

I CONSULTORI FAMILIARI TRA INNOVAZIONE E TRADIZIONE. VECCHI E NUOVI COMPITI ISTITUZIONALI

Michele Grandolfo

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica – Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

Tel.: 0649902479 – Fax.: 0649387069 – e-mail migrando@iss.it

Roma, 10/12/2002

I consultori familiari, istituiti formalmente nel 1975 (legge 405/75), sono stati realizzati sul territorio nazionale con tempi e modalità diversi, in seguito all'approvazione delle relative leggi regionali. Incorporati con modalità non omogenee nel sistema sanitario nazionale (legge 833/78), hanno avuto una vita difficile per due essenziali motivi:

- a) la legge istitutiva nazionale e quelle regionali indicavano i campi di attività dei consultori familiari, privilegiando la prevenzione e la promozione della salute e non potevano proporre obiettivi operativi e priorità che dovevano essere lasciate alla pianificazione nazionale e regionale, che purtroppo è mancata, almeno in una formulazione scientifica;
- b) b) l'orizzonte operativo dei consultori, servizi a bassa soglia di accesso, faceva riferimento a un modello sociale di salute (composizione multidisciplinare dello staff), a un approccio non direttivo ma orizzontale, a una costante attenzione alle differenze di genere. Tale impostazione andava potenzialmente a confliggere con quella biomedica e direttiva dei servizi tradizionali. Questi, a parte lodevoli eccezioni, hanno sistematicamente tentato di delegittimare ed emarginare i consultori familiari, sia negando l'integrazione strutturale e funzionale, sia operando per impedire assegnazioni di risorse umane ed economiche, strutturali ed infrastrutturali, soprattutto al Sud.

Nondimeno, frequentemente l'opinione pubblica e istituzioni civili (per esempio la scuola) reclamavano un impegno dei consultori familiari non solo per la prevenzione ma anche come toccasana universali dei fenomeni di allarme sociale e se ne lamentava la supposta insufficienza di iniziativa.

L'assenza di una programmazione operativa, scientificamente fondata, basata su obiettivi selezionati con priorità stabilite sia a livello nazionale che regionale, ha prodotto due fenomeni collegati.

La programmazione veniva intesa come enumerazione delle attività e tali attività che si intendevano svolgere venivano descritte nella voce “obiettivi” del programma e i modi di realizzazione e i contenuti delle attività costituivano la voce “attività”. Sistemi di verifica e popolazione di riferimento venivano genericamente accennati, quando presi in considerazione. Il problema dell’efficacia e dell’appropriatezza delle attività non veniva affrontato. Diveniva così conseguente rivolgersi alle persone che spontaneamente accedevano al servizio o comunque a quelle più facilmente a portata di mano, assumendo che chi avesse un problema di competenza consultoriale si sarebbe proposto una volta saputo dell’esistenza del servizio e delle attività in esso svolte.

Accanto a questo primo fenomeno, peraltro perfettamente in linea con quanto avveniva per tutti i servizi sanitari, tradizionali e non, se ne sviluppava un altro, il cui sviluppo avrebbe potuto mettere in discussione una delle qualità fondative dei consultori familiari: la multidisciplinarietà. In mancanza di obiettivi di popolazione (e quindi di sanità pubblica) e con un approccio a servire chi si presentava spontaneamente, si sviluppava una deriva verso la settorializzazione e la frammentazione, così che, al limite, ogni figura professionale rivendicava esclusivamente a sé la competenza a trattare un caso la cui problematica veniva colta con una visione unidirezionale.

Un effetto collaterale importante di questa metodologia di lavoro era costituito dalla accentuazione delle attività di cura e, non solo quelle di prima istanza. Questo effetto collaterale non solo andava a spingere ulteriormente verso la settorializzazione e la frammentazione (in un pernicioso circuito vizioso) ma distoglieva pesantemente dai compiti primari e strategici di promozione della salute per cui i consultori familiari erano stati istituiti.

Se tutto ciò attiene alle strategie e alle modalità operative, non va trascurato l’enorme problema della adeguatezza delle risorse. Quali figure professionali, con quale orario di lavoro e in quale posizione occupazionale? Quali risorse strutturali, infrastrutturali ed economiche? Quale livello di messa in rete con i servizi di secondo e terzo livello? Quale territorio di riferimento?

