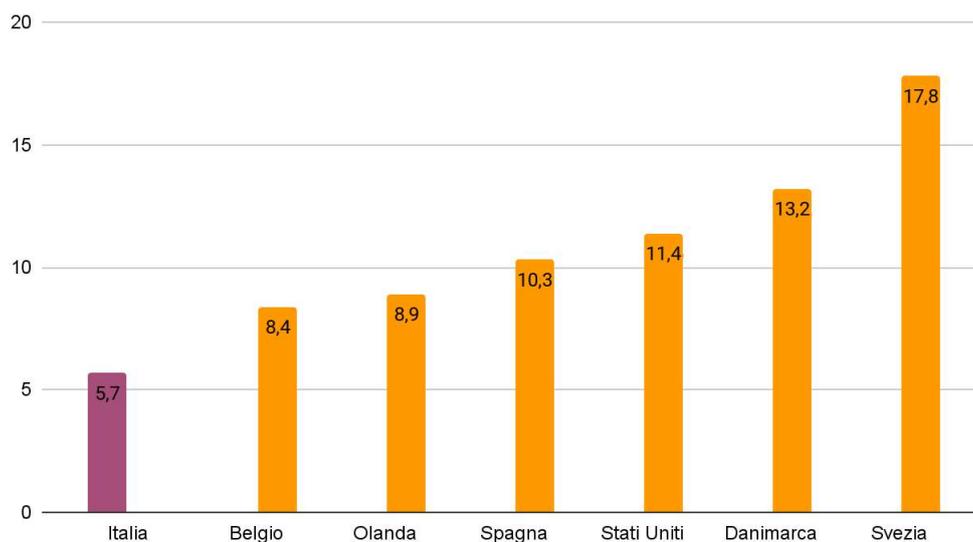
Tassi abortività

Il tasso di abortività per Parma (cioè il numero di aborti per mille donne in età feconda) è del **5,4%** che corrisponde sostanzialmente a quello nazionale (5,3%).

Trattasi di un dato che presenta un costante decremento (in coerenza con il calo delle IVG) e che si presenta fra i più bassi a livello internazionale. Vedi grafico n.7

Resta il fatto che i tassi di abortività italiani i cui valori corrispondono al nostro dato provinciale, sono tra i più bassi dell'occidente rispetto ad esempio, a quelli presentati alla Germania, la Spagna, l'Inghilterra, la Francia, l'Olanda, i Paesi scandinavi, i Paesi dell'est Europa e gli USA che si distinguono per valori più alti.

Grafico 7: Tassi di abortività in Europa a confronto, anno 2020



Tasso di fecondità e n. figli per donna

Se assumiamo come riferimento il n. dei figli per donna (appunto il tasso di fecondità) possiamo constatare sia a Parma che in Regione ed in Italia uno dei valori più bassi dell'occidente in quanto ci si sta assestando su **1,3 figli per donna** preceduti solo dalla Spagna che presenta un valore di 1,2 anche se dalle prime stime provvisorie per il 2023 il dato italiano è sceso al livello di quello spagnolo.

Al riguardo la **media europea** è un po' più alta ma sempre problematica presentando **n.1,53 figli per donna**.

Solo per fare alcuni esempi nel 2020 la Francia presenta 1,83 figli per donna, la Germania 1,58, Inghilterra e Danimarca 1,79; i paesi scandinavi 1,86 ma in calo dal 2021.

Lo stesso dato riportato dagli **USA è di 1,6**. Se poi consideriamo la **Cina**, (paese non occidentale seppur assimilabile per il suo sviluppo industriale e per essere considerata una potenza mondiale) il n. di figli per donna è addirittura **1,15**.

Tutte situazioni particolarmente critiche, in quanto, seppure con qualche diversità, la natalità in occidente è fortemente sotto la soglia di sostituzione (indicatore di rimpiazzo generazionale) che è di 2,1 figli per donna.

Per quanto riguarda in particolare la bassissima natalità italiana (che in buona parte riguarda tutto l'occidente a parte il primo punto sottoindicato) vanno tenuti presente in primis tre aspetti di fondo e cioè:

- È calato via via il bacino di donne in età feconda di cui al ben noto baby boom nel decennio 1965/75 in quanto oggi quelle donne sono ultra cinquantenni, e quindi non più in età procreativa;
- Si è spostata di molto in avanti l'età in cui le donne e le coppie avviano progetti genitoriali (verso i 32 anni e oltre) per cui tali posposizioni di per sé diminuiscono il potenziale di fertilità fino a scontrarsi non raramente con un orologio biologico ormai in scadenza o già scaduto.

- Tale posticipo complica ancora di più la possibilità procreativa se deve poi misurarsi anche con problemi di sterilità o di infertilità peraltro in crescita (vedi ad es. l'aumento significativo della sterilità maschile, di endometriosi, di aborti spontanei).
- Non tutte le donne, per quanto certamente una minoranza, concepiscono la maternità come una esperienza fondamentale che deve caratterizzare la loro vita.

Ma, considerando in particolare il nostro paese, le nascite diminuiscono perché le coppie, e soprattutto le donne non intendono più confrontarsi con:

- Fatiche *“materne”* di conciliazione del lavoro di cura con quello professionale vissute come troppo pesanti in quanto costringono a una quotidianità fatta di corse ad ostacoli e piena di stress. Fatiche che non consentono un equilibrio ritenuto sostenibile fra i diversi impegni da assolvere unitamente alla possibilità di coltivare anche aspirazioni ed interessi personali compresi nuovi protagonismi nella vita sociale e nello spazio pubblico;
- *Pesante sottodimensionamento dei servizi per l'infanzia e l'età evolutiva*, peraltro costosi (pensiamo ai Nidi) oltre che *non adeguati* sia alle esigenze del quotidiano sia ad una copertura qualificata di un lungo periodo estivo se non attraverso soluzioni private, sempre più costose e non sempre adeguate;
- *Incertezze* su un futuro lavorativo precario e non garantito;
- *Nonne e nonni, che da sempre sono il vero welfare fai da te a portata di mano* che escono sempre più tardi dal mercato del lavoro, sono caricati sempre più spesso da impegni di cura dei propri *“anzianissimi”* genitori e, potendo, hanno anche qualche progetto per sé oltre alla nonnità;
- *una collaborazione maschile* negli impegni di cura e della organizzazione familiare certamente molto più presente di un tempo ma ancora lontana da una condivisione paritaria.

È soprattutto per le considerazioni di cui sopra che ci si sta assestando di fatto su un solo figlio (che risponde sicuramente ai propri desideri narcisistici e a conferma della capacità di lasciare una *“discendenza”*), mentre il secondo figlio sta uscendo via via dall'orizzonte immediato delle progettualità femminili e genitoriali fermandosi in quel limbo di rimandi sempre più reiterati. Fino ad essere escluso per quanto desiderato.

Ed è questo desiderio, (così come ben tematizzato dalla psicanalista femminista *Silvia Vegetti Finzi* nel suo libro *il bambino della notte, Feltrinelli 1990*) nella misura in cui non può responsabilmente essere realizzato, spiega come la IVG, dal punto di vista psicologico, possa essere considerata *“uno scacco del pensiero”*.

Cioè quegli errori, disguidi e difficoltà a mantenere in permanenza per trent'anni un comportamento contraccettivo sicuro per difendersi dalla irruzione della fertilità nella propria vita sessuale (fatta eccezione per il periodo legato alla gravidanza dell'unico figlio).

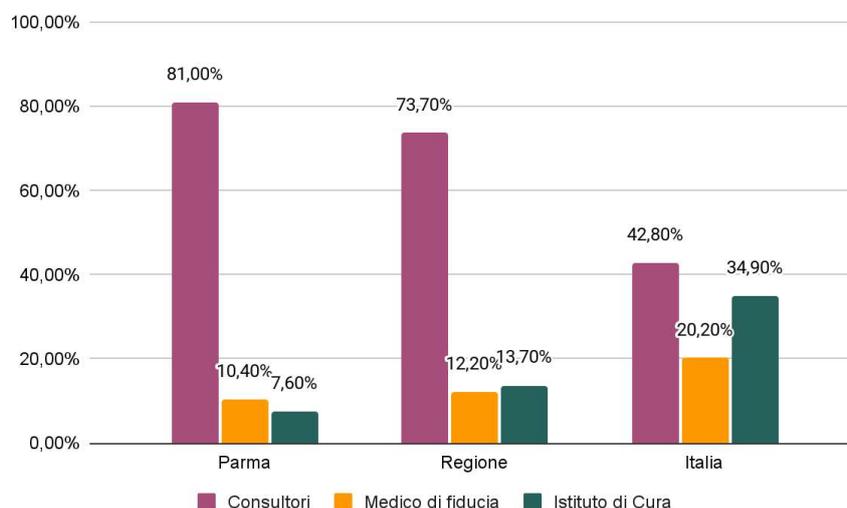
Per concludere queste poche considerazioni a commento dei tassi di fecondità non possiamo sottacere la urgente necessità di politiche attive a rinforzo della natalità a partire soprattutto da quelle di genere, cioè a sostegno della condizione delle donne e delle nuove soggettività femminili. Politiche che dovrebbero essere affiancate in contemporanea da una diversa impostazione delle strategie riguardanti i fenomeni migratori oggi gestiti sostanzialmente secondo una ottica difensiva di tipo securitario.

Una logica miope, anche dal punto di vista dei “tornaconti” demografici in quanto del tutto indifferente all’apporto che le donne e gli uomini della migrazione potrebbero dare da subito all’incremento della natalità sia a motivo delle loro fasce di età (giovani e adulti) sia a motivo di una cultura familiare e procreativa aperta a più figli e non ancorata a una rigida pianificazione delle nascite.

Luogo della certificazione

Tornando ai dati, come si evince dal grafico 8, il Consultorio familiare è il luogo a cui si accede maggiormente per fare la certificazione sia a Parma che in Regione ma anche a livello nazionale seppure, in questo ultimo caso, con una percentuale considerevolmente inferiore.

Grafico 8, luoghi della certificazione, anno 2021



Al riguardo la nostra ASL con il suo 81% presenta il valore più alto a livello regionale: addirittura nel distretto di Parma l’accesso al Consultorio per il certificato è dell’87%: un dato che si distingue nel panorama nazionale.

Ne prendiamo atto con molta soddisfazione in quanto sta a dimostrare la centralità di questo servizio nel nostro territorio, soprattutto per le donne straniere (di cui non conosciamo la percentuale di utilizzo, pur sapendo che è molto alta e, volendo, è certamente ricavabile dalle schede di rilevazione).

Sempre per quanto riguarda Parma e la nostra Regione, sono piuttosto bassi gli accessi per la certificazione presso i presidi ospedalieri mentre a livello nazionale, tale percentuale, che è del 35%, appare decisamente significativa.

A nostro parere ciò testimonia con evidenza come in alcune zone del paese vi sia un minor radicamento territoriale dei Consultori e quindi una maggiore medicalizzazione del percorso IVG che vede appunto l’ambito ospedaliero utilizzato significativamente anche per la certificazione e, si presume, altresì per il controllo post intervento.

Tale utilizzo, per quanto comprensibile, rischia di non mettere in atto quell'approccio di tipo psico/sociale che caratterizza o dovrebbe caratterizzare i Consultori, identificando come già detto il ritorno post ivg non solo come controllo sanitario dovuto ma come il momento migliore di avvio e monitoraggio di una contraccezione sicura e prevista gratuitamente per un periodo significativo da alcune Regioni, tra cui la nostra.

Ma la cosa che più attira la nostra attenzione è il **basso numero di certificazioni rilasciate dai medici di fiducia** facendoci temere che gli stessi, non considerino tale funzione anche di propria competenza unitamente alla promozione/informazione contraccettiva, compresa quella di emergenza. Pertanto, pur riconoscendo l'importanza del Consultorio come luogo "dedicato", questo non può significare, a nostro parere, una marginalizzazione di tali figure che ha finito per trasformarsi quasi in una loro tacita deresponsabilizzazione su tutta la tematica sessuale/procreativa, pur essendo soggetti centrali nella tutela della salute della propria utenza.

Al riguardo riterremmo importante che l'ASL promuova al riguardo proposte di aggiornamento per i medici di MMG quale stimolo concreto per un loro ruolo più attivo sul versante informativo, di orientamento e di consulenza personalizzata su tutto il percorso ivg. Tutte attività, queste, che di per sé non prevedono una specifica competenza ostetrico/ginecologica ma certo uno stretto raccordo e reciproca collaborazione con i consultori che, purtroppo, abbiamo notato non essere in atto.

Tempi di attesa e certificazioni di urgenza

Come noto il tempo di attesa è uno degli indicatori più importanti per valutare l'efficienza organizzativa e più concretamente la tenuta in considerazione di ciò che significa per le donne convivere con tale situazione di disagio.

Per meglio inquadrare la problematica occorrerebbe conoscere a quale età gestazionale vengono effettuate le ivg nella nostra asl pur sapendo che a livello regionale, come riportato nel report, tale intervento viene assicurato nel 75% dei casi entro la nona settimana di età gestazionale (a fronte delle 12 settimane previste dalla legge).

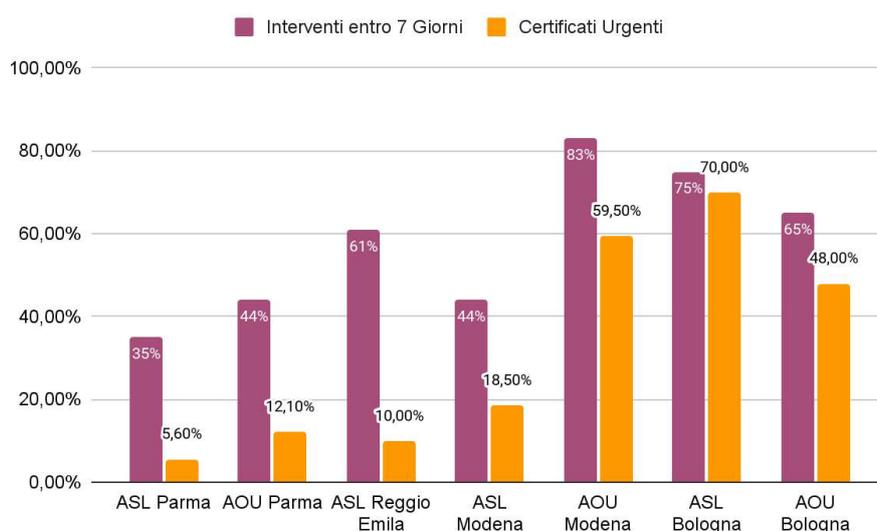
Detto ciò va riconosciuto che in provincia di Parma, entro due settimane dal certificato (non dal primo contatto, sia chiaro) viene effettuato il 91% delle IVG nei presidi ospedalieri della Asl (sostanzialmente Vaio, Borgo Taro e Casa di cura accreditata Città di Parma) e il 95% degli interventi presso l'Ospedale Maggiore salvo alcuni inciampi che possono succedere e che abbiamo visto appunto accadere nell'approfondire il percorso di alcune donne.

Ma, come si vede dal grafico 9, se consideriamo il tempo di attesa contenuto entro una settimana dal certificato, (obbiettivo che intendiamo proporre con forza) Parma presenta valori bassi sia con riferimento alla media regionale che è del 53% sia in relazione ad altri territori della nostra regione quali ad esempio, Reggio Emilia, Modena e Bologna.

Pertanto ci chiediamo perché a Parma ciò non sia ancora possibile.

Presumiamo che la differenza sia data proprio da un diverso assetto organizzativo dell'intervento preoccupato sostanzialmente di "stare dentro" la tempistica della legge. Cosa che avviene ma non basta in quanto il rientrare nella scadenza di legge prevista non può essere considerato il metro di riferimento da tenere presente ma, se mai, la soglia da non superare.

Grafico 9: Tempi di attesa e certificazioni urgenti, anno 2021



Quindi l'osservanza di tale tempistica non ci basta proprio perché siamo in Emilia Romagna, una Regione che si è sempre distinta per la sua virtuosità nella applicazione della 194 e che riteniamo possa e debba ancora distinguersi come lo dimostrano proprio alcune delle ASL a noi contigue e già citate.

A nostro parere si tratta di rimettere a punto l'impalcatura organizzativa: un aggiornamento peraltro reso urgente dalla esigenza di una adozione molto più diffusa della ivg farmacologica e facilitata dal fatto che siamo in presenza di un unico direttore Generale dell'Asl e dell'Ospedale Maggiore che in quanto tale può prendere decisioni riguardanti contemporaneamente tutti i servizi coinvolti siano essi territoriali che ospedalieri.

Detto ciò riteniamo sia possibile, e anzi da pretendere, che almeno l'80% delle IVG venga assicurato entro la prima settimana dal certificato anche perché, come vedremo, corrisponde a un tempo di attesa maggiore se andiamo a "conteggiarlo" dalla data del primo contatto che la donna ha con il consultorio ai fini della IVG.

Con tale proposta abbiamo tenuto conto:

- da una parte, di quella che noi chiamiamo *appropriatezza di tipo "psico/sociale"*, di cui parlerò dopo, che va riconosciuta e tenuta nella massima considerazione insieme a quella più peculiarmente sanitaria per quanto, ovviamente, non si voglia farne una questione di tipo gerarchico;
- dall'altra, il fatto che alla settimana di attesa dalla data del certificato, va aggiunto, come già accennato, il tempo che intercorre dal primo contatto della donna con il consultorio (o con l'ospedale che esegue gli interventi) attraverso telefonate o accesso in prima persona per chiedere il colloquio con il medico certificatore.
Tempo aggiuntivo questo che può essere anche di una settimana (come scritto in una brochure informativa della nostra ASL) e che, come abbiamo verificato, si aggira mediamente su 5 giorni perché il colloquio con il ginecologo viene fissato in base ai giorni e agli orari della sua presenza nel servizio.

Pertanto il concreto tempo di attesa di 7 giorni, così come viene notificato sulla scheda di rilevazione, è sostanzialmente di **12 o 14 giorni**.

Nel contenimento della attesa gioca poi, come abbiamo potuto verificare, anche una variabile non indifferente che riguarda l'utilizzo più o meno diffuso della **certificazione di urgenza**.

Infatti se facciamo una comparazione circa il rilascio di tali certificati **da parte delle diverse Asl**, possiamo notare che Parma, dopo Piacenza, è quella che in regione utilizza di meno tale possibilità (5,6%) con una distanza anche molto significativa da alcune ASL a noi contigue e, tra l'altro, non a caso, quelle già ricordate che si distinguono per il contenimento dei tempi di attesa entro 7 gg.

Pur tenendo conto, ma non troppo, di una possibile diversità fra le ASL per quanto riguarda le condizioni sanitarie delle donne o la presenza di età gestazionali tali da richiedere la celerità dell'intervento, riteniamo che tali differenze, possano segnalare anche un modo diverso di intendere l'urgenza considerando o meno a tal fine anche quegli aspetti, di tipo psico-sociale che a nostro parere sono parte integrante del concetto di appropriatezza.

Con questo termine intendiamo la necessità da parte del medico/a certificatore di tenere in massima considerazione le condizioni di pesantezza psicologica, sofferenza, disagio e surplus di stress che caratterizzano peraltro tutto il tempo dell'attesa ivg: un periodo, questo, non paragonabile a quello che precede altri interventi nel senso che, come ben sappiamo, ricomprende, anche una risonanza morale unica nella sua peculiarità.

La presenza di tali difficoltà, in quanto non sanitarie, in genere non sono del tutto percepite o generalmente ritenute come **variabili secondarie** considerato che, per dirla in modo tranchant, lo sguardo scientifico, e quindi anche quello medico, è di per sé uno sguardo maschile, figlio di una società ancora molto patriarcale che non vede questa sofferenza femminile nella sua complessità e nelle diverse dimensioni, anche etiche, che la caratterizzano.

Uno sguardo che generalmente non si scompone di fronte ad una attesa plurisettimanale in quanto sotto sotto questo tempo può essere ritenuto un prezzo congruo da pagare per un intervento che potrebbe essere evitato da un *"maggior senso di responsabilità femminile"*.

Ma proprio osservando i diversi comportamenti fra Asl e AOU in ordine ai certificati di urgenza ci chiediamo invece, e per noi sarebbe davvero un gran bel riscontro, se è anche la diversa interpretazione dell'urgenza a fare la differenza e quindi contribuire al contenimento dei tempi di attesa, considerato che non prevede di per sé la settimana di riflessione.

