

I CONSULTORI FAMILIARI

Evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione

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

Introduzione

Sono passati 20 anni dall'approvazione della legge istitutiva dei Consulteri Familiari (n. 405/75) a cui hanno fatto seguito, dal 1975 al 1979, le leggi regionali attuative.

Fare un bilancio di questo ventennio, ricostruendo l'evoluzione di una realtà complessa quanto mai, è molto difficile per almeno cinque motivi:

- 1) La mancanza di obiettivi operativi misurabili, interessanti dal punto di vista di sanità pubblica, dichiarati e condivisi, associata a una aleatorietà delle risorse assegnate.
- 2) La sostanziale disomogeneità dei modelli operativi indicati dalle leggi regionali, per di più inseriti in contesti funzionali (servizi) e amministrativi (assessorati) diversi.
- 3) La non stabilità e non completezza, soprattutto al Sud, delle figure professionali previste, associate a una sistematica e sostanziale svalorizzazione dell'attività consultoriale, soprattutto per quanto concerne le professionalità mediche.
- 4) La diversa densità per unità di popolazione dei servizi consultoriali nelle regioni italiane e, soprattutto, tra Nord, Centro e Sud.
- 5) I diversi tempi di attivazione dei servizi, tempi lentissimi al Sud, dove spesso le sedi fisiche non erano idonee e, talvolta, francamente fatiscenti.

Non è stato lineare l'inserimento dei Consulteri Familiari nelle unità sanitarie locali, pur previste nella legge 405 ma realizzate effettivamente, sulla base della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, dal 1980. Come non va trascurato che una caratteristica peculiare del servizio consultoriale, cioè quella di qualificazione sociale, male si coniugava a un modello operativo del Servizio Sanitario Nazionale a forte connotazione sanitaria tradizionale, nonostante gli enunciati di principio pure presenti nella legge 833. Tant'è che alcune regioni hanno voluto recuperare anche formalmente la dimensione sociale utilizzando la dizione Unità Socio Sanitarie Locali (USSL) invece che Unità Sanitarie Locali (USL) come previsto dalla legge 833/78.

E, ancora, non è stato senza conseguenze la mancanza di un piano sanitario nazionale, di indirizzo dei piani sanitari regionali operativi, che potesse contribuire a definire i termini di riferimento da utilizzare per i confronti tra realtà diverse ed esperienze diverse.

La qual cosa costituisce un problema molto serio per servizi iscritti nella dimensione della prevenzione, piuttosto che in quella della cura e riabilitazione, quando la prevenzione non è espressamente indicata da leggi specifiche (per es. le vaccinazioni obbligatorie) che definiscono obbligazioni inderogabili per i servizi stessi.

Infatti, mentre i servizi di cura e riabilitazione vengono in qualche modo determinati dai problemi in atto, incidenti o prevalenti, e i processi di autoreferenziazione possono alterare ma non evadere la pressione delle urgenze, quelli inquadrati nell'ambito della prevenzione possono perdersi completamente senza la bussola degli obiettivi verificabili. Conseguenza diretta di questa carenza è la indeterminatezza di criteri con cui assegnare le risorse, e la evoluzione ospedalocentrica del Servizio Sanitario Nazionale, nonostante le altisonanti dichiarazioni di principio sulla centralità della prevenzione. Conseguenza indiretta è stata la compartimentazione monadica delle articolazioni del sistema sanitario, dando ciò luogo alla aberrazione organizzativa per cui ciascun servizio costituiva problema per ogni altro, invece che risorsa. Risultato globale, facilmente prevedibile, è stato che la persona, titolare del diritto alla salute - diritto sancito dalla Costituzione all'art. 32 (in cui è assegnata allo Stato la responsabilità della garanzia di tale diritto) - è stata considerata funzionale al servizio sanitario e non viceversa.

Non vi è dubbio che interessi forti hanno condizionato pesantemente l'applicazione della legge 833, tuttavia non si può evitare di evidenziare i limiti culturali ed epistemologici, che hanno minato l'applicazione della legge stessa. Molto sinteticamente, si può dire che veniva privilegiato un modello deterministico, per cui il cardine essenziale era costituito dalla definizione delle norme, mentre era meno importante il governo dei processi e la valutazione degli esiti. Come se, stabilite le regole, tutto sarebbe potuto procedere automaticamente. A questa impostazione deterministica si associava anche un modello direttivo secondo il quale la persona doveva recepire le raccomandazioni, secondo modelli spesso predeterminati su base ideologica, e comportarsi di conseguenza.

Questi nodi critici meriterebbero analisi molto più approfondite che attengono alla crisi del "Welfare state" come si è venuta a costituire nel mondo industrializzato, alla fine del 20° secolo.

Nascita ed evoluzione dei consultori familiari

Ma in quale temperie ha avuto inizio la vicenda dei consultori familiari, sotto quali pressioni della società civile e in quale contesto politico?

E' senza dubbio merito del movimento delle donne e più specificamente dei movimenti femministi, sviluppatosi dall'inizio degli anni '70 in Italia, a imporre all'attenzione dell'opinione pubblica, della scienza ufficiale e del mondo sanitario l'importanza del punto di vista di genere e della soggettività femminile, collocate nel contesto delle relazioni sociali. Già il movimento operaio aveva anticipato l'esigenza di partire dalla soggettività delle condizioni sociali ed occupazionali per la identificazione dei bisogni e più in generale l'esigenza della "democratizzazione" della medicina e della sua apertura alla complessità delle relazioni sociali.

Il referendum sul divorzio (1974), la prospettiva di quello sull'aborto, le sentenze della Corte Costituzionale sull'aborto terapeutico (1975) e, prima ancora, sulla pubblicità dei metodi contraccettivi (1971), sono stati eventi e condizioni che hanno sollecitato, sotto la pressione della società civile, le forze politiche a varare la legge costitutiva dei Consultori Familiari e il testo riflette assai bene i conflitti ideologici e gli equilibri raggiunti attraverso formulazioni riduttive ed equivoche (nel senso che ogni parte le poteva interpretare in modo diverso).

Le novità della legge nazionale furono più diffusamente sviluppate nelle leggi regionali attuative, sia attraverso una maggiore sottolineatura della dimensione psicosociale dell'azione consultoriale, sia con l'indicazione alla costituzione di forme di partecipazione delle utenti e delle associazioni della società civile, per la promozione, programmazione e controllo dell'attività consultoriale.

Nella pur variegata legislazione regionale il consultorio familiare veniva collocato alla frontiera tra istituzioni e società civile.

La legge 194/78 che legalizzava l'interruzione volontaria di gravidanza ulteriormente sottolineava il ruolo centrale del consultorio nella promozione della procreazione responsabile, dell'educazione sessuale e della prevenzione dell'aborto.

In quel clima di "stato nascente" le professioniste che andarono a costituire l'organico consultoriale erano soprattutto le stesse che avevano partecipato con grande entusiasmo alle battaglie nella società civile sui temi della sessualità, del punto di vista di genere, della soggettività, della complessità, contro il riduzionismo biologico.

Queste stesse professioniste dovettero sottoporsi a un serio processo di revisione del loro modo di porsi come tecniche della salute nei confronti delle utenti. Misero in discussione il modello direttivo tradizionale e dettero risalto al momento dell'accoglienza e dell'ascolto. In realtà non fu facile, perché per completare gli organici, soprattutto quelli rappresentati dalle figure mediche, si dovette far ricorso a personale operante in ospedale o arruolato su base convenzionale (soprattutto ginecologi), spesso alle prime armi, non necessariamente motivato.

All'inizio dell'attività consultoriale fu posta l'esigenza cardinale di operare in un contesto di multidisciplinarietà (il cosiddetto lavoro di équipe) scomponendo le gerarchie verticali delle conoscenze e delle organizzazioni, in dimensioni orizzontali e pluridisciplinari, dove il sapere delle varie professionalità avesse pari dignità.

Le problematiche sociali impegnarono immediatamente i servizi consultoriali, a testimonianza della pressione della società civile, oltre che delle motivazioni delle professioniste impegnate a costruire questa affascinante avventura.

I corsi di educazione sessuale nelle scuole, l'attività conseguente le richieste del Tribunale dei minori per le problematiche dell'adozione e dell'affidamento, l'attività sul disagio adolescenziale segnalato anche dalle scuole furono alcuni tra i più significativi momenti di uscita dalla struttura fisica del consultorio e dalla dimensione medica tradizionale. Veniva favorita l'attività di gruppo nel consultorio per stimolare la socializzazione dei bisogni.

Non poche furono le esagerazioni come quelle di rifiutare le donne che non fossero disposte a socializzare i loro problemi. Si evidenziava il paradosso di esprimere un eccesso di direttività per liberare le donne dal dominio delle convenzioni sociali.

Si può concludere che la pressione formidabile della società civile ha trovato degli sbocchi sul piano legislativo, con soluzioni notevolmente innovative rispetto al passato, anche se moderate rispetto alle spinte più radicali.

Già dopo i primi anni dall'istituzione dei consultori familiari molte professioniste impegnate segnalavano i limiti delle norme legislative e andavano perdendo fiducia nei processi di rapida trasformazione. Contemporaneamente le istituzioni faticavano non poco, e non sempre ne avevano voglia, ad implementare tutti i servizi consultoriali. Al Sud questo processo fu drammaticamente lento, tanto da scoraggiare ogni volontà realizzatrice. Come si è detto, la carenza di risorse, la selezione del personale e la mancanza di obiettivi quantificabili, la lentezza e farraginosità dei processi decisionali, l'eccesso di controlli burocratici, resero lo sviluppo dell'attività consultoriale molto problematica. Già all'inizio degli anni '80 le riflessioni presentate nelle riviste che si occupavano di sanità pubblica erano molto pessimiste, per le demotivazioni del personale, soprattutto medico, per lo scemare della pressione della società civile. Cioè, nel momento in cui andava sostenuto lo sviluppo consultoriale, veniva a mancare il sostegno motivazionale delle operatrici più attive e il consenso delle utenti, con i comitati di gestione che sempre più divenivano palestre di discussioni sterili e ideologiche.

In ogni caso, alla fine del 1979, a 4 anni dalla legge istitutiva, meno di 650 consultori erano stati attivati su tutto il territorio nazionale, la maggior parte nel Centro Nord. Nell'ipotesi ragionevole di avere almeno un consultorio per ogni distretto sanitario, allora ipotizzato con un bacino di utenza di circa 25000 abitanti, il numero di consultori da attivare doveva essere almeno 2200. Quindi ancora molto da fare, ormai senza più il sostegno di motivazioni forti della società civile.

Dall'inizio degli anni ottanta si pose l'esigenza di raccogliere dati sull'attività consultoriale e si pensò soprattutto al numero delle utenti e al numero delle prestazioni per tipo di prestazione, individuale o di gruppo.

Questi dati potevano avere una qualche utilità per verificare che il tempo delle figure professionali era effettivamente impegnato in attività lavorativa corrispondente alle indicazioni delle leggi. Tuttavia non permettevano confronti tra le diverse realtà e nel tempo, data l'assoluta disomogeneità delle caratteristiche consultoriali e la notevole mutevolezza della disponibilità delle risorse umane.

Tra l'altro, in alcune regioni (E. Romagna e Veneto, per es.) l'attività consultoriale pediatrica era fisicamente separata da quella relativa alla salute della donna.

In ogni caso non potevano essere prodotti elementi per una valutazione di efficacia dell'azione consultoriale. Il limite essendo costituito dalla non rapportabilità del numero delle prestazioni a prestabilite e quantificate popolazioni bersaglio.

All'inizio si dette tanta importanza a sviluppare le modalità nuove dell'intervento consultoriale con le utenti spontaneamente sensibilizzate, o sollecitate a rivolgersi al consultorio per le azioni di stimolo che il servizio metteva in atto. Come si dette importanza ad azioni esemplari sul territorio (per es. i corsi di educazione sessuale nelle scuole). Fu una eccellente palestra per fare sviluppare le nuove professionalità e fare emergere le nuove soggettività nel contesto delle relazioni sociali. Si ebbe la possibilità di sperimentare modelli di rapporti tra professioniste ed utenti, rispettosi della dignità della persona.

Successivamente, proprio il far riferimento all'utenza spontanea, per privilegiare la soggettività, è andato costituendo il limite fondamentale e l'insterilimento della qualità nuova del servizio consultoriale. Ciò fu dovuto non solo al mutare del clima "politico", ma soprattutto perchè, sviluppata la riflessione sulla qualità della relazione medico-paziente e sulla complessità sociale della salute, il consultorio familiare non si proiettò nella popolazione generale per affrontare con essa la contraddizione tra desiderio di autonomia e desiderio di affidamento a chi avesse il potere "magico" di guaritore, e per realizzare programmi di prevenzione.

Ciò fu favorito dalle tendenze burocratiche che andavano identificando l'attività lavorativa come la erogazione di prestazioni in un definito luogo fisico. Non essendo sviluppata la cultura della verifica dell'efficacia dei servizi, si voleva avere la garanzia che il personale fosse presente in sede, come unica testimonianza valida di attività lavorativa effettivamente svolta.

Perchè, quindi, meravigliarsi della sempre più massiccia scelta delle figure mediche, così come di molte altre figure professionali, di sviluppare la propria attività nella tradizionale configurazione ambulatoriale?

E non fu solo un fatto di opportunismo, quanto piuttosto la necessità di non perdere la tradizionale identità professionale, peraltro già considerata svalorizzata perchè esplicitata nel consultorio. Certamente non fu infrequente l'uso del servizio consultoriale come area di parcheggio e, in qualche caso, come possibilità di arruolare pazienti private.

Questo quadro pessimistico sarebbe ingeneroso se non si dicesse della miriade di esperienze innovative nei contenuti e nelle modalità operative, spesso dovute alla particolare motivazione di singole professionalità. La precarietà della vita consultoriale rendeva molto problematica la costituzione di un patrimonio consolidato e di un radicamento nel tessuto sociale. E' un peccato che non si possa dare conto della straordinaria ricchezza delle esperienze consultoriali, solo in minima parte rappresentate in documenti più o meno ufficiali, dai dattiloscritti alle pubblicazioni formali e agli articoli sulle riviste specializzate. Dalla nascita dei consultori alcune migliaia di persone hanno speso le loro migliori energie e i loro anni più produttivi per attività di notevole livello, e non infrequentemente, hanno espresso momenti di esemplare genialità.

Certamente l'istituzione sanitaria è stata spesso sorda e matrigna verso i consultori familiari e non si è voluto fare nessun investimento su tali servizi di frontiera, ma va detto con altrettanta chiarezza che i consultori familiari avevano un vizio di fondo, nella generalità dei casi, di operare verso le persone che spontaneamente si rivolgevano al servizio o vi erano indirizzate da altri servizi e istituzioni, quando c'era da scaricare qualche problema difficile.

Questa modalità operativa determinava facilmente, quando non c'era un sufficiente affiatamento, una lotta all'accaparramento dell'utente da parte delle varie professionalità, suscitando attriti, gelosie e comunque conflitti. Il lavoro di équipe si traduceva in schematismi nel flusso delle utenti attraverso le varie figure professionali, che di fatto imponevano rigidità nell'accoglienza e nell'ascolto. In qualche modo era l'utente che si doveva uniformare al servizio e non viceversa.

Non deve destare meraviglia lo svilupparsi della degenerazione per cui ogni figura professionale riconosceva l'esistenza di problemi di propria competenza, anche quando non c'erano.

Niente di nuovo in ciò, è il modello stereotipo della medicina curativa: chi ha il problema si deve adattare a chi il problema lo può risolvere e deve accettare di buon grado gli umori del professionista.

Qualunque indagine effettuata intervistando campioni probabilistici della popolazione femminile ha messo in evidenza che non più del 20% aveva avuto modo di utilizzare il consultorio e che la conoscenza dei servizi prestati dal servizio era assolutamente scarsa. A questo proposito è interessante notare come i mass media e gli opinion leader ritenessero che la popolazione generale, e quella femminile in particolare, considerasse il consultorio il luogo dove "fare aborti" e, pertanto, da non frequentare.. In verità, delle donne intervistate, una proporzione inferiore al 5% sapeva che ci si poteva rivolgere al consultorio per l'aborto e, in particolare, per avere la certificazione.

Per inciso, i consultori familiari sono stati spesso accusati di non fare molto per la prevenzione dell'aborto. Questa accusa è totalmente infondata perchè nelle regioni dove era maggiore la presenza consultoriale si è avuta una più rapida diminuzione del tasso di abortività. E' una misura dell'efficacia dei consultori familiari nel determinare una maggiore diffusione di comportamenti più consapevoli nella gestione della sessualità. Certamente si poteva fare di più, ma avrebbe comportato un cambio radicale di prospettiva.

Questo, dei consultori, di essere un servizio di frontiera, tra istituzionale e non istituzionale, che minacciosamente stava lì a esprimere una potenziale contestazione radicale della relazione di subordinazione tra chi cura e il paziente, ha determinato nel corso della sua storia ultradecennale il confluire di attenzioni negative: nessuna valorizzazione, niente risorse, disprezzo del personale, delegittimazione, area parcheggio.

La strada per i consultori familiari è stata costantemente in salita e solo una "rivoluzione copernicana" avrebbe potuto offrire una prospettiva di riqualificazione.

L'utenza che affluiva spontaneamente era selezionata di per sé e comunque esprimeva una richiesta di servizio congruente con le professionalità di merito presenti. Una persona si muove verso un servizio spontaneamente solo quando ha un problema in atto e cerca il servizio, con ripetuti tentativi, più accessibile e disponibile. Questo fatto, più che l'attitudine degli operatori, determinava la configurazione del consultorio quale

servizio ambulatoriale. Naturalmente la carenza di servizi di secondo livello, facilmente accessibili, nel distretto, favoriva questi flussi. E gli operatori, che costantemente dovevano riconfermare prima di tutto a sé stessi e quindi ai responsabili, le proprie capacità professionali, tendevano a esprimersi nella dimensione specialistica; di qui la richiesta di ecografi in consultorio, la tendenza degli/le psicologi di fare psicoterapia, solo per fare alcuni esempi.

Le prospettive di riqualificazione dell'attività consultoriale

Ma se il consultorio è iscritto come servizio nell'area della prevenzione, cosa ha a che fare questo modo tradizionale di operare che modula il meccanismo della cura?

La rivoluzione copernicana consiste nel trarre tutte le conseguenze dell'essere il consultorio familiare un servizio di prevenzione, prevalentemente nell'area della salute della donna e dell'età evolutiva, considerate nelle relazioni familiari e sociali.

Le domande che si impongono sono: quali sono le condizioni e gli eventi che vengono giudicati dalla comunità meritevoli di azioni atte a prevenirli. Come si quantificano? con quali indicatori? Quale popolazione è a rischio di produrli? Quali sono i più importanti determinanti per la loro insorgenza?

Nel meccanismo di cura la transizione dallo stato di malessere a quello di benessere è la migliore e più convincente dimostrazione dell'efficacia del "trattamento" e la verifica della transizione, non raramente prodottasi spontaneamente, riconferma la qualità professionale dell'operatore. Nel meccanismo della prevenzione, che tende a produrre non eventi, perchè deve far persistere le persone nello stato di benessere, come è possibile verificare l'efficacia dell'azione preventiva se non attraverso l'osservazione, scientificamente fondata, della riduzione della prevalenza o dell'incidenza delle condizioni o degli eventi nella popolazione a rischio di produrli?

Non è certamente sufficiente osservare la persistenza della singola persona nello stato di benessere (che peraltro può cambiare per altra causa) quando è stata esposta a un intervento preventivo che ha avuto lo scopo di offrirle l'opportunità di rimuovere il fattore di rischio, o di sottrarsi alla sua esposizione.

Le conseguenze di questo capovolgimento di prospettiva sono radicali.

Tutta la popolazione a rischio deve essere esposta e, poichè i problemi meritevoli di prevenzione non hanno una prevalenza e/o incidenza, specifici per condizione (per esempio socio economica), uniforme, sarà la sezione di popolazione più a rischio o quella che produce più casi che dovrà prioritariamente essere esposta alla opportunità di modificare i propri comportamenti.

Ma quale è la probabilità che una persona, che non ha il problema specifico ma è a rischio di andarvi incontro, si attivi spontaneamente, non avendo nessuno stimolo di urgenza (il problema è solo potenziale), in funzione delle sue condizioni socioeconomiche? Certo questa probabilità è direttamente proporzionale al livello della condizione sociale. Il dramma è che l'incidenza o la prevalenza degli eventi o delle condizioni di sofferenza sono quasi sempre inversamente proporzionali al livello della condizione sociale.

Da qui segue l'imperativo categorico, espressione della rivoluzione copernicana, che la "prevenzione" va attivamente offerta e non semplicemente raccomandata. E la conseguenza di tale imperativo è che chi opera nella prevenzione deve preoccuparsi di "raggiungere" chi è a rischio e, purtroppo, le persone più difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio.

Ma cosa significa "raggiungere" una persona? E' il grande problema della comunicazione, iscritta nella dimensione fisica, psicologica, relazionale, culturale, etica, sociale, antropologica. E poichè la persona, nelle sue relazioni sociali, può non essere consapevole del problema potenziale, sarà compito di chi deve comunicare con lei farsi accettare, trovare la via giusta per entrare in sintonia, rimuovere le barriere che ostacolano la comunicazione, adattarsi alla peculiarità, alla singolarità di quella persona, tenendo conto che si va a prospettare la possibilità di ammalarsi o ad andare incontro a uno stato di sofferenza.

Quelli più difficili da raggiungere sono i più poveri, talvolta in condizioni miserabili, e quindi anche "sporchi brutti e cattivi". E non ci si può permettere il lusso di lasciarli da parte, se si vuole essere rigorosi sul piano scientifico nel dimostrare le qualità professionali. Perchè se le persone caratterizzate da forte deprivazione sociale non vengono raggiunte ed efficacemente coinvolte, queste stesse persone avranno più

probabilità di produrre quegli eventi o cadere in quelle condizioni che si vogliono prevenire. E verrà messa così in discussione la competenza professionale del professionista della prevenzione, nonostante il grande dispendio di energie erogato per raggiungere le persone a minor rischio e più facili da coinvolgere.

E' certamente una rivoluzione, rispetto agli stereotipi convenzionali, assumere la gentilezza, l'empatia e la compassione come caratteristiche "professionali" che ogni giorno vanno reinventate e riconquistate con ogni singola persona. Ed è fuori dubbio che è più facile sperimentare queste capacità con persone gradevoli, educate, dello stesso livello sociale, o che comunque stanno al loro posto. E' un po' più difficile con chi è radicalmente differente. E lì che viene messa alla prova la capacità professionale degli operatori della prevenzione. E' questa capacità il fondamentale requisito del professionista della prevenzione, mentre le competenze di merito, sempre importanti, rappresentano solo un perquisito.

E, inoltre, chi opera nella prevenzione non deve determinare direttivamente i comportamenti, deve in verità offrire l'opportunità alle persone di acquisire la consapevolezza e quindi la capacità di decidere in autonomia. E se la persona coinvolta non decide per quello che viene ritenuto il meglio, si deve sempre sentire l'obbligo di chiedersi se la decisione deriva da una insufficiente qualità comunicativa, oppure perchè questa scaturisce da una consapevole preferenza per una strada alternativa.

Questo dubbio non può essere mai risolto, e deve costituire il più importante stimolo al miglioramento. Quindi è un dubbio fecondo.

Per inciso, va detto che ogni impostazione direttiva ha scarsissima possibilità di avere successo. Questa possibilità si annulla totalmente quando si associa a questa impostazione un atteggiamento terrorstico.

La prevenzione deve essere proposta come opportunità di vivere meglio, non come mezzo per evitare il peggio.

Quelli che nella popolazione bersaglio sono "sporchi, brutti e cattivi" rappresentano la fondamentale risorsa, per il professionista della prevenzione, per la sfida che propongono. L'essere professionista si afferma non già nel fare le cose a regola d'arte, bensì nel riconoscere gli errori, in questo caso quelli della comunicazione, e trovare

soluzioni innovative. Per fare le cose bene potrebbero bastare, e per molti aspetti già bastano, le macchine.

Analizzando i compiti assegnati ai consultori familiari dalla legge nazionale e dalle leggi regionali, deriverebbe una attenzione centrale alla famiglia, come lo stesso nome del servizio sta a indicare. E una particolare attenzione viene dedicata alla sessualità e alla salute riproduttiva.

E' molto difficile stabilire dei contorni rigidi per l'attività consultoriale e in ogni caso non può essere disconosciuto che lo spirito della legge fa riferimento alla salute della donna, contestualizzata nelle sue relazioni familiari e sociali. Così come non può essere disconosciuto un ruolo specifico del consultorio familiare nell'attività di educazione sessuale, il che definisce immediatamente una responsabilità operativa nei confronti dell'età evolutiva.

Può sembrare abbastanza semplice definire programmi di prevenzione dell'aborto (espressamente indicati dalle leggi 405/75 e dalla 194/78) o di prevenzione dei tumori femminili, ma non è affatto immediato definire programmi per la prevenzione del disagio familiare. E' opportuno precisare, se si vuole mantenere il contatto con la realtà effettuale, che quando si parla di disagio familiare, si fa riferimento prevalentemente al disagio di persone nella famiglia, si parla quindi di donne, bambini e adolescenti.

In ogni caso l'intervento sui problemi esplosi, seppure doveroso almeno fin dove arriva la competenza consultoriale, e più la conseguenza di una sconfitta e non può essere iscritto nella prevenzione. Quando il problema esplose non è infrequente la lamentazione contro i consultori familiari che non lo hanno saputo prevenire. Quante volte si rimane sorpresi di fronte a fiammate di violenza, che si sviluppano all'interno delle famiglie, non prevedibili perchè i prodromi non avevano alterato le convenzioni sociali.

Non riconoscere la centralità di una lettura di genere significa negarsi la possibilità di apprezzare seriamente le situazioni di disagio e i loro prodromi. E quanto più sono forti le convenzioni sociali, tanto più l'esplosione può essere dirompente ed imprevedibile.

Esistono tre problemi fondamentali nell'affrontare programmi di prevenzione del disagio familiare e, specificamente, di quello adolescenziale.

La condizione di disagio non è evidente di per sé se non quando sta già trovando espressione in manifestazioni molto prossime alla patologia oppure francamente patologiche. Esiste quindi un problema di visibilità, per chi deve intervenire.

A qualunque stadio si intervenga, un conto è rispondere a una richiesta esplicita di aiuto, un altro conto è percepire l'esistenza del disagio e offrire, o peggio ancora, imporre l'aiuto quando non richiesto.

Ultimo, ma non meno importante, l'intervento deve tendere a ristabilire un equilibrio secondo le convenzioni sociali date e che, molto probabilmente, hanno determinato l'insorgenza del problema, oppure si deve tendere a ricercare un nuovo equilibrio, mettendo in qualche modo in discussione proprio le convenzioni sociali?

La non banalità, la assoluta originalità dei consultori familiari sta proprio nell'essere potenziale luogo di frontiera, non solo tra istituzioni e società civile, ma anche tra convenzioni sociali e libertà individuali.

Appare così in tutta l'evidenza, quanto sia fondamentale assumere un punto di vista di genere e si comprendono le ragioni di fondo dell'ostracismo radicale che questo servizio ha subito, al di là delle responsabilità degli operatori, e dei paradigmi dominanti l'organizzazione delle istituzioni preposte per la tutela della salute delle persone e delle comunità.

Questo essere luogo di frontiera impone atteggiamenti sensibili e delicati che rifuggono da ogni fondamentalismo, nella consapevolezza della legittimità dell'ambiguità (quando non è opportunismo) e comunque nel rispetto della assoluta autonomia della persona nei processi decisionali. Agire per far crescere la consapevolezza delle persone e non per condizionarle è una impresa ardua ed è una continua sfida per le professionalità consultoriali.

Ma come anticipare i fenomeni che manifestano il disagio, per tentare di prevenirli? Esistono alcuni eventi e situazioni che possono rappresentare dei campanelli di allarme.

Un grave ritardo o una vera e propria evasione vaccinale rappresenta un segnale di potenziale presenza di disagio familiare. La connessione con i servizi che sono responsabili della profilassi permette di ricevere questi segnali. Anche l'accertamento, al momento dell'iscrizione alla scuola, di una sostanziale evasione vaccinale, può far partire un segnale di attenzione, se esiste un collegamento organico tra consultorio e scuola.

Sempre dalla scuola possono giungere importanti segnalazioni di molto basso profitto o addirittura, di abbandono scolastico.

E' evidente che devono essere escluse quelle segnalazioni che fanno riferimento a cause conosciute (malattie, ecc.), ma in ogni caso si impone la delicatezza dell'investigazione che, nell'eventualità di riconoscimento dell'esistenza di un problema, deve porsi come obiettivo l'accreditamento di chi offre l'aiuto, in modo tale che l'aiuto stesso sia richiesto.

Non è infrequente che lo stato di disagio abbia come causa scatenante, o come concausa, una situazione di disagio economico o di una patologia fisica o psicosociale non assistita. Si pone l'esigenza che il consultorio possa avere connessioni con i servizi sociali delle municipalità, con gli altri servizi, soprattutto di secondo livello del sistema sanitario e, auspicabilmente, con associazioni culturali o di volontariato, che non pongano come condizioni di coinvolgimento adesioni ideologiche. Per programmi di questo tipo non è possibile definire una popolazione bersaglio ma è possibile definire denominatori - gli eventi sentinella - e i numeratori - quanti di questi sono stati investigati e per quanti di questi è stata esplicita una richiesta o accettata una offerta di aiuto.

Ed è possibile definire indicatori di esito, riferiti ad eventi più o meno frequenti e più o meno apprezzabili.

Non ci si deve mai stancare di insistere che le potenzialità di intervento sono comunque limitate, perchè si tratta di intervenire in contesti non modificabili facilmente.

Ma il modo più produttivo di rilevare condizioni di disagio si ha quando nel campo di pertinenza dell'attività consultoriale si realizzano programmi di prevenzione in cui sia definito l'obiettivo, i sistemi e gli indicatori di valutazione (di processo e di esito), la popolazione bersaglio, le procedure operative per raggiungere ogni persona appartenente alla popolazione bersaglio, le procedure operative per offrire la misura di prevenzione, le risorse necessarie (comprendendo non solo quelle umane, economiche e strumentali, ma anche quelle rappresentate dalle reti in cui il servizio è connesso) e disponibili, le responsabilità di coordinamento, di esecuzione e di verifica, soprattutto per quanto riguarda i determinanti del non coinvolgimento.

L'offerta di una misura di prevenzione raggiunge una persona nella condizione di relativa normalità, qualifica il servizio come portatore di una possibilità, e pertanto il

servizio si accredita come servizio che può offrire aiuