

N. 1754

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore SALVATO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 NOVEMBRE 1996

Norme integrative della legge 29 luglio 1975, n. 405,
e della legge 22 maggio 1978, n. 194

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Disegno di legge	»	7

ONOREVOLI SENATORI. - A 21 anni dall'approvazione della legge che istituisce i consultori familiari (legge 29 luglio 1975, n. 405) e a 18 anni di distanza dalla legge che tutela la maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 22 maggio 1978, n. 194) si rende necessaria una verifica delle modalità di funzionamento e dello stato di applicazione delle due leggi, fra esse collegate e interdipendenti, anche alla luce delle ricorrenti polemiche che ne fanno oggetto di battaglia ideologica e confessionale e di contrattazione politica da parte di forze che ne vogliono dare un'interpretazione più restrittiva o che operano per la loro abolizione *tout court*.

Presentando questo disegno di legge integrativo ed attuativo delle leggi in oggetto, non solo vogliamo ribadire i principi che le hanno ispirate, ma dimostrare anche che laddove sono state applicate, seppur con limiti ed inadeguatezze, hanno favorito una diminuzione dell'aborto ed un atteggiamento più favorevole alla pratica della contraccezione.

Ed è proprio su questi limiti che il nostro disegno di legge vuole intervenire per integrare e rendere più efficiente la normativa.

Dall'ultima relazione del Ministro della sanità sull'attuazione della legge n. 194 del 1978 (*Doc. LI, n. 3-bis*) presentata alla Camera il 5 aprile 1994, si desume una costante diminuzione negli ultimi anni delle interruzioni volontarie della gravidanza (dalle 233.976 del 1983 alle 191.469 del 1987 ed alle 155.172 del 1992). Si conferma, quindi, l'ipotesi che la legalizzazione della interruzione della gravidanza non solo non ha prodotto un'attitudine positiva, e dunque una pratica, del ricorso all'interruzione, ma, favorendo una maggiore circolazione delle informazioni sulla contraccezione, e dunque un maggiore uso (o un migliore uso) dei metodi contraccettivi per la re-

golazione della fecondità, ne ha significativamente ridotto il ricorso, tendenza questa registrata anche in altri Paesi europei (occidentali) in cui la legalizzazione è stata introdotta da più anni. Questa diminuzione non è neppure attribuibile ad un aumento dell'aborto clandestino (dai 100 mila stimati nel 1983 ai 72.000 del 1990): le più significative diminuzioni si registrano infatti nelle regioni laddove i servizi sono in generale più efficienti e più presenti. Si segnala inoltre un'attitudine positiva da parte delle donne a regolare la fecondità con metodi alternativi all'aborto: da diverse indagini in alcune città campione su donne che hanno abortito risulta che al momento del concepimento oltre il 70 per cento aveva usato un qualche metodo contraccettivo (anche se prevalentemente il coito interrotto): sarebbe l'uso di metodi poco sicuri e l'uso scorretto dei metodi usati la causa maggiore del fallimento contraccettivo. Una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione (molte donne non sanno individuare il periodo fertile) e, soprattutto al Sud, la non generalizzata conoscenza della legalizzazione della interruzione della gravidanza e dell'esistenza dei consultori sono ulteriori cause che concorrono al ricorso alla interruzione legale o clandestina.

Risultano pertanto poco credibili le affermazioni secondo le quali l'aborto sarebbe usato come metodo di controllo delle nascite: per la maggior parte delle donne l'interruzione della gravidanza rappresenta l'ultima scelta, un evento casuale che segue al fallimento del metodo contraccettivo tentato.

Attitudini positive che tendono al superamento dell'aborto, ma che si scontrano con le inadempienze e le carenze dei servizi sanitari: è stato stimato che un programma di prevenzione opportunamente definito può portare ad una riduzione dell'aborto di cir-

ca il 50 per cento. Il ruolo centrale in questo programma andrebbe svolto dai consultori familiari.

I consultori familiari, istituiti con legge 29 luglio 1975, n. 405, sono nati sulla spinta di un vasto movimento delle donne che chiedeva l'istituzione di servizi idonei ad affrontare le problematiche relative alla procreazione responsabile, alla sessualità, alle relazioni di coppia, alla tutela della salute delle donne nei suoi aspetti psicologici, sociali e sanitari.

Il bilancio dell'applicazione della legge non può dirsi oggi positivo.

Dopo una prima fase di entusiasmo e di partecipazione sociale alla loro costituzione (i comitati di gestione), i consultori hanno perso col tempo la tensione ideale e politica e la finalità sociale che li avevano animati. Sono subentrate difficoltà nell'applicazione della legge: di ordine normativo (differenti impostazioni date alle leggi regionali), di ordine politico (i continui attacchi alla legge ed il boicottaggio attivo da parte degli integralisti cattolici), di ordine finanziario (insufficiente la spesa prevista per il completamento della rete consultoriale). Ne risulta un'applicazione molto disomogenea a livello nazionale per quanto riguarda il numero dei consultori attivati, l'organico previsto, le modalità di funzionamento.

Il tasso di presenza dei consultori familiari per 10.000 donne in età fertile varia da 8,7 a 0,1 per cento nelle regioni del Nord, da 3,9 a 1,5 per cento nelle regioni del Centro e da 2,3 a 0,8 per cento in quelle del Sud e nelle isole. Una distribuzione disorganica, quindi, accompagnata da gravi carenze nel funzionamento: i dati sul rilascio delle certificazioni per l'interruzione volontaria della gravidanza dimostrano quanto la struttura consultoriale sia ancora al di sotto delle prestazioni che dovrebbe offrire. Nel 1990 solo il 22,9 per cento delle certificazioni per l'interruzione volontaria della gravidanza sono state rilasciate dai consultori, contro il 47,1 per cento rilasciate dal medico di fiducia e il 27,9 per cento dal servizio ostetrico-ginecologico. A maggior presenza di consultori sul territorio non corrisponde necessariamente una più alta percentuale di

richieste: la causa dello scarso coinvolgimento del consultorio nella certificazione per l'interruzione volontaria della gravidanza andrebbe piuttosto ricercata nell'assenza di relazione con gli altri servizi territoriali, innanzitutto con l'ospedale che esegue l'interruzione volontaria della gravidanza. È stato dimostrato che laddove il consultorio prenota direttamente gli interventi in ospedale, la percentuale delle certificazioni arriva all'85 per cento con un ritorno delle donne al consultorio per il colloquio contraccettivo pari al 70-80 per cento (ricerca dell'Istituto superiore di sanità sul Consultorio familiare USL RM4).

Un programma di riqualificazione dei consultori deve quindi vedere la realizzazione dei consultori laddove non sono stati attuati, l'attivazione di quelli non operativi, il completamento e la stabilizzazione degli organici, un congruo numero di ore settimanali di apertura del servizio, la riqualificazione delle sedi fisiche e delle prestazioni, la formazione degli operatori e la realizzazione di programmi operativi di prevenzione su obiettivi specifici e mirati alla popolazione da coinvolgere prioritariamente (donne che partoriscono, donne che ricorrono all'interruzione volontaria della gravidanza, coppie con figli, coppie che si sposano, adolescenti e giovani). Per attivare un programma di prevenzione mirato, il consultorio deve potere acquisire gli indicatori relativi al proprio bacino di utenza (tasso di natalità, fecondità, abortività, morbilità e mortalità per alcune malattie) fino a capovolgere anche il tradizionale modo di operare e raggiungendo quella parte dell'utenza a rischio di problemi socio-sanitari che non si presenta spontaneamente al consultorio.

Non meno problematica è stata l'applicazione della legge che tutela il valore sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza. Approvata nel 1978 dal Parlamento e confermata dal 68 per cento degli italiani con un *referendum* popolare nel 1981, la legge è stata attivamente boicottata e spesso non applicata. I dati sulle interruzioni volontarie della gravidanza effettuate nelle strutture pubbliche dimostrano quanto la prevenzione sia ancora insuffi-

ciente, e le stime sull'aborto clandestino rimandano alle inadempienze delle strutture pubbliche che non sono in grado di recepire la domanda di interruzione volontaria della gravidanza.

Un primo ostacolo all'applicazione della legge è dato dall'abuso dell'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario in servizio obbligatorio: 58 per cento ostetrici; 51,9 per cento anestesisti; 43,5 per cento personale non medico; percentuali elevate, in grado di impedire in molte situazioni le procedure per gli interventi di interruzione volontaria della gravidanza. Al fine di evitare che l'esercizio di un diritto (l'obiezione di coscienza) possa negare un altro diritto (della donna ad usufruire delle strutture pubbliche quando decide di abortire) sancito per legge, le strutture sanitarie devono essere in grado di soddisfare tutte le domande di interruzione volontaria della gravidanza prevedendo, obbligatoriamente, per ogni servizio, personale non obiettore e rimuovendo le cause che inducono all'obiezione di comodo o all'obiezione forzata per eccessivo carico di lavoro nel settore dell'interruzione volontaria della gravidanza.

Sebbene l'80 per cento degli interventi legali siano eseguiti negli istituti di cura pubblici, la funzionalità dei servizi di interruzione volontaria della gravidanza risulta inadeguata e in diversi casi del tutto assente. Su 739 ospedali con reparti di ostetricia-ginecologia, sono 547 quelli che effettuano le interruzioni volontarie della gravidanza, con un ampio uso del convenzionamento a causa dell'obiezione di coscienza. Una distribuzione non omogenea dei servizi a livello territoriale dà luogo ad una frequente emigrazione interunità sanitaria locale, interprovinciale e interregionale. Non sono di molto migliorate le modalità per l'intervento di interruzione volontaria della gravidanza se oltre l'85 per cento degli interventi viene effettuato entro la decima settimana; nè si giustificano il 77 per cento di interventi in anestesia generale e il 47,6 per cento degli interventi eseguiti con il metodo Karman. È ancora troppo alto il ricorso al raschiamento (15 per cento). Una maggiore omogeneizzazione e razionalizzazione dei

servizi, delle procedure e delle tecniche operative (rendere stabili i rapporti con i consultori, uso del *day-hospital* e delle strutture ambulatoriali, riduzione dei tempi di attesa, uso del metodo Karman in anestesia locale, con meno analisi pre-interruzione volontaria della gravidanza) garantirebbe un maggiore rispetto per la salute della donna, ridurrebbe i tempi di attesa, porterebbe nella legalità quella parte di aborto clandestino causato dalla carenza di servizi e ad un risparmio finanziario di almeno il 30 per cento della spesa.

L'articolo 1 del presente disegno di legge, nel ridefinire le finalità della legge, ribadisce il ruolo dello Stato nel garantire il diritto all'autodeterminazione nella sessualità e nelle scelte procreative, e tutela il valore sociale della maternità. A tal fine il disegno di legge prevede il potenziamento e la qualificazione delle attività di informazione e dei servizi necessari a garantire tali diritti, integrando le risorse finanziarie previste con una quota pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale.

Al fine di favorire una maggiore e più scientifica conoscenza del problema, si delega la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi all'attività dei consultori e dei risultati dei progetti operativi al Sistema di sorveglianza dell'Istituto superiore di sanità, che fornisce al Ministro il materiale per la relazione annuale prevista ai sensi dell'articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194 (articolo 2).

L'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con le Regioni, provvede ad attività di documentazione sulle problematiche della sessualità e sulla salute delle donne nei suoi diversi aspetti psico-socio-sanitari (articolo 3) e fornisce al Ministero i protocolli operativi per la promozione delle campagne nazionali d'informazione (articolo 4).

Le Regioni coordinano le politiche di settore e ne garantiscono l'attuazione determinando l'entità del fondo globale da destinare ai servizi previsti, ai criteri per la ripartizione, al controllo della spesa e alla verifica delle prestazioni (articolo 5) e insieme agli enti erogatori dei servizi assicurano i diritti degli utenti a partecipare attivamente alla

programmazione e al controllo delle attività programmate (art. 6).

Per favorire una rete di consultori funzionanti su tutto il territorio nazionale l'articolo 7 ne fissa la collocazione in un ambito territoriale compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti. Per i comuni con popolazione inferiore, le attività consultoriali sono organizzate in modo da assicurarne l'accessibilità.

Al fine di rendere più omogeneo il funzionamento sul territorio nazionale, il consultorio organizza la propria attività sulla base delle indicazioni nazionali e regionali, nonché delle specifiche esigenze presenti sul territorio acquisendo i principali indicatori per il proprio bacino di utenza, predisponendo programmi operativi e verificandone l'efficacia e il processo. L'articolo 8 elenca le aree di intervento del consultorio nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza, del parto, dell'interruzione della gravidanza, dell'assistenza psicologica, sociale, sessuale e sanitaria alle donne, ai giovani, agli uomini e agli anziani, fornendo anche le relative prestazioni e garantendo il rapporto con gli altri servizi.

Le attività consultoriali si prestano anche in sedi diverse dal consultorio: come scuole, ospedali, carceri e luoghi di lavoro e in tutti i servizi socio-sanitari ed assistenziali del territorio. Per favorire una maggiore interazione fra consultorio e utenza sono previste anche visite domiciliari degli operatori del consultorio con l'obiettivo di raggiungere quella parte della popolazione che non si presenta spontaneamente al consultorio (art. 9).

L'articolo 10 definisce l'organico stabile dell'*équipe* del consultorio e prevede nuove figure professionali in relazione ai programmi di intervento.

L'articolo 11 istituisce obbligatoriamente un servizio specifico riservato agli adolescenti ed ai giovani di età compresa fra i dodici e i venti anni, con personale specializzato che interviene sul territorio, nei luo-

ghi di aggregazione giovanile, per informare sull'attività del consultorio.