La valutazione delle condizioni di urgenza, come previsto all'articolo 5 della legge 194 è lasciata alla discrezione della figura medica senza nessuna prescrizione aggiuntiva. Purtroppo come abbiamo potuto toccare con mano, tale possibilità viene considerata nella nostra ASL in modo del tutto restrittivo e secondo una ottica unicamente di tipo sanitario su cui, a nostro parere, appare necessario un ripensamento.

Pertanto, a conclusione delle considerazioni di cui sopra, chiediamo che il grosso delle IVG (cioè circa l'80%) possa essere effettuato entro una settimana dal certificato medico attestante la richiesta di ivg e che l'intervallo fra il primo contatto e la data di tale certificato non debba superare i tre giorni. Ovviamente il rispetto di tale tempistica richiederà la tracciabilità della data di primo contatto che può essere avvenuto anche per mail o per telefono.

Conferma IVG dopo i 7 gg. di riflessione post colloquio

La riflessione sui tempi di attesa apre alcune considerazioni importanti sui possibili ripensamenti che la donna può avere dopo il colloquio con il medico certificatore.

Trattasi di una informazione che non compare nella scheda di rilevazione in uso per cui eventuali riscontri riportati su questo punto non possono che essere l'esito di informazioni provenienti da strumenti di indagine o di ricerca di cui non si conosce se e quanto adeguati allo scopo.

Per quel che sappiamo, e lo diciamo in quanto donne che conoscono le donne oltre che dai tanti sondaggi svolti in diversi contesti territoriali non solo emiliani, i ripensamenti sono molto rari in quanto la decisione della interruzione è già stata attentamente valutata dalla donna prima di andare al colloquio, sola o insieme al padre del concepito/a, e comunque con le proprie reti affettive e fiduciarie. Come è normale che sia.

Pertanto il sostenere, come fanno tutti i movimenti pro life, che occorre una pluralità di luoghi informativi oltre i consultori per favorire riflessioni più approfondite anche dopo il colloquio di ivg non ci trova d'accordo.

Riteniamo infatti che con tali considerazioni non supportate da strumenti di indagine coerenti si tenti in modo ambiguo di mettere in discussione sia la fragilità morale e decisionale delle donne sia la correttezza del colloquio condotto nei servizi pubblici dalle figure mediche le quali, in presenza di problemi fronteggiabili con soluzioni offerte dal sistema di welfare, sanno interloquire e fare gli opportuni invii.

Al riguardo va anche chiarito che per quanto riguarda ad es. l'organizzazione del welfare emiliano e di molte altre regioni, la donna(sola o con il padre del concepito/a) che intende portare avanti una gravidanza problematica sul versante ad es. economico od organizzativo, non chiede un colloquio orientato alla ivg ma si rivolge in primis ai servizi sociali territoriali infanzia/età evolutiva (peraltro molto conosciuti e diffusi) per valutare assieme al personale preposto (in genere assistenti sociali) tutte le strade percorribili a sostegno della sua volontà.

Può succedere che in alcune zone del paese il luogo in cui avviene tale colloquio esplorativo sia il consultorio familiare, in quanto a tale servizio sono affidate anche le competenze sociali inerenti alla genitorialità, l'infanzia e le famiglie. Se così è, come presumiamo, diventa fuorviante lo scambiare la decisione di prosecuzione della gravidanza come un ripensamento suppletivo a seguito del colloquio ivg perché quello svolto (in presenza di una chiara volontà di prosecuzione) non è né può essere scambiato per il colloquio previsto dalla legge con il medico certificatore.

Così come l'incontro che una donna può richiedere a finalità informativa inerenti ai diritti e le opportunità a sostegno della maternità e delle famiglie con figli non sono da ritenere un colloquio ivg, ma se mai una attività mirata di segretariato sociale o di consulenza.

Perché, mi si dirà, le considerazioni di cui sopra? Per fare chiarezza sui ripensamenti segnalati dal ministro Squillaci nella relazione sulla IVG 2021 appena pubblicata in cui afferma che il 32% delle donne dopo il colloquio per l'accesso alla IVG non va più ad abortire.

Insomma ha cambiato idea.

Pertanto, secondo questa affermazione, quasi un terzo delle donne andrebbe a questo colloquio con superficialità e leggerezza, senza aver fatto prima nessuna ricerca alternativa.

Non possiamo accettare questa affermazione perché mette in discussione il profilo morale delle donne che avrebbero così bisogno di un doppio controllo: quello istituzionale prima e uno ulteriore da parte di un organismo di matrice professionale. Saremo anche un po' maliziose ma non vorremmo che tale affermazione del Ministro possa essere una "strizzata d'occhio" alle associazioni e ai movimenti pro life nella corsa che stanno facendo per aprire loro presidi, sostanzialmente a finalità dissuasive, all'interno degli ospedali o delle sedi consultoriali (vedi Torino). Ma su queste narrazioni e queste piste di lavoro che da tempo vengono evocate noi donne non ci stiamo e faremo opposizione dura.

Tipo di intervento

Per quanto riguarda le modalità di interruzione della gravidanza, come si può notare dalla tab.5 balza all'occhio la consistenza che sta raggiungendo nel 2021 l'aborto farmacologico anche se in ritardo e con valori decisamente più bassi rispetto a molti paesi europei che lo praticano ormai in modo diffuso da una decina d'anni quali Inghilterra, Francia, Nord Europa (in questi ultimi paesi le percentuali di utilizzo si aggirano ormai attorno **90%**).

Un ritardo, quello italiano, dovuto anche al fatto che la circolare ministeriale per l'adozione di tale metodica è dell'agosto 2020 a fronte delle raccomandazioni date dall'OMS già nel 2012.

Tabella 5: percentuali IVG chirurgiche e farmacologiche, anno 2021

	IVG chirurgiche	IVG farmacologiche
Parma	49,50%	50,50%
Emilia Romagna	33,00%	62,00%
Italia	50,70%	48,30%

Ma come possiamo verificare, sempre dalla tabella 5, Parma si distingue nel panorama regionale, per un utilizzo significativamente ancora alto delle ivg **chirurgiche** (quasi il 50% sul totale delle Ivg a fronte di un 33% a livello regionale) per cui riteniamo urgente un allineamento della nostra ASL ad altri territori provinciali in particolare Reggio, Modena, Bologna. Su tale alta percentuale delle ivg chirurgiche incide in modo significativo la esternalizzazione di circa 200 interventi annui (praticamente quasi un terzo di tutte le IVG) alla Casa di cura privata Città di Parma che, se ancora rinnovato anche per il 2024, chiaramente va in controtendenza con tutte le raccomandazioni scientifiche.

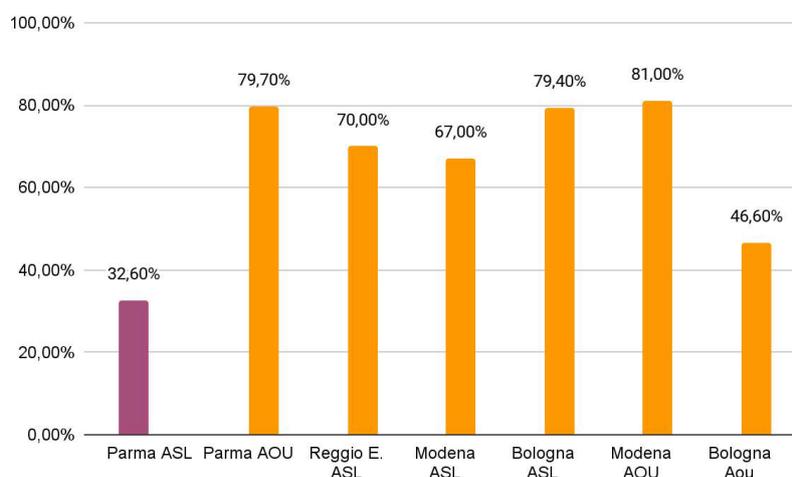
Ciò premesso i luoghi di adozione della RU486 a Parma per il 2021 sono:

- **in larga misura l'Ospedale Maggiore** (204 interventi) presso il reparto di ostetricia/ginecologia nell'ambito di una sede ambulatoriale assistita che ricomprende anche altre donne con problematiche o patologie legate al primo trimestre di gravidanza;
- **e in misura minore**, perché distretti più piccoli, i reparti di ostetricia e ginecologia degli ospedali di Vaio e Borgo Taro (135 interventi).

Concentrandosi sulla modalità farmacologica (da praticare entro 63 giorni di gravidanza e non entro i 90 previsti per quella chirurgica, salvo situazioni particolari che possono andare oltre tale termine) possiamo notare, che nel contesto regionale il dato di Parma (sommando gli interventi fatti con tale metodica nell'ospedale di Vaio, Borgo Taro e AOU) con il suo 50% è **al di sotto della media regionale (62%) discostandosi notevolmente** dalle solite Asl con cui riteniamo di doverci confrontare quali Reggio Emilia, Modena, Bologna.

Se poi compariamo il dato della ivg farmacologica effettuata nei presidi ospedalieri della nostra ASL (cioè solo a Vaio e Borgo Taro e non considerando l'Ospedale Maggiore che in quanto polo universitario va rapportato agli altri Ospedali Universitari della Regione) la percentuale degli aborti farmacologici praticati nel nostro territorio nel 2021 è del 32% che insieme a Ferrara (29,5%) rappresentano la dimensione più bassa a livello regionale.

Grafico 10: IVG farmacologica (RU486)



A proposito dell'aborto farmacologico sappiamo che a Parma città nel 2022 si è avviata e già conclusa positivamente da qualche tempo la sua sperimentazione in consultorio ma non ci risulta, almeno fino ad oggi, che vi sia in atto una programmazione tesa a un notevole sviluppo, di tale metodica fuori dai contesti ospedalieri e tale da determinare una drastica riduzione di quella chirurgica.

Questa nuova competenza consultoriale nella gestione della ivg farmacologica è molto importante per diverse ragioni fra cui la sua identificazione come una funzione propria della medicina territoriale e quindi la esigenza di una sua "fuoriuscita" dai nosocomi in quanto di per sé luoghi con un profilo necessariamente molto medicalizzato di cui non c'è necessità.

Ovviamente il carico ospedaliero sulle ivg continuerà ad essere mantenuto per età gestazionali oltre i 90 giorni o per situazioni sanitarie complesse e ovviamente per chi intende avvalersi della IVG chirurgica per esigenze di tipo psicologico.

Va da sé che la gestione in consultorio della IVG farmacologica nella misura in cui richiede una permanenza di qualche ora deve disporre di uno spazio assistito secondo un'ottica di tipo familiare nonché prevedere una funzione di tutoring in capo alla figura dell'ostetrica che possa essere il riferimento diretto della donna anche una volta tornata al suo domicilio.

Pur non volendo sostituirci agli organi dirigenziali dell'ASL ribadiamo con forza che lo sviluppo di tale procedura è uno degli obiettivi più importanti posti alla riflessione di questo convegno per cui intendiamo portarlo quanto prima alla attenzione del direttore generale con l'auspicio che faccia già parte di una programmazione riorganizzativa orientata in tal senso.

Un orientamento che peraltro ci sembra tanto più doveroso tenendo presente che tale metodica è sicuramente meno costosa della IVG chirurgica in quanto parzialmente autogestita dalle donne, non prevede ricovero ospedaliero, libera spazi per gli interventi chirurgici, non richiede la figura dell'anestesista.

Tutte semplificazioni non di poco conto che incidono appunto a livello economico considerando che secondo il rapporto *"Costi di applicazione in Italia della l. 194"* ogni ivg comporta allo Stato una spesa compresa fra i 726 e i 1140 €

Alla luce di quanto detto pensiamo pertanto che i costi da sostenere per la riconferma delle ivg chirurgiche alla Casa di cura Città di Parma potrebbero essere opportunamente investiti per il necessario potenziamento del personale consultoriale ai fini dello sviluppo proposto.

Obiezione di coscienza

Pur trattandosi del dato più importante in quanto il primo ostacolo alla piena attuazione della l.194, non è facile avere un quadro di tale fenomeno se non per macro numeri in quanto le differenze, a volte notevoli, fra i vari presidi ospedalieri e consultoriali rendono non significativi i valori che vengono riportati.

Aspetto questo riconosciuto a livello nazionale e regionale che richiederebbe una diversa impostazione della scheda di sorveglianza in vigore, di cui ha dato molto conto il testo *"Mai dati"* di Chiara Lalli pubblicato lo scorso anno.

Se poi aggiungiamo una certa inaccuratezza nella compilazione della scheda di sorveglianza, le informazioni che si vanno a rilevare rischiano di non essere chiare, né certe, né ben articolate.

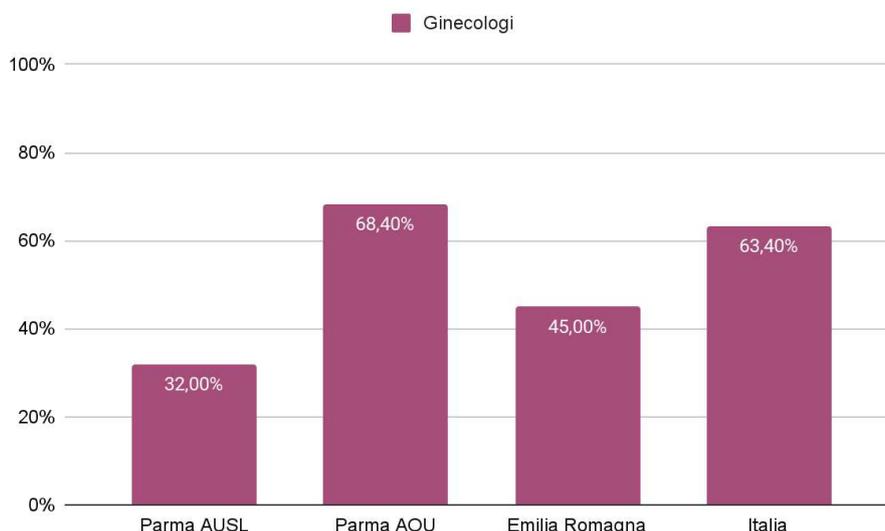
Premesso quanto sopra e ragionando per macronumeri la percentuale di obiezione in Italia nel 2021 è **del 63,4%** tenendo presente che in alcune zone del paese tali percentuali si avvicinano all'80% e addirittura in qualche ospedale (es. nelle Marche ma soprattutto in zone del Sud e delle isole vi sono percentuali del 90% e addirittura del 100% pur non essendo prevista la obiezione di una intera struttura ospedaliera). Ovviamente là dove i valori sono così alti le donne sono costrette a spostamenti extraprovinciali e a volte anche fuori regione o comunque accettare tempi di attesa a ridosso della scadenza prevista per legge.

Per quanto riguarda la nostra provincia, ai fini del convegno, volutamente abbiamo deciso di considerare solo i ginecologi **e non gli anestesisti** in quanto la percentuale di obiezione, così come riportata sia per il 2020 sia per il 2021 presenta valori non attendibili come fatto presente agli uffici competenti che pur condividendo non hanno dato seguito con dati corretti.

Pur rilevando **solo i ginecologi** operanti nei presidi ospedalieri di Vaio, Borgo Taro e nei consultori familiari, essendo queste figure aggregate in unica voce denominata "personale ASL" non dà conto, come sarebbe necessario, della concreta presenza di obiettori in ciascuna tipologia di questi servizi.

Pertanto il dato che possiamo indicare come attendibile è quello dell'AOU, di cui si è avuto certezza, dove l'obiezione dei ginecologi è del **68,4%**, un valore, maggiore della media nazionale.

Grafico 14: Obiezione di coscienza, anno 2021



Si tratta di un dato decisamente alto, il più alto presentato dagli ospedali universitari della Regione e che sicuramente inciderebbe in modo significativo sui tempi di attesa se rispondesse a tutta la domanda proveniente dal distretto di Parma (circa 430 IVG). Tuttavia, come già dedotto, il problema è stato in parte tenuto sotto controllo in quanto circa 200 interventi sono stati esternalizzati.

Per quanto riguarda l'alto numero di obiettori, problema che investe tutto il paese, valgono le riflessioni politiche espresse in più sedi e che condividiamo. Riteniamo infatti, così come noto e riportato da numerose fonti informative, che su tali posizioni incidano valutazioni personali non sempre dettate da motivazioni etiche del tutto "trasparenti" ma da considerazioni personali anche di altra natura che qui non intendiamo affrontare. Sottolineiamo, tuttavia, a proposito degli obiettori e della loro scelta pro/vita la gravità di un linguaggio che oggi sta riprendendo con forza per cui i medici non obiettori vengono sempre più chiamati con l'appellativo di **abortisti** con modi velatamente sprezzanti quasi siano medici "pro morte" solo per il fatto che doverosamente osservano una legge dello Stato!

Ma ciò che appare paradossale circa la obiezione di coscienza, è la possibilità di essere espressa non tanto da parte del personale medico che è già in servizio (aspetto questo purtroppo comprensibile, data la legge che abbiamo) ma anche dai neo assunti a tempo indeterminato in quanto l'ammissione al concorso, poi vinto, non prevede la richiesta di tale informazione che può essere espressa, come succede, nel giorno in cui si prende servizio.

Si arriva così all'assurdo secondo cui, ad esempio, in presenza di ginecologi ospedalieri in numero sufficiente per garantire i diversi interventi, compresa l'IVG, nella misura in cui la percentuale di obiettori supera una certa soglia, un pubblico amministratore deve barcamenarsi fra tre soluzioni:

- a) impegnare in modo intensivo negli interventi di ivg i ginecologi non obiettori (il che diventa anche eticamente discutibile i), allungando nel contempo i tempi di attesa;
- b) ricorrere ad assunzioni di non obiettori a tempo determinato che non rispondono appunto a una carenza di tali figure;
- c) dare "fuori", come succede a Parma, una parte delle IVG.

Con ciò tenendo peraltro presente che le due ultime soluzioni hanno ovviamente un costo che potrebbe essere evitato.

Si tratta di un panorama davvero scoraggiante per il quale non si vedono soluzioni a breve non essendo oggi pensabile una modifica della l.194 su tale punto.

Per fortuna la situazione via via si alleggerirà notevolmente, fino ad essere poco influente, attraverso l'utilizzo diffuso della RU486 che, come sappiamo, prevede un utilizzo dei ginecologi molto contenuto e non di tipo chirurgico: ed è anche per questo che tale metodo deve imporsi con la massima urgenza.

Riflessioni finali

Conclusa la parte più descrittiva della situazione ivg, intendo toccare in breve quattro punti che riteniamo siano da meglio affrontare nella nostra ASL e che riguardano:

1. piani informativi e modalità comunicative più incisive;
2. la contraccezione di emergenza, ovvero la **pillola del giorno dopo**;
3. il percorso IVG, la sua regia e la centralità dei consultori;
4. l'educazione sessuale e alla procreazione responsabile intesa anche come educazione alla affettività e al rispetto delle differenze.

1. Per quanto riguarda gli aspetti comunicativi ci sembra importante sottolineare l'esigenza di strategie più diversificate nel rapporto con l'utenza che vadano oltre a modalità cartacee troppo impersonali, standardizzate e finalizzate soprattutto ad appuntamenti da rispettare/ricordare.

Modalità molto formali che non prevedono l'uso di un linguaggio di tipo amicale, né la firma della operatrice che tiene i contatti (in genere l'ostetrica come ho potuto osservare già 20 anni fa in Germania ed Inghilterra) che favoriscono un rapporto empatico e fiduciario soprattutto per quanto riguarda ad esempio i ritorni post ivg.

Inoltre ci sembra importante che la modalità cartacea debba essere arricchita in modo ordinario, e **non eccezionale** con altri tipi di comunicazione che utilizzino mail, messaggi e chat, oltre ovviamente alla possibilità di contatti telefonici da utilizzare in primis per la loro immediatezza di riscontro.

Purtroppo, per quanto la modalità telefonica sia certamente prevista e utilizzata, si incappa con notevole frequenza, come è ben presente agli stessi servizi, in telefoni sempre occupati, che suonano a vuoto oppure, in particolare per le ivg gestite in contesti ospedalieri, segreterie telefoniche richiedenti pluripassaggi numerici per arrivare all'ufficio competente, per poi trovare occupato o nessuno che risponde.

Si tratta di una difficoltà continuamente richiamata dalle donne con cui ci siamo incontrate e che complica notevolmente quotidianità dai tempi preziosissimi e che non possono sfinarsi in giri di telefonate quando, senza troppe complicazioni si potrebbe provvedere con una ordinaria segreteria telefonica, peraltro tracciabile, che assicuri un riscontro entro 12 o massimo 24 ore.

Ovviamente il tema della comunicazione investe e ricomprende più complessivamente l'esigenza di rafforzare raccordi di rete fra tutti gli attori coinvolti rispetto a cui i medici di fiducia dovrebbero assumere un più marcato ruolo promozionale, di informazione e consulenza nei confronti della propria utenza, soprattutto se donne straniere di ultimo arrivo tenendo nel contempo relazioni costanti con i consultori.