La mappa dei consultori familiari, la prevista ed effettiva presenza qualificata delle competenze professionali, le dipendenze gerarchiche e le loro evoluzioni nel tempo in Italia dicono molto di quanto sia improprio pensare alla realtà consultoriale come un dato omogeneo nel tempo e nello spazio.

In effetti, la consapevolezza dell'assoluta originalità dei servizi consultoriali (multidisciplinarietà, non direttività, visione di genere) è sempre stata presente come patrimonio unico da non disperdere, nonostante tutti gli elementi critici, tanto è vero che a partire dalla fine degli anni ottanta in ben tre circostanze commissioni nazionali, promosse dai ministri della sanità hanno prodotto linee di indirizzo per la riqualificazione e potenziamento dei consultori familiari, l'ultima delle quali nel contesto del Progetto Obiettivo Materno Infantile, parte integrante del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (negli anni 1987-89, il Comitato operativo materno-infantile, istituito dal ministro Donat Cattin e presieduto dal prof. Guzzanti (1); negli anni 1995-96, la Commissione nazionale per l'assistenza alla gravidanza, al parto e nel periodo perinatale, istituito dal ministro Guzzanti e presieduto dal prof. Montemagno; negli anni 1998-2000, la Commissione nazionale per la elaborazione del progetto obiettivo materno infantile, istituita dal ministro Bindi e presieduta dal dr. Oleari (2)). Infine, la normativa relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) riprende integralmente le indicazioni operative del Progetto Obiettivo Materno Infantile, richiamando esplicitamente le leggi di riferimento, dalla 406/75, istitutiva dei consultori familiari, alla legge 34/96, in cui si indica la necessità di avere un consultorio ogni 20000 abitanti (3).

Tale consapevolezza era fondata sulla conoscenza di una miriade di esperienze innovative nei contenuti e nelle modalità operative condotte da una moltitudine di professioniste/i che hanno prodotto esperienze spesso esemplari, anche se raramente valorizzate a dovere, allo scopo di guidare la programmazione e l'allocazione delle risorse. Le attività consultoriali, anche quando iscritte nella dimensione di cure primarie, hanno rappresentato un importante presidio di riferimento, soprattutto per le sezioni svantaggiate della popolazione, che non avrebbero avuto altre alternative. Indagini campionarie condotte dall'ISS hanno ripetutamente rilevato, non solo un alto gradimento (>80%) da parte di chi aveva avuto modo di usufruire dei servizi consultoriali, ma anche l'efficacia maggiore dei servizi consultoriali nel garantire outcome positivi e nel prevenire esposizioni inappropriate (4, 5, 6).

A conforto di questa insistenza e motivo di orgoglio per la sanità pubblica italiana, va detto che nel contesto internazionale l'odierna valutazione critica degli scarsi successi, per non dire insuccessi del programma "Safe motherhood" recentemente ribattezzato "Making pregnancy safe" dell'OMS, pone l'accento sull'importanza di allestire servizi di salute primaria, caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute e sostenuto da modalità operative basate sull'offerta attiva, operanti mediante relazioni di

comunicazione orizzontali secondo il modello della presa di coscienza e di potere (empowerment) delle donne, cioè il modello dei consultori familiari italiani (7)! Queste le indicazioni per far fronte agli insuccessi conseguenti a un approccio frammentato, settoriale, basato su relazioni direttive e senza offerta attiva, che ha caratterizzato le attività della cooperazione internazionale negli ultimi venti anni.

Se a livello nazionale e con rilievo normativo viene riconosciuto il compito centrale che deve essere svolto dai consultori familiari nella promozione della salute, pur non tralasciando l'attività di cura primaria (soprattutto nel processo di presa in carico e di referaggio ai servizi di secondo e terzo livello in una rete integrata di servizi), le conseguenze dal punto di vista operativo sono stravolgenti i modi tradizionali di procedere. Quale frazione di popolazione coinvolgere, con quali attività di verificata efficacia per raggiungere obiettivi di salute da misurare nella popolazione generale?

Quindi non più una pseudo programmazione in cui si enunciano le attività che si intendono svolgere, bensì una progettazione basata:

- a) su una chiara definizione di obiettivi di salute specifici;
- b) su una descrizione dei sistemi e degli indicatori di valutazione (di esito, output e processo);
- c) sulla identificazione della popolazione bersaglio (frazione della popolazione generale);
- d) sulla identificazione di adeguate e articolate modalità di offerta attiva;
- e) sulla caratterizzazione delle modalità di esecuzione di attività efficaci nella pratica;
- f) sulla descrizione dei risultati attesi associati alle attività previste e agli obiettivi posti.

La progettazione deve anche prevedere indagini:

- g) sui fattori di rischio della non rispondenza;
- h) sull'incidenza dei problemi, che la strategia intendeva prevenire, nella sezione della popolazione bersaglio non raggiunta.

Raggiungere la popolazione bersaglio costituisce il primo imperativo strategico nella consapevolezza che i più difficili da raggiungere sono anche quelli che sono maggiormente a rischio (perché esposti a degrado socioeconomico), per cui non raggiungerli costituisce un pregiudizio per il perseguimento degli obiettivi fissati.

Cosa intendere per offerta attiva? Si tratta di un processo comunicativo che sfrutta tutti i potenziali canali sinergicamente operanti, a partire da quelli istituzionali ma con grande impiego di quelli già costituiti e/o riconoscibili e/o creati ad hoc nella comunità, con modalità modulate sulle specifiche caratteristiche delle persone e dei gruppi di popolazione da coinvolgere, nella consapevolezza della complessità delle dimensioni in cui la comunicazione è iscritta (fisica, relazionale, psicologica, etica, culturale, sociale e antropologica), allo scopo di promuovere ripensamento individuale e comunitario sul vissuto quotidiano e sulla memoria storica al fine di sviluppare nuove consapevolezze e nuove competenze alla luce delle nuove conoscenze, con l'obiettivo di attivare processi decisionali autonomi e consapevoli.

Nella sfida stimolante della comunicazione, che per essere vincente deve necessariamente non essere basata su modelli direttivi ma di empowerment, si coglie la straordinaria importanza delle competenze multidisciplinari; così come tali competenze svolgono una funzione decisiva nel rendere efficaci nella pratica gli interventi previsti nel programma se si assume, come è necessario fare, un modello sociale di salute.

Ed è determinante per la crescita della professionalità nel campo della promozione della salute valutare continuamente i risultati acquisiti e gli obiettivi raggiunti, rispetto a quelli programmati e diviene essenziale porsi la domanda sul perché del non raggiungimento e quanto pesa la sua estensione nel non perseguimento degli obiettivi programmati.

Quindi come la programmazione, scientificamente intesa, la valutazione è parte integrante dell'attività lavorativa, non opzionale, che deve rappresentare un carico di lavoro definito e programmato. La valutazione è l'attività senza la quale non si può parlare di attività professionale e senza valutazione non c'è stimolo alla crescita professionale. La valutazione quindi è nel processo della formazione continua.

La valutazione consiste a) nel verificare la distanza tra gli obiettivi raggiunti e quelli previsti utilizzando gli indicatori di esito, di output e di processo (valutazione a lunga, media e breve distanza) e le ragioni di questa distanza (controllo di qualità interno); b) nel confrontare la propria esperienza, rappresentata dagli indicatori, con quella dei servizi analoghi dislocati in altri ambiti territoriali (controllo di qualità esterno).

Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile si possono individuare tre progetti strategici: percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori femminili. Tre priorità non tanto per la

gravità e la frequenza dei problemi che possono essere prevenuti quanto soprattutto per l'alta possibilità di intervento e per la straordinaria esemplarità pedagogica.

Basti pensare alle relative popolazioni bersaglio: donne e coppie nella realizzazione concreta del desiderio di maternità e genitorialità, adolescenti in via di formazione, donne di età compresa tra 25 e 65 anni.

