

Schema d'Intesa Stato-Regioni per una migliore applicazione della legge 194

Il Ministero della Salute e i rappresentanti delle Regioni hanno avviato il confronto per la messa a punto di un'Intesa su:

"Indicazioni al fine di una migliore applicazione della legge n. 194/78, di una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza-qualità nel percorso della diagnosi prenatale".

L'obiettivo è arrivare ad una Intesa in Conferenza Stato-Regioni il prossimo 6 marzo. Di seguito i contenuti dello schema d'Intesa sul quale si è avviato il confronto:

1. LA PREVENZIONE DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

La legalizzazione dell'aborto ha determinato la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino, ha comportato l'eliminazione della mortalità e morbilità materna ad esso associata, ha favorito la riduzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

Le evidenze derivanti dai dati riportati nelle relazioni che annualmente il Ministro della salute presenta al Parlamento sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) da una parte indirizzano verso gli interventi più appropriati di prevenzione e di promozione della procreazione consapevole e, contemporaneamente dall'altra, indicano la necessità di perseguire procedure più appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza correggendo e risolvendo le criticità.

Dai dati dell'ultima relazione al Parlamento risulta che:

- dal 1982 ad oggi la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza sia stata , complessivamente del 44,6% e del 60% se riferita alle sole donne italiane;
- il 57,7% delle interruzioni volontarie di gravidanza è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34,7% da donne con almeno 2 figli;
- il 50% circa delle donne risulta coniugato;
- il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza effettuato da donne straniere è in costante aumento, rappresentando, nel 2005, il 29,6% di tutte le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate a livello nazionale;
- l'aborto ripetuto, pur essendo nel nostro paese tra i più bassi a livello internazionale è pari al 26,4% (22,1% se riferito alle sole donne italiane, 37,9% se riferito alle donne di cittadinanza straniera);
- nonostante l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (85,5%), permane elevato (85%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda.

L'applicazione della legge 194/1978 può - e quindi deve - essere ulteriormente migliorata.

Rispetto alla prevenzione del ricorso all'aborto, il ruolo dei consultori risulta primario. Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che nel 70-80% dei casi il ricorso all'aborto segue al fallimento/uso scorretto dei metodi per la procreazione cosciente e responsabile e quindi l'aborto rappresenta, nella gran parte dei casi, l'estrema ratio e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicata in tre diverse modalità.

Il più importante contributo è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di interruzione volontaria di gravidanza e la possibilità di superare le stesse.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza.

Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. In questo senso dovrebbe essere attivata una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-interruzione volontaria di gravidanza e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post- interruzione volontaria di gravidanza e per il counselling per la procreazione responsabile. Si sottolinea come il Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000 ha assegnato un ruolo centrale ai consultori familiari e delineato gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere mediante offerta attiva ed i relativi indicatori. Si evidenzia altresì che negli ultimi anni anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato nei suoi documenti l'importanza di servizi strutturati e organizzati come i consultori familiari italiani.

CONSULTORI

Da quanto esposto si comprende come sia fondamentale implementare il ruolo dei consultori sia nelle attività di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza che nella presa in carico delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza. Poiché ciò avvenga è necessario rendere "conveniente" l'uso di questo servizio. Una convenienza potrebbe consistere nel far sì che i consultori, messi in rete con gli altri servizi di II e III livello, possano prenotare la donna sia per gli accertamenti necessari all'intervento sia per l'intervento stesso presso l'ospedale, senza lunghe file di attesa. E' stato dimostrato che agendo in tal modo le donne ritornano al Consultorio per la visita di controllo post interruzione volontaria di gravidanza e per l'informazione sulla contraccezione.

Occorre pertanto:

- Effettuare un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che del loro livello di integrazione (in particolare: la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa certificazione-intervento oltre 3 settimane e la percentuale di personale obiettore), in applicazione dell'articolo 9 della Legge n.194/78, che affida alle Regioni il compito di garantire l'attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio;
- Garantire, in numero appropriato e con personale adeguato, la presenza dei Consultori Familiari sul territorio, con riferimento a quanto espresso nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (in particolare per quanto attiene all'integrazione e messa in rete dei servizi consultoriali con i servizi specialistici e di cura di II e III livello e con i servizi sociali; alla multidisciplinarietà delle équipes professionali; all'offerta attiva; alla valutazione degli obiettivi individuati) e a quanto indicato nella legge n. 34/1996;
- Favorire il ruolo del Consultorio Familiare come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre - interruzione volontaria di gravidanza e per l'intervento, nonché per la visita di controllo post-interruzione volontaria di gravidanza e per l'informazione sulla contraccezione;
- Prevedere, almeno in ogni Distretto, la presenza di un medico non obiettore al fine di garantire la continuità assistenziale;
- Pubblicizzare da parte delle ASL le sedi e gli orari dei servizi consultoriali e dei servizi ospedalieri ove si effettuano le interruzioni volontarie di gravidanza, anche dei territori limitrofi;
- Garantire congruo orario di apertura del Servizio Consultoriale, anche prevedendo l'accoglienza senza appuntamento, con carattere di precedenza, per alcune richieste come: contraccezione d'emergenza, inserimento di IUD, richiesta di certificazione urgente per interruzione volontaria di gravidanza;
- Prevedere la prescrizione della "contraccezione d'emergenza", oltre che nei servizi consultoriali, anche nei Pronto Soccorso e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica);
- Promuovere, in relazione alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, attività di aggiornamento e formazione professionale comune tra MMG, medici consultoriali e medici ginecologi ospedalieri.

TUTELA DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

L'OMS ribadisce che occorre promuovere consapevolezza e competenza riguardo la tutela della salute sessuale e riproduttiva anche al fine di un benefico effetto di riduzione dei fallimenti dei metodi per la procreazione cosciente e responsabile.

Al fine di ulteriori obiettivi di riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza occorre promuovere azioni mirate per il coinvolgimento delle sezioni più svantaggiate della popolazione e dei giovani.

I Consultori Familiari hanno un ruolo strategico centrale in queste azioni, attivando la possibilità di integrare le attività per la tutela della salute sessuale e riproduttiva nel contesto dei programmi strategici

previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Progetto Obiettivo Materno Infantile riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.

Occorre pertanto:

- Garantire l'apertura, in numero ed in orari adeguati, di Spazi Adolescenti, al fine di promuovere le necessarie conoscenze sulla prevenzione delle MTS e sulla procreazione cosciente e responsabile, anche prevedendo l'offerta a basso costo dei metodi contraccettivi per tale fascia di popolazione.
- Promuovere il counselling e l'informazione sulla tutela della salute sessuale e riproduttiva nel contesto dei programmi strategici dei Consultori Familiari riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.
- Prevedere la possibilità di strumenti amministrativi affinché i mezzi contraccettivi possano essere distribuiti dai Consultori Familiari ai gruppi sociali meno abbienti e a maggior rischio di abortività quali i giovani e le immigrate;
- Promuovere, d'intesa con le Autorità scolastiche, attività di informazione ed educazione alla salute nelle scuole, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla tutela della salute sessuale e riproduttiva.

PREVENZIONE DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA TRA LE DONNE IMMIGRATE

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni, si è osservato anche un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne straniere (37.323 nel 2005 rispetto a 10.131 nel 1996).

Questo valore corrisponde ormai al 29,6% di tutte le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate a livello nazionale nell'anno 2005. L'incidenza del fenomeno in queste donne è 3 – 4 volte superiore a quello delle donne con cittadinanza italiana, con valori ancora più alti tra le più giovani..

Il numero e la percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza effettuate da donne immigrate è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata, con una variazione che va, per l'anno 2005, dal 41,7% di interruzioni volontarie di gravidanza di cittadine straniere effettuate in Lombardia, al 6,0% in Puglia (Relazione al Parlamento).

In considerazione della rilevanza che il fenomeno ha assunto si evidenzia la necessità di adottare specifici interventi volti a:

1. Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza);
2. Organizzare i servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo;
3. Promuovere una diffusa e capillare informazione verso la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità.

1. Promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva (in particolare contraccezione e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza)

La maggior parte degli operatori sanitari italiani, pur avendo ormai contatti frequenti con l'utenza straniera, non ha ricevuto una specifica formazione e sono evidenti lacune informative e relazionali. In particolare in questo settore è fondamentale una formazione all'intercultura in considerazione di quanto aspetti sociali e culturali possano influenzare le scelte riproduttive.

La formazione permanente del personale è quindi finalizzata a promuovere competenze per:

- stabilire una corretta comunicazione con le donne che si sono rivolte al proprio servizio;
- individuare i loro bisogni di salute (sia sanitari che sociali);
- identificare e gestire correttamente le necessarie procedure amministrative;
- comunicare e collaborare efficacemente con gli altri servizi che erogano prestazioni di interesse;
- educare alla relazione transculturale.

La responsabilità dei programmi di formazione/aggiornamento è delle Regioni, che potranno avvalersi di tutte le competenze professionali disponibili nelle istituzioni ed agenzie che si occupano di assistenza e ricerca su questi temi, quali Università, Organi tecnici centrali, Ordini professionali di ambito socio-

sanitario, Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di volontariato ed altri. Andrebbe sempre valorizzata la possibilità di coinvolgere, tra i formatori, professionisti di origine straniera. Destinatari dei corsi, con un approccio multidisciplinare, dovrebbero essere gli operatori sanitari, sociali ed amministrativi operanti nelle Aziende sanitarie (in particolare nei Consultori Familiari e nei servizi che operano nell'area materno-infantile), nonché operatori attivi in altre strutture pubbliche, del privato sociale e del volontariato. I corsi potranno essere attivati per l'intera Azienda sanitaria o per una sua specifica articolazione (dipartimenti, distretti, servizi/unità operative, etc.).

Occorre pertanto:

- Modificare percezioni erranee relative al fenomeno migratorio in generale e ad aspetti specifici connessi alla salute (informazioni sulle caratteristiche quantitative e qualitative del fenomeno migratorio in Italia);
- Promuovere una formazione/aggiornamento mirata degli operatori socio-sanitari, attraverso corsi ad hoc, i cui obiettivi prioritari sono rappresentati da informazione sui temi specifici nell'area della "salute e migrazione", con particolare riferimento alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, e quindi alla procreazione cosciente e responsabile, alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza;
- Promuovere una corretta conoscenza degli operatori sui diritti alla salute e all'accesso ai servizi (informazioni sulla normativa nazionale e regionale vigenti);
- Superare le difficoltà di comunicazione e di relazione con utenti stranieri tramite la relazione transculturale.

2. Organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo

Il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile, esteso anche agli immigrati irregolari, non si è dimostrato sufficiente a garantire il reale accesso ai servizi e l'appropriatezza del loro intervento, anche se si sono osservati miglioramenti degli indicatori nel tempo.

Ciò suggerisce la necessità di provvedere a un riorientamento complessivo dei servizi del SSN, anche avvalendosi delle esperienze più qualificate del volontariato.

Le principali criticità nell'organizzazione dei servizi sono rappresentate dalla inadeguatezza nell'orientare le attività verso la potenziale utenza, dalla persistenza di barriere informative, amministrative, organizzative, culturali e linguistiche.

E' pertanto opportuno promuovere:

- l'organizzazione interna ai servizi, orientata alle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza;
- la flessibilità degli orari di apertura;
- la disponibilità dei servizi di mediazione culturale;
- lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare;
- la messa in rete dei Consultori Familiari con gli altri servizi socio-sanitari e del terzo settore;
- la diffusione delle sperimentazioni realizzate in diverse città italiane (Roma, Firenze, Bologna, Milano, etc.), basate sull'istituzione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani" per immigrati dotati di personale opportunamente preparato, con il supporto di mediatori linguistico-culturali;
- l'offerta attiva di counselling sui metodi contraccettivi tra le donne immigrate in ogni occasione di contatto con le stesse nei Consultori Familiari, nel periodo successivo al parto in ospedale, successivamente a casi di interruzione volontaria di gravidanza, specialmente se ripetute, agli adolescenti nelle scuole/consultori familiari;
- gli interventi di prevenzione ed educazione sanitaria attivamente offerti anche al di fuori dei normali presidi sanitari, per venire incontro ai bisogni di fasce di popolazione immigrata che hanno difficoltà ad accedervi: unità di strada per la prostituzione, presidi o interventi presso campi nomadi o di rifugiati, iniziative particolari presso luoghi di aggregazione sociale degli stranieri;
- gli interventi necessari a garantire il supporto sociale, sanitario e psicologico a sostegno delle donne che vivono la gravidanza in una situazione di difficoltà;
- lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, puntando sulla consapevolezza delle donne, quali il coinvolgimento partecipativo delle comunità di donne immigrate e l'educazione tra pari per promuovere e facilitare l'accesso ai servizi.

3. Promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione dell'aborto ed alla diffusione

delle misure a sostegno della maternità.

La conoscenza dei diritti e dei doveri, essenziale per una convivenza equa, dignitosa e serena, riconosce nell'immigrato un soggetto svantaggiato. Se da un lato egli stesso ha l'obbligo di informarsi sui propri diritti e non di meno sui propri doveri, dall'altro è la società ospitante che dovrebbe offrire, per prevenire ed evitare conflittualità e disuguaglianze, la conoscenza necessaria al fine di poter utilizzare l'offerta dei servizi sanitari.

Nello specifico della tutela della salute sessuale e riproduttiva, della prevenzione dell'aborto e della tutela della maternità la popolazione immigrata presenta necessità di informazione su:

1. presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi. Una corretta informazione e comunicazione ed un idoneo orientamento ai servizi disponibili sono presupposti fondamentali per promuovere l'appropriatezza nell'uso dei servizi stessi. Tale esigenza è particolarmente evidente anche per l'oggettiva complessità delle procedure amministrative per chi non abbia confidenza con il sistema. Una corretta informazione consente anche di promuovere l'empowerment della donna straniera.
2. promozione della procreazione cosciente e responsabile e sulla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza. In generale, nella popolazione immigrata, la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate rimane incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Molte di queste donne provengono da Paesi in cui i metodi contraccettivi sono poco usati e l'aborto è molto frequente.
3. misure a sostegno della maternità. La popolazione immigrata ha una assai scarsa conoscenza sulla legislazione a tutela della maternità e sulle attività di supporto socio-sanitario svolte anche dalle Associazioni.

Occorre pertanto:

- Aumentare la conoscenza sulla presenza, disponibilità e modalità di accesso ai servizi attraverso interventi attivi di informazione (adeguata organizzazione ed utilizzo dell'URP, elaborazione e diffusione di opuscoli / stralci della Carta dei servizi specifici, realizzazione progetti di informazione specifici con eventuale attivazione di Centri Specializzati) anche con il coinvolgimento del terzo settore e delle Associazioni delle donne immigrate;
- Avviare/implementare attività di comunicazione/informazione finalizzata alla tutela della salute sessuale e riproduttiva ed alla prevenzione dell'aborto;
- Avviare/implementare attività di comunicazione/informazione sulle misure socio-assistenziali a sostegno della maternità.

2. RIDURRE LA MORBILITA' DA INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

Anche se le complicanze da interruzione volontaria di gravidanza sono contenute, possono essere individuate misure specifiche atte a ridurre ulteriormente la morbilità e migliorare l'appropriatezza degli interventi.

A tal fine occorre:

- ridurre i tempi tra la richiesta della donna/certificazione per interruzione volontaria di gravidanza e intervento;
- adottare la tecnica Karman;
- adottare diffusamente l'anestesia locale riducendo drasticamente il ricorso all'anestesia generale.

3. AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE E DEL PERSONALE

In applicazione dell'articolo 15 della legge 194 occorre:

- promuovere l'aggiornamento del personale "sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose

per l'interruzione della gravidanza", favorendo la collaborazione tra Regioni, Università, Ospedali, ASL.