Le Regioni promuovono corsi di formazione e aggiornamento, con frequenza obbligatoria compresa nell'orario di servizio (art. 12). Per assicurare la globalità dell'intervento socio-sanitario le Regioni istituiscono a livello di ciascuna unità sanitaria locale il Dipartimento per la salute della donna (DSD), la cui attività dovrà interessare il complesso delle strutture delle unità sanitarie locali, che sarà organizzato per funzioni sulla base di specifici programmi (art. 13). L'articolo 14 definisce gli organi tecnici del Dipartimento per la salute della donna.

Con l'articolo 15 si introducono nuove disposizioni per garantire una corretta applicazione della legge 22 maggio 1978, n. 194. Le unità sanitarie locali devono assicurare l'intervento di interruzione volontaria della gravidanza garantendo tutte le condizioni necessarie, dai locali idonei alle tecniche più aggiornate per eseguire l'intervento, abbreviando i tempi di attesa e di degenza. Il personale sanitario non obiettore non deve essere inferiore al 40 per cento del personale di ruolo in servizio attivo. Al fine di garantire una completa professionalità, il personale non obiettore destina all'interruzione volontaria della gravidanza un tempo non superiore ad un terzo della propria attività (art. 16). Vincolati dall'obbligo di assicurare, in tempi ristretti, gli interventi di interruzione volontaria della gravidanza, le Regioni e le unità sanitarie locali sono tenute ad assumere personale medico e paramedico non obiettore, a tempo determinato.

Con l'articolo 17 possono accedere ai servizi di interruzione volontaria della gravidanza senza il consenso dei genitori o del giudice tutelare le minori di sedici anni invece che di diciotto come prevede la legge n. 194 del 1978. È inoltre attivata la procedura d'urgenza per le minori di età inferiore ai sedici anni. L'articolo 18 detta le norme finanziarie.

la legge 22 maggio 1978, n. 194, sull'attività dei consultori e sui risultati dei progetti operativi di cui alla presente legge, sulla base dei dati e delle relazioni tecniche del sistema di sorveglianza gestito dall'Istituto superiore di sanità.

2. Le Regioni forniscono le necessarie informazioni entro il mese di marzo di ciascun anno. I fondi ordinari dell'Istituto superiore di sanità sono integrati per i compiti derivanti dall'attuazione del presente articolo.

3. La relazione di cui al comma 1 fornisce informazioni relative a:

- a) la consistenza della rete consultoriale rispetto all'utenza territoriale;
- b) il tipo di utenza distinto per fasce di età;
- c) la prevalenza delle funzioni svolte e il tempo destinato alle diverse attività;
- d) i dati relativi alla gestione e alle modalità di partecipazione dell'utenza;
- e) i programmi destinati ad incentivare il rapporto del consultorio con i giovani;
- f) la congruità del finanziamento;
- g) i programmi speciali attivati dalle unità sanitarie locali e dalle Regioni.

Art. 3.

(Compiti dell'Istituto superiore di sanità)

1. L'Istituto superiore di sanità, in collaborazione con le Regioni, provvede ad attività di documentazione sulle problematiche della sessualità e sulla salute delle donne, in particolare sull'andamento della mortalità materna, infantile e perinatale, sui tassi di mortalità per diverse realtà territoriali, sull'andamento dell'interruzione volontaria della gravidanza, sulle tecniche contraccettive, sulle tecniche di svolgimento del parto, sulla prevenzione e sull'andamento dei tumori femminili, sull'andamento della sterilità e sulle tecniche rivolte al superamento, nonché sui programmi in corso e sui progetti di ricerca nazionali ed internazionali relativi alla salute della donna nei suoi diversi aspetti e nelle sue diverse problematiche psico-socio-sanitarie.

Art. 4.

(Campagne nazionali di informazione)

1. Il Ministro della sanità, sulla base di protocolli operativi predisposti dall'Istituto superiore della sanità, promuove campagne nazionali di informazione, anche attraverso l'uso di appositi spazi informativi, su tutti i temi inerenti la sessualità, la procreazione libera e responsabile, i temi connessi alla maternità e alla prevenzione di grandi patologie inerenti la sfera sessuale.

Art. 5.

(Compiti delle Regioni)

1. Le Regioni, ai sensi della presente legge, coordinano tramite i propri strumenti di programmazione le politiche di settore, garantendone l'integrazione e l'unitarietà su tutto il territorio nazionale e ne verificano l'attuazione.

2. A tale scopo, entro centottanta giorni dalla data di approvazione della presente legge, le Regioni nell'ambito della programmazione regionale, anche sulla base di progetti dei comuni, delle unità sanitarie locali e degli enti locali e di soggetti non istituzionali, nel rispetto delle indicazioni del Piano sanitario nazionale, determinano:

- a) il fondo globale destinato alla realizzazione degli scopi della presente legge;
- b) i criteri per la sua ripartizione;
- c) le modalità di accesso, di utilizzo, di gestione di tali fondi;
- d) le forme di partecipazione dei cittadini;
- e) i criteri di controllo della spesa e le modalità di verifica dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi e delle prestazioni secondo le tecniche dei centri di costo, della contabilità budgetaria, della verifica di qualità.

Art. 6.

(Diritti degli utenti)

1. Le Regioni e gli enti erogatori dei servizi assicurano:

a) il diritto degli utenti a partecipare alla programmazione e al controllo delle attività previste dalla presente legge;

b) il diritto a segnalare inadempienze e a formulare reclami relativi alle modalità esecutive dei servizi, a cui le autorità responsabili devono dare risposta, rispettivamente, entro dieci o venti giorni dalla segnalazione;

c) il diritto dell'utente ad utilizzare i consultori in un arco di tempo pari ad almeno quattro ore al giorno per sei giorni settimanali;

d) il diritto ad accedere per motivate ragioni, o in casi di urgenza, ai servizi consultoriali ed ai servizi di assistenza sanitaria in comuni diversi da quello di residenza;

e) il diritto di accedere agli atti amministrativi e al rilascio di copie di atti con il pagamento dei soli costi di riproduzione;

f) il diritto ad avere informazioni sullo stato degli atti che lo riguardano.

Art. 7.

(Consultori: istituzione obbligatoria)

1. I consultori, la cui istituzione è obbligatoria, sono strutture socio-sanitarie il cui ambito territoriale è compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti, di norma coincidente con il distretto sanitario.

2. Per le esigenze delle aree comunali a popolazione sparsa, l'ambito territoriale di cui al comma 1 può essere inferiore a 20.000 abitanti.

3. Per le esigenze dei comuni con popolazione inferiore a 10.000 abitanti, le attività consultoriali sono organizzate in modo da assicurarne l'accessibilità.

4. La completa realizzazione della rete territoriale è attuata entro un anno dalla data di approvazione della presente legge.

5. Le Regioni dispongono entro il termine di cui al comma 4, e rinnovano annualmente, gli strumenti conoscitivi destinati all'utenza, con particolare riferimento ai giovani, sulle attività che vengono svolte.

Art. 8.

(Consultori: funzioni)

1. Ad integrazione di quanto previsto nella legge 29 luglio 1975, n. 405, e nella legge 22 maggio 1978, n. 194, il consultorio, garantendo in ogni caso la sfera di riservatezza dei singoli, organizza la propria attività sulla base delle indicazioni nazionali, regionali ed eventualmente delle specifiche esigenze presenti nel territorio, formulando programmi operativi in cui siano definiti obiettivi, sistemi di valutazione di efficacia e di processo, potenziale utenza e procedure operative. Al fine di predisporre programmi operativi, collabora a costruire e acquisisce i principali indicatori per il proprio bacino di utenza (tasso di natalità, fecondità, abortività, morbilità e mortalità per alcune cause specifiche) e sviluppa le proprie attività nelle seguenti aree di intervento:

a) elabora e svolge direttamente ed in collaborazione con le scuole programmi di informazione sui temi della sessualità, garantendo la pluralità dei contenuti nonché il rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità psico-fisica delle persone;

b) svolge interventi di informazione atti a favorire le scelte procreative personali, la regolazione ed il controllo della fecondità, ed assicura il corretto uso di tutti i metodi per la procreazione responsabile;

c) svolge tutte le procedure di sua competenza relative all'accertamento di gravidanza il cui esito viene comunicato all'utente nel tempo più breve possibile e comunque non oltre tre giorni;

d) fornisce tutte le informazioni e facilita l'accesso ai servizi in relazione a tutte le esigenze della gravidanza e del parto;

e) promuove, anche con interventi diretti, l'assistenza sanitaria, psicologica e so-

ziale a tutela della gravidanza, del parto e della maternità;

f) cura l'accesso a tutti i servizi sociali, sanitari e assistenziali e ai relativi interventi in via ordinaria o specifica nel caso di gravidanze difficili per cause economiche, sanitarie e sociali;

g) in caso di richiesta di interruzione volontaria della gravidanza fornisce la prescritta certificazione, prenota l'intervento e ne segue l'andamento;

h) svolge attività di sostegno psicologico quando se ne determini la necessità in ordine a problemi relazionali della persona, della coppia e del nucleo familiare;

i) stabilisce con i servizi sanitari territoriali modalità operative atte a garantire la globalità delle risposte ai bisogni di salute della donna;

l) attua programmi relativi agli interventi socio-sanitari relativi alla pubertà e alla menopausa;

m) attua programmi relativi alla sessualità degli anziani;

n) somministra i mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;

o) fornisce anche direttamente tutte le prestazioni necessarie per prevenire le patologie connesse alla sfera sessuale;

p) attua programmi consultoriali specifici di prevenzione che sono destinati:

1) ai giovani, curando la disponibilità di orari compatibili con lo svolgimento delle attività scolastiche, formative e lavorative;

2) alle madri, in coincidenza con la dimissione dai reparti di maternità e per la prevenzione degli aborti bianchi;

3) alle donne che hanno eseguito interruzione volontaria della gravidanza;

4) agli uomini prevedendo appositi spazi e figure professionali.

Art. 9.

(*Consultori: sedi dell'attività*)

1. Le attività consultoriali si esercitano:

a) direttamente nei consultori;
b) in tutti i servizi sanitari, sociali e assistenziali, del territorio da parte del personale del consultorio e, se necessario, anche mediante visite domiciliari secondo modalità operative di lavoro multidisciplinare e secondo i programmi operativi di cui all'articolo 8;

c) in sedi selezionate per la presenza di gruppi sociali (scuole, ospedali, carceri, luoghi di lavoro) a cui dirigere programmi specifici.

2. Per le funzioni di cui all'articolo 8 gli operatori dei consultori accedono a servizi ostetrico-ginecologici degli ospedali, di *day hospital* e ambulatoriali.

Art. 10.

(*Il personale*)

1. Ad ogni consultorio è destinata una *équipe* stabile comprendente almeno:

a) uno psicologo;
b) un ginecologo;
c) due assistenti sociali;
d) un assistente sanitario o una ostetrica;
e) un ausiliario.

2. Il consultorio si avvale altresì di altre figure professionali in relazione ai propri programmi.

3. L'*équipe* nomina annualmente il responsabile del servizio a cui spetta il coordinamento dei programmi, la gestione e la verifica di efficienza e di efficacia della struttura e delle prestazioni.

4. Il responsabile del servizio predispone annualmente i dati relativi:

a) ai programmi proposti dall'*équipe*;
b) alle esigenze finanziarie;
c) al consuntivo di attività;

d) ai risultati dei progetti.

5. Il responsabile del servizio fa parte di diritto del consiglio di Dipartimento di cui all'articolo 14.

Art. 11.

(Attività consultoriale specifica nei confronti dei giovani)

1. Nell'ambito dei consultori è istituito obbligatoriamente un servizio specifico riservato agli adolescenti ed ai giovani d'età compresa tra i dodici e i venti anni.

2. Devono essere previste le seguenti figure professionali:

- a) medico ginecologo;
- b) assistente sociale;
- c) psicologo;
- d) assistente sanitario.

3. Il consultorio o più consultori associati si avvalgono, per il servizio rivolto ai ragazzi e alle ragazze, di personale specializzato che presso le scuole medie superiori, le università, i luoghi di lavoro e le sedi delle organizzazioni giovanili, o presso i luoghi più frequentati dai giovani, svolge attività di informazione sui servizi dei consultori; il consultorio, attraverso personale specializzato, in rapporto diretto con gli utenti, produce e distribuisce materiale didattico e d'informazione relativo alla sessualità, procreazione e contraccezione.

4. Il consultorio si avvale altresì dei mezzi di comunicazione diffusi sul territorio.

Art. 12.

(Formazione del personale)

1. La Regione promuove lo svolgimento di specifici corsi di formazione e aggiornamento per il personale dell'*équipe* consultoriale con preciso riferimento ai programmi ed all'attività a cui esso è destinato.

2. I corsi annuali per l'attuazione del piano devono assicurare la complessiva acquisizione degli obiettivi fissati dalla presente

legge anche attraverso l'articolazione differenziata dei corsi stessi.

3. La frequenza dei corsi è obbligatoria e compresa nell'orario di servizio; la Regione e gli enti erogatori del servizio consultoriale, d'intesa con le organizzazioni sindacali e professionali, determinano le modalità organizzative per assicurare il servizio e la frequenza dei corsi.

Art. 13.

*(Istituzione del Dipartimento
per la salute della donna)*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le Regioni con propria legge riorganizzano tutte le funzioni socio-sanitarie, relative alla promozione e tutela della salute della donna, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1. A tale scopo costituiscono indicazioni di riferimento il Programma sanitario nazionale, nonchè il decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, recante determinazione degli *standards* del personale ospedaliero, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988. La riorganizzazione di tali funzioni avviene a livello di unità sanitaria locale.

2. Le Regioni sono tenute ad istituire a livello di ciascuna unità sanitaria locale il Dipartimento per la salute della donna avente il compito di garantire il diritto globale alla salute della donna. Il Dipartimento per la salute della donna, la cui attività dovrà comunque interessare il complesso delle strutture dell'unità sanitaria locale, deve in ogni caso disporre delle seguenti strutture:

a) le unità operative di base collocate nei distretti sanitari;

b) i poliambulatori specialistici o i *day hospital*;

c) i reparti ospedalieri;

d) i centri ad alta specializzazione e di terapia intensiva;

e) i centri di fisiopatologia della riproduzione come presidi ospedalieri in ospedali nei quali si svolgono almeno mille parti l'anno.

3. Le attività dei Dipartimenti sono organizzate per funzioni sulla base di specifici programmi.

4. I Dipartimenti assicurano i seguenti interventi:

a) funzioni consultoriali così come definite dalla presente legge;

b) assistenza al percorso nascita, assicurandone l'umanizzazione;

c) prevenzione dell'aborto;

d) attuazione sistematica in tutte le unità sanitarie locali della legge 22 maggio 1978, n. 194, garantendo la qualificazione dell'assistenza all'interruzione volontaria della gravidanza;

e) prevenzione della mortalità e della morbilità perinatale;

f) prevenzione e cura della sterilità maschile, femminile e di coppia;

g) prevenzione del rischio genetico;

h) assistenza delle gravidanze a rischio.

5. Nel Dipartimento per la salute della donna si integra anche il consultorio relativamente agli interventi specifici.

Art. 14.

(Organi tecnici del Dipartimento per la salute della donna)

1. Sono organi tecnici del Dipartimento per la salute della donna, il consiglio di Dipartimento ed il coordinatore di Dipartimento.

2. Il consiglio di Dipartimento è composto da responsabili dei diversi servizi inerenti l'unità operativa.

3. Nelle unità sanitarie locali, sede di presidi specialistici multizonali con competenze specifiche in ordine all'ostetricia e ginecologia e all'assistenza oncologica, i responsabili dei medesimi fanno parte integrante del consiglio di Dipartimento.

4. Sono compiti del consiglio di Dipartimento:

a) predisporre i programmi di lavoro di comune interesse e le necessarie integrazioni operative fra i diversi servizi;

b) provvedere ad un coordinato esercizio delle funzioni di comune interesse e ad una verifica periodica dell'attività svolta;

c) formulare proposte di tipo tecnico-organizzativo con riferimento all'attuazione di programmi specifici delle Regioni e delle unità sanitarie locali, all'acquisto ed alla manutenzione delle attrezzature;

d) provvedere alla destinazione del personale sanitario di servizi che fanno parte del Dipartimento o che si integrano con esso, o all'attribuzione dei compiti relativi ai fini di assicurare la completa attuazione della presente legge, anche in riferimento alla tutela della professionalità acquisita, alle garanzie del personale rispetto ai percorsi di carriera e all'esercizio o meno dell'obiezione di coscienza.

5. Verso il consiglio di Dipartimento, qualora ritenuto inadempiente, è ammesso ricorso da parte del personale dipendente. Il ricorso viene esaminato dagli organi amministrativi delle unità sanitarie locali entro trenta giorni dalla presentazione.

6. Il coordinatore del Dipartimento per la salute della donna è nominato dall'organo di gestione delle unità sanitarie locali fra i responsabili dei diversi servizi e presidi del Dipartimento per la salute della donna appartenenti al livello apicale del ruolo sanitario; dura in carica tre anni e può essere riconfermato.

7. Sono compiti del coordinatore del Dipartimento per la salute della donna:

a) assicurare il funzionamento del consiglio di Dipartimento;

b) garantire uno stretto coordinamento operativo del Dipartimento per la salute della donna con i servizi e presidi delle unità sanitarie locali, in modo particolare con quelli relativi all'infanzia e all'età evolutiva;

c) rendere conto semestralmente, con relazione scritta, agli organi delle unità sanitarie locali sullo stato di avanzamento del programma.

Art. 15.

(Norme a garanzia dell'attuazione della legge 22 maggio 1978, n. 194; compiti delle unità sanitarie locali)

1. L'interruzione volontaria della gravidanza è assicurata dalle unità sanitarie locali con le modalità della legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Per le finalità di cui al comma 1, ai sensi del quarto comma dell'articolo 9 della citata legge 22 maggio 1978, n. 194, come modificato dal comma 4 dell'articolo 16 della presente legge, le unità sanitarie locali assicurano nell'ambito del Dipartimento per la salute della donna:

a) la disponibilità di ambienti idonei, preferibilmente ambulatoriali o in *day hospital*;

b) l'estensione delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna o meno rischiose per l'interruzione della gravidanza;

c) ricoveri non superiori alle ventiquattro ore, tranne in casi di effettiva necessità;

d) l'effettuazione dell'intervento d'interruzione volontaria della gravidanza da parte delle strutture pubbliche entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte della donna;

e) la disponibilità di personale sanitario non obiettore in proporzione non inferiore al 40 per cento del personale di ruolo in servizio attivo.

Art. 16.

(Interventi relativi al personale sanitario)

1. I contratti collettivi di lavoro delle categorie interessate all'attuazione della presente legge valorizzano il lavoro svolto in funzioni ambulatoriali e di *day hospital*, comprensivo dell'interruzione volontaria della gravidanza, ai fini della corresponsione economica e della progressione di carriera.

2. I sanitari dei servizi preposti all'attuazione della presente legge destinano all'interruzione volontaria della gravidanza un tempo non superiore ad un terzo della propria attività complessivamente considerata. Ai fini di garantire l'effettuazione del servizio e il diritto all'obiezione di coscienza di cui alla legge 22 maggio 1978, n. 194, le unità sanitarie locali sono autorizzate ad integrare le proprie piante organiche in misura equivalente al numero di unità calcolate in base al tempo per l'interruzione volontaria della gravidanza non coperto dai sanitari obiettori.

3. Al fine di applicare compiutamente la legge 22 maggio 1978, n. 194, le Regioni e le unità sanitarie locali sono autorizzate a ricorrere alla mobilità del personale sanitario, sia obiettore che non obiettore. Qualora il personale addetto risulti numericamente insufficiente per gli effetti derivanti dall'esercizio del diritto di obiezione di coscienza, le unità sanitarie locali sono tenute ad assumere personale medico e paramedico con contratto a tempo determinato per attività ambulatoriali, di durata non inferiore ad un anno, rinnovabile. I contratti sono stipulati sulla base di uno schema approvato dalle Regioni e devono prevedere, quale loro finalità, l'adempimento delle prestazioni di cui alla presente legge.

4. Il quarto comma dell'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194, è sostituito dal seguente:

«I presidi ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure e ad effettuare gli interventi d'interruzione della gravidanza secondo quanto previsto dalla presente legge. Gli amministratori delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie autorizzate sono penalmente perseguibili ai sensi del primo comma dell'articolo 328 del codice penale per il mancato adempimento dei doveri che ad essi fanno capo ai fini dell'applicazione della presente legge».

Art. 17.

1. Nei commi secondo, terzo e quarto dell'articolo 12 della legge 22 maggio 1978,

n. 194, la parola «diciotto» è sostituita dalla seguente: «sedici».

2. Dopo il secondo comma dell'articolo 12 della citata legge 22 maggio 1978, n. 194, è aggiunto il seguente:

«Se la donna è di età inferiore ai sedici anni, l'interruzione volontaria della gravidanza è attuata con particolare sollecitudine attraverso il ricorso alla procedura d'urgenza prevista dal terzo comma dell'articolo 5».

Art. 18.

(Norme finanziarie)

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge si provvede con gli stanziamenti di cui alla legge 29 luglio 1975 n. 405, e alla legge 22 maggio 1978, n. 194, con una quota vincolata pari all'1 per cento della dotazione del Fondo sanitario nazionale prevista per il 1994, nonchè con la quota ordinaria del Fondo medesimo destinata alla realizzazione del Progetto obiettivo materno-infantile.

2. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, propone al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) la distribuzione dei fondi costituiti sulla base dei criteri seguenti:

a) per il primo anno, il 60 per cento dei fondi disponibili è ripartito in ragione proporzionalmente inversa al personale già presente nella pianta organica delle Regioni e province autonome alla data del 31 dicembre 1993 e ai servizi già attivati che, ai sensi della presente legge, saranno organizzati nei Dipartimenti per la salute della donna; il 30 per cento in ragione diretta della spesa corrente di competenza dell'esercizio 1993, sostenuta dalle Regioni e dalle province autonome tramite le unità sanitarie locali o direttamente per i servizi afferenti al Dipartimento per la salute della donna; il 10 per cento in ragione diretta della popolazione residente in ciascuna Regione o provincia autonoma alla data del 1° gennaio 1994;

b) per gli anni successivi, il 25 per cento delle risorse di cui al comma 1 è destinato al completamento dei progetti finalizzati regionali; il 30 per cento delle medesime risorse è ripartito in ragione diretta della popolazione residente in ciascuna Regione e provincia autonoma alla data del 1° gennaio; il 45 per cento delle medesime risorse è ripartito in ragione diretta della spesa corrente sostenuta nell'anno precedente dalle Regioni e dalle province autonome tramite le unità sanitarie locali o direttamente per i servizi afferenti al Dipartimento per la salute della donna.