Le donne nella massima potenza della loro attività di cura e sostegno della famiglia e quindi veri e propri pilastri della società, e adolescenti nel massimo della potenza formativa e quindi a più alta resa di investimento. Soggetti forti (altro che deboli!) su cui l'approccio nei termini di empowerment può avere il massimo di efficacia, non solo per le persone coinvolte, ma anche per tutte quelle in relazione affettiva e sociale.

Quindi offerta attiva di consulenza prematrimoniale, offerta attiva di consulenza in gravidanza (quanto sarebbe opportuno che il certificato di esenzione dal ticket venisse rilasciato dai consultori familiari!). Offerta attiva dei corsi di preparazione alla nascita; offerta attiva di visite domiciliari o in consultorio dopo il parto; offerta attiva di corsi di educazione sessuale nelle scuole; offerta attiva di spazi adolescenti dentro e fuori i consultori; offerta attiva del Pap test e della mammografia, in un contesto di integrazione negoziata dei servizi distrettuali e di ASL.

Il tasso di rispondenza (primario indicatore di processo) testimonierà la qualità comunicativa e la sua efficacia nell'avviare il processo di empowerment. Quanta opportunità, se la qualità comunicativa fosse buona, verrebbe data perché problematiche ancora in fase prodromica relative al disagio familiare delle donne, della coppia, delle/dei bambine/i, delle/degli adolescenti vengano ad essere proposte a interlocutrici/ori sensibili e rispettose/i e non stigmatizzanti! Quante problematiche in atto potranno essere evidenziate e quante relative richieste di aiuto verranno esplicitate con fiducia a interlocutrici/ori accreditate/i per la qualità della comunicazione! Quante occasioni di integrazione si verranno a porre; basti solo pensare, in occasione dell'offerta attiva del Pap test, all'offerta di counseling per la menopausa per le donne oltre i 45 anni, per la contraccezione per le donne in età feconda che hanno già completato la dimensione desiderata della famiglia, per la gravidanza programmata e/o per la contraccezione per le donne tra i 25 e i 35 anni!

In questi tre programmi strategici è essenziale considerare lo sviluppo delle consapevolezza sulla procreazione consapevole e nel far ciò si produce la migliore azione contro il ricorso all'interruzione di gravidanza.

Le proposizioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile, soprattutto per quanto attiene ai progetti strategici, implicano una disponibilità di risorse che non è detto sia garantita. Opportunamente il Progetto Obiettivo Materno Infantile fa riferimento alla legge 34/96 in cui si esplicita la necessità di un consultorio ogni 20 mila abitanti ed esplicita nel dettaglio figure professionali e orario di lavoro minimo per ogni servizio consultoriale.

Ogni progetto strategico può essere tradotto in ore di lavoro per figure professionali per unità di popolazione bersaglio. Per esempio, se si vuole realizzare un progetto adolescenti centrato sull'offerta attiva di corsi di educazione sessuale nelle scuole, prevedendo un ciclo di cinque incontri di due ore ciascuno per ogni classe corrispondente a un livello (per esempio le terze medie inferiori) e, se si considera una popolazione di 20 mila abitanti, nelle terze medie si avranno circa 200 adolescenti, supponiamo in 10 classi, per cui all'anno saranno necessarie 100 ore lavorative per ciascuna delle figure professionali impegnate, più un certo numero di ore, dal 50 al 100%, per la programmazione, i contatti, il coinvolgimento di genitori e insegnanti, la valutazione, l'attivazione della fruizione di spazi giovani presso i consultori e iniziative in sedi extraistituzionali, anche nella configurazione delle "health promoting schools".

Come già accennato, ogni progetto strategico può supportare progetti satelliti sfruttando fino in fondo le sinergie, cioè a dire, mettendo in comune il tempo necessario per il raggiungimento della popolazione bersaglio e sfruttando l'accreditamento conseguente al successo del programma strategico. Anche per i programmi satelliti si possono calcolare i carichi di lavoro necessari, in relazione al quadro logico (obiettivi, risultati, attività e relativi indicatori) corrispondente.