- promuovere altresì "corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto ai metodi anticoncezionali ed alle tecniche per l'interruzione volontaria della gravidanza", anche prevedendo da parte delle Regioni la formulazione di "programmi annuali di aggiornamento ed informazione sulla legislazione statale e regionale, sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale".

4. RIMOZIONE DELLE CAUSE CHE POTREBBERO INDURRE LA DONNA ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA - SOSTENERE LE MATERNITA' DIFFICILI

Occorre promuovere un percorso coordinato dall'assistente sociale del consultorio con i servizi comunali, in rete con le associazioni di volontariato, al fine di sviluppare azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici.

5. APPROPRIATEZZA-QUALITA' NEL PERCORSO DELLA DIAGNOSI PRENATALE in particolare in caso di anomalie cromosomiche e malformazioni

Occorre migliorare il percorso diagnostico, rispetto ad appropriatezza, qualità e tempi dall'accesso alla diagnosi e promuovere/implementare la presa in carico delle coppie cui viene comunicato un risultato positivo per patologie fetali. A tal fine sin dall'inizio della richiesta della donna di un'indagine diagnostica prenatale, occorre promuovere l'integrazione tra i vari servizi coinvolti, consultorio/struttura distrettuale, ospedale, ambulatori, laboratori.

Deve quindi essere attivata una reale presa in carico della coppia all'interno della rete organizzativa integrata dei servizi coinvolti. Devono essere attivate équipes multidisciplinari, dall'ostetrica e ginecologo allo specialista in genetica, al chirurgo fino allo psicologo, ecc., per garantire la più corretta informazione sulla natura delle malformazioni diagnosticate e sulla possibilità di cure.

Occorre pertanto:

1. Creare la rete per la presa in carico della donna gravida che accede alla diagnosi prenatale. A livello territoriale il Consultorio familiare, o altra struttura distrettuale allo scopo individuata, diventa il luogo deputato ad effettuare la prenotazione dell'esame e curare l'integrazione tra i differenti servizi coinvolti (esecuzione esame, risposta dal laboratorio, consegna referto all'utente e, in caso di referto patologico prenotazione consulenza specialistica, supporto psicologico/sociale alla donna/coppia, fino alla prenotazione presso la struttura di cura).
2. Adeguare il numero delle strutture di diagnosi e la dotazione tecnologica, spesso inadeguata o insufficiente, dal punto di vista quali/quantitativo, al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi diagnostici diminuendo i rischi per il feto e garantendo tempi di esecuzione rapidi, definiti e certi.
3. Prevedere la formazione del personale in quanto l'aggiornamento e la riqualificazione del personale sono essenziali per l'utilizzazione delle nuove indagini diagnostiche e quindi per l'appropriatezza delle diagnosi.
4. Adeguare il numero delle strutture, con disponibilità di personale non obiettore che eseguono aborto terapeutico, al fine di ridurre i tempi per l'effettuazione dell'intervento.
5. Prevedere la revisione del D.M. 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità" anche per la parte che riguarda l'accesso alla diagnosi prenatale.

6. D.P.R. 396/2000 SUL DIRITTO A PARTORIRE IN ANONIMATO

Dai dati CeDAP i parti in anonimato risultano essere stati 60 su un totale di parti di 504.770 (Occorre tuttavia sottolineare che tale informazione non è contenuta direttamente nel CeDAP ma viene dedotta attraverso alcune variabili presenti) Anche al fine di contrastare il fenomeno degli abbandoni di neonati, occorre promuovere informazione sul D.P.R. 396/2000 che garantisce il diritto di partorire in anonimato. Occorre pertanto implementare la consapevolezza, l'informazione, l'empowerment delle donne, attraverso gli interventi dei servizi materno-infantili, dei consultori, degli ospedali, attivando idonee modalità operative e relazionali degli operatori verso le donne, al fine di garantire la massima riservatezza. Occorre promuovere progetti specifici, anche prevedendo servizi di strada rivolti al fenomeno della prostituzione, attivando la rete delle Associazioni.