In tale quadro è importante una loro formazione ad hoc su tutta la tematica inerente all'ambito della procreazione responsabile, compresi i diversi percorsi per accedere ai servizi dedicati (a partire dal consultorio) dando le prime informazioni anche sulle opportunità di tipo economico, là dove sono previste.

In particolare per quanto riguarda le donne straniere andrebbero previsti accordi collaborativi con le diverse associazioni presenti sul nostro territorio (e sono davvero tante) tenendo presente che le medesime possono assumere un ruolo importante in una ottica di *peer education*, la cui incisività è notevole in quanto fondata, appunto, su un rapporto di parità, sorellanza e amicalità a partire dalla comunanza della cultura di appartenenza.

Sempre sul versante informativo, per stare al nostro tema, riteniamo debbano essere rivisitati e potenziati i piani di comunicazione in vigore attraverso brochure informative sulle complessive funzioni consultoriali e, nel nostro specifico, sulla ivg e sulla contraccezione (compresa quella di emergenza in genere appena accennata), cercando di essere più esaurienti di quelli oggi in vigore anche per quanto riguarda aspetti precisi legati a facilitazioni organizzative e convenienze economiche.

Brochure che dovrebbero essere esposte in bella vista (e quindi da non dover essere richieste) oltre che nei Consultori, nelle Case di comunità, negli studi dei medici di fiducia, in tutte le farmacie e parafarmacie. Riteniamo che tale strategia informativa debba essere perseguita con urgenza pensando anche all'allestimento di piccoli spazi espositivi denominato "*Salute donna*" che ricomprenda anche i diversi dépliant informativi riguardanti la tutela della salute femminile.

Infine per quanto riguarda i siti web osserviamo che:

- non sono sempre raggiungibili con facilità;
- spesso troppo ridondanti per cui ci si perde nel leggerli;
- non tutte le donne hanno dimestichezza ad utilizzare tali strumenti;
- il linguaggio usato non è quello del quotidiano.

2. Rispetto alla contraccezione di emergenza, non va perso di vista il fatto che trattasi dell'ultima possibilità di cui la donna si può avvalere per evitare il rischio di una gravidanza non voluta a seguito di rapporto sessuale non protetto.

Non è un caso che l'OMS la raccomandi con forza e ne sia prevista la vendita senza ricetta medica anche alle minorenni. Ciò non significa evitare di porsi il problema che tale contraccezione se adottata con frequenza possa incidere su una possibile deresponsabilizzazione rispetto a quella per così dire ordinaria o comunque possa provocare rischi per la salute su cui, comunque, non sono presenti documentazioni scientifiche in tal senso.

Aspetti che possono essere considerati ma nelle sedi opportune e che assolutamente non devono intralciare una accurata diffusione di tale medicinale (oggi poco attivata) né una accurata informazione alle donne che ne fanno richiesta.

Infatti non prevedendo il certificato medico va da sé che le donne possano e debbano trovare nelle farmacie un luogo disponibile e preparato per assicurare le informazioni necessarie e una essenziale consulenza specie se richieste ma anche in modo proattivo quando ritenuto utile ed opportuno, in particolare per le giovanissime o donne adulte che possono esprimere incertezze e non chiarezze nel farne richiesta.

Questo possibile disagio di cui siamo a conoscenza richiederebbe che le farmacie dispongano di uno spazio riservato (che in genere hanno) utilizzabile anche per interlocuzioni al riguardo che hanno carattere di riservatezza in modo che non avvenga, come invece succede, al banco di vendita con la fila delle persone che aspettano e...ascoltano.

Ma richiederebbe anche, e lo proponiamo vivamente, di prevedere, unitamente alla confezione, **la consegna di una chiara e semplice brochure informativa** condivisa con i Consultori contenente tutte le informazioni necessarie per l'assunzione di tale medicinale nonché le opportune indicazioni finalizzate all'invio ai servizi consultoriali chiarendo anche le gratuità previste per le giovani e per altre condizioni specifiche non connesse all'età.

Diciamo questo con forza perché le farmacie, per quanto private, sono comunque il primo luogo a portata di mano di informazione ed educazione sanitaria dei cittadini/e e come tale un punto rete fondamentale del welfare sanitario locale.

Inoltre, sicuramente a Parma, va risolto **il problema dell'acquisizione gratuita (fino ai 26 anni) di tale pillola nei weekend** quando i consultori sono chiusi poiché le indicazioni date circa il luogo distrettuale dove si possono ottenere non a pagamento (UO di ostetricia/ginecologia dell'Ospedale Maggiore) di fatto non vengono consegnate, producendo così disagi e molti giri "a vuoto".

Al riguardo ci rivolgiamo alla Regione, ma lo chiederemo anche al direttore dell'ASL perché se ne faccia portavoce, affinché questo tipo di contraccezione, proprio per la sua fondamentale importanza ai fini preventivi possa essere acquisita gratuitamente in tutte le farmacie e per tutte le donne senza dover andare come previsto, né presso i Consultori né in una unica farmacia distrettuale.

I costi da sostenere, secondo stime molto attendibili che abbiamo potuto leggere, non sono tali da scartare in partenza tale possibilità, considerato peraltro che non più tardi di 6 mesi fa era già stata messa in conto **dall'AIFA la gratuità di tutta la contraccezione.**

Inoltre, aspetto di fondamentale importanza, la assunzione della contraccezione di emergenza eviterebbe di correre un rischio certo (o comunque molto alto) di ricorso alla IVG che tra l'altro, in quanto coperto dal SSN comporta alla Pubblica Amministrazione un costo molto più alto delle due pillole previste!

3. Percorso IVG: con tale concetto si intende, come noto, l'iter che va dal primo contatto al ritorno post IVG in cui si conclude con il necessario controllo sanitario e, auspicabilmente, con l'avvio in contemporanea di una contraccezione sicura.

Al riguardo non vi è dubbio, come già detto, che il Consultorio ha una funzione fondamentale in questo percorso tanto più che andando verso la metodica farmacologica la sua funzione comprende anche la gestione di questa procedura. Tale nuova competenza, se assicurata non in modo prestazionale consente di meglio costruire con la donna una relazione fiduciaria e di accompagnamento, che ha molte chance per incidere in senso preventivo tanto più che la contraccezione post ivg in consultorio viene assicurata in modo gratuito per una ampia fascia di casistica.

Questa centralità consultoriale deve contare in modo sempre più incisivo su un ruolo di regia, connessione e coordinamento che possa assicurare una presa in carico complessiva di tutto il percorso e non solo una funzionalità delle diverse prestazioni considerate separatamente con il rischio, come spesso succede, che ognuno dei servizi coinvolti possa muoversi sostanzialmente in modo autoreferente.

Pensiamo concretamente a un approccio di sistema che non si esaurisca nella osservanza di protocolli prestazionali ed organizzativi in genere presenti e sempre molto citati ma che da soli, come abbiamo potuto notare, non garantiscono la snellezza del percorso. Anche perché non vengono sempre osservati né monitorati in modo continuativo proprio sul versante organizzativo.

Vedi il prolungamento dei tempi di attesa, disfunzioni e criticità comunicative, doppioni o ridondanza di passaggi che possono essere evitati: tutti aspetti, questi, che richiedono un monitoraggio costante e, possibilità di incidere sulle diverse strozzature o e sui vari inciampi che appunto si verificano, come abbiamo potuto notare.

Va da sé che la regia di cui parliamo è una funzione complessa e che va sostenuta da un assetto organizzativo facilitante tanto più oggi, in quanto prevalendo gli aborti chirurgici, è molto coinvolta anche la rete ospedaliera pubblica e una clinica privata.

Ma proprio per questo è importante che la regia, in quanto tale, sia caratterizzata da un approccio di rete *attraverso “uno sguardo che connette”* per citare Bateson, e quindi attento all’insieme del percorso visto nelle sue interrelazioni. L’esigenza, quindi, come già accennato, non è solo quella di verificare se ogni attore sta gestendo la parte di propria competenza ma avere il polso della situazione per quanto riguarda la integrazione fra servizi, le modalità, le tempistiche, gli approcci relazionali, i processi attivati.

Abbiamo la consapevolezza che tale funzione tanto più può raggiungere i risultati che le sono propri quanto più le viene riconosciuto sia *un tempo dedicato* sia una autorevolezza da parte di tutti i livelli coinvolti ai fini di una collaborazione fattiva e condivisa che consenta di affrontare in tempi reali disfunzioni od aspetti di criticità e investire su miglioramenti anche innovativi da mettere in campo.

Ci permettiamo quindi di ribadire la necessità di uno sviluppo in tale direzione in quanto abbiamo notato non poche frammentazioni, autoreferenze, ingessature che si sono riverberate anche nei diversi incontri svolti e nei problemi da noi segnalati cogliendo troppo spesso un certo malcelato fastidio per richieste o tematiche che andavano oltre alla stretta competenza burocratica di ciascun servizio.

4. Ho lasciato per ultimo, ma non per minore importanza, il fatto che **l’educazione sessuale** più complessivamente intesa come educazione alla responsabilità procreativa, all’affettività, al rispetto delle differenze e di tutti gli orientamenti sessuali **sia sicuramente l’asse portante che deve caratterizzare i consultori.**

Una peculiarità, che deve portare sempre più i consultori dentro la Scuola, così come in parte sta già avvenendo, senza sostituirsi, ovviamente, all’impegno formativo proprio della istituzione scolastica sia per quanto riguarda la concreta esperienza ispirata a tali valori che i ragazzi/e quotidianamente devono concretamente sperimentare in tale luogo sia per quanto riguarda una programmazione didattica ad hoc su tali tematiche.

In questo senso, quindi, il ruolo dei consultori va visto come un apporto dovuto che arricchisce l’impegno della Scuola, soprattutto sul versante della tematica sessuale e della procreazione responsabile. Avendo la consapevolezza di una urgenza, ormai improcrastinabile, di una legislazione nazionale che affronti compiutamente tutto l’ambito formativo con particolare attenzione al rispetto di tutti gli orientamenti sessuali, culturali e religiosi oltre che al contrasto della violenza di genere.

Fenomeno, questo, per quanto, ovviamente sempre esistito a motivo della cifra patriarcale che segna culturalmente e politicamente la nostra società, oggi non può più essere fintamente sottaciuta per la visibilità della sua drammatica ampiezza per cui va considerata come una vera e propria emergenza sociale.

Nella nostra regione il progetto innovativo *viva l'Amore* condotto dallo Spazio Giovani consultori è un esempio di eccellenza e di collaborazione attiva fra la Scuola e i consultori familiari per quanto tale azione sia contenuta nell'arco di uno spazio temporale "definito" ma che pone le condizioni per una sua continuità da parte degli/delle insegnanti coinvolti.

L'équipe dello spazio giovani del nostro Consultorio cittadino che ho potuto apprezzare seguendo personalmente il progetto in un Istituto scolastico comprensivo della nostra provincia è stato un esempio di qualità operativa sul versante relazionale, comunicativo e scientifico oltre che per la capacità collaborativa dimostrata.

È quanto mai auspicabile che questa progettualità, per quanto un po' impegnativa anche per il corpo docente, possa essere potenziata e trovare via via una collocazione più complessiva nell'ambito delle politiche di collaborazione fra i consultori e la istituzione scolastica.

Resta il fatto che, al di là del progetto *w l'Amore* va portato avanti comunque da parte dei consultori un piano informativo/formativo più parziale ma essenziale soprattutto sul tema della sessualità e della responsabilità procreativa che abbia come obiettivo primario almeno la copertura del terzo anno della scuola secondaria di primo grado da cui passa tutta la popolazione giovanile in quanto scuola dell'obbligo.

Una copertura che consenta ai/alle ragazzi/e una conoscenza **diretta** dello spazio giovani consultori, del personale che vi opera (psicologo/a, ginecologa, educatore/educatrice), e del suo modo di rapportarsi alle tematiche connesse alla sessualità, affettività e ai rapporti di coppia.

Aspetti questi, di fondamentale importanza in quanto facilitano l'avvicinamento di questo target adolescenziale ai servizi consultoriali e a un loro utilizzo senza timore quando riterranno di averne bisogno.

A conclusione delle considerazioni svolte chiediamo in sintesi:

- contenimento dei tempi di attesa pre Ivg: alla scadenza di 7 giorni dal colloquio che in pratica si identificano mediamente in 14/ giorni dal primo contatto con il consultorio;
- potenziamento dell'impegno consultoriale sulla prevenzione ivg ripetute con particolare attenzione alle donne di recente immigrazione aprendo collaborazioni mirate con le loro associazioni e i luoghi più frequentati di aggregazione;
- potenziamento della IVG farmacologica, tale da raggiungere in tempi brevi una percentuale che si aggiri sul 75/85%;
- Un percorso IVG più fluido e più facilitante per le donne sia attraverso forme più snelle di comunicazione con l'utenza partire dall'uso sistematico di mail, chat, modalità telefoniche **funzionanti** sia attraverso una connessione fra i servizi coinvolti attraverso modalità telematiche, altrettanto funzionanti;
- stretto raccordo fra consultori e farmacie per la promozione, informazione e consulenza contraccezione di emergenza dando la possibilità da subito di averla gratuita, quando previsto, in tutte le farmacie comunali e non solo nei presidi ospedalieri, come oggi previsto, ricomprendendo le studentesse fuori sede;
- potenziamento della educazione sessuale nelle scuole, intesa come educazione alla affettività, alla procreazione responsabile, al rispetto della parità fra i sessi e alle identità di genere autopercipite in collaborazione con il corpo insegnante privilegiando il terzo anno della scuola secondaria di primo grado (ex terza media) da cui passa tutta la popolazione scolastica.