La realizzazione di progetti strategici basati sull'offerta attiva farà emergere una serie di bisogni (bisogni di salute insoddisfatti – "unmet needs of health") che potranno essere presi in carico per l'intervento di prima istanza e riferiti al secondo livello, se necessario. Sulla base dell'esperienza si può valutare quanta domanda viene così prodotta e quali carichi di lavoro debbono essere calcolati, in relazione alle prevedibili attività che si rendono necessarie.

Permane in ogni caso l'accesso libero, senza vincoli, che, anche in questo caso, opportunamente vagliato, costituisce un carico di lavoro la cui stima può essere calcolata.

È evidente che il calcolo dei carichi di lavoro è pregiudiziale a qualunque altra valutazione di risorse necessarie (presidi, infrastrutture e strumentazione, materiale di consumo), che pure si deve fare per valutare la compatibilità tra progetti dimensionati sugli

obiettivi e sulla popolazione bersaglio e risorse necessarie per svolgere le attività previste al fine di ottenere i risultati necessari al raggiungimento degli obiettivi.

Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile è chiaramente raccomandata l'integrazione dei servizi sia nell'ambito distrettuale (secondo livello) che sovradistrettuale (terzo livello); se a livello dipartimentale si colloca la progettazione operativa, soprattutto per quanto attiene la fase decisionale, è nell'organizzazione distrettuale che si realizza l'allocazione delle risorse e l'integrazione dei servizi, alla luce della progettazione operativa. È molto ragionevole pensare che nella presente temperie, grandi miglioramenti nella disponibilità di risorse non ci saranno, ma per quanto attiene il ruolo o i compiti dei consultori familiari molto si può fare di riorientamento delle attività. Non è percorribile la strada dell'assumere le responsabilità altrui come alibi a non riqualificare, l'attività consultoriale, volta alla promozione della salute, nel senso scientificamente fondato e quindi di sanità pubblica. Certo è che le risorse disponibili potranno permettere programmi con obiettivi commisurati ad esse, e non voli pindarici.

È necessario sviluppare capacità negoziali per vincere le resistenze ad assumere responsabilità nel processo decisionale e nella integrazione dei servizi come è necessario sviluppare capacità negoziali per coinvolgere la comunità sia nelle istanze istituzionali che in quelle non istituzionali. Questo, non solo per il coinvolgimento nel processo decisionale (in fondo si tratta di garantire diritti di salute a cittadine/i) ma anche per verificare la possibilità di liberare risorse aggiuntive.

In conclusione si può dire che i consultori familiari rappresentano un patrimonio prezioso sia per l'esperienza accumulata sia per le ragioni di fondo della loro esistenza che non sono residui del passato ma fondamenti per sistemi sanitari del futuro, volti a tutelare e promuovere la salute pubblica. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile è un buon punto di partenza per un processo di riqualificazione.

Referenze

1. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 1993, dati preliminari anno 1994). Presentata dal Ministro della Sanità (Guzzanti) CAMERA DEI DEPUTATI. Atti Parlamentari XII Legislatura. Doc. XXXVII N. 2 Giugno 1995.
2. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile.

<http://www.sanita.it/sanita/bachecca/matinfan/>.

3. GU n.131 Suppl. 89 del 7/6/2000.GU n.19 Suppl.14 del 23/1/2002. p. 37.
4. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. La valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità*, 2000;36(4): 465-478.
5. Grandolfo ME. I consultori familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione. In: Montemagno U (Ed.). *Il Ginecologo Italiano, Vademecum 1996-97*: pp.463-477. Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche Srl Milano 1996.
6. Di Cillo C., Grandolfo M.E, Donati S., Andreozzi S., Greco V., Medda E., Pediconi M., Stazi M.A., Spinelli A., Timperi F., Lauria L. Indagine CAP (Conoscenza, Attitudine, Pratica) sulla pianificazione familiare in Puglia. Regione Puglia Assessorato alla Sanità in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Bari 1991.
7. Grandolfo M., Benagiano G. I consultori familiari nel prossimo futuro. *Atti VIII Congresso Nazionale A.G.I.C.O. 2001 "Prevenzione Primaria in Ostetricia e Ginecologia"*. Eds. U. Brasiello, L. Cersosimo. ARVI Services, Roma, 2001: p. 3-7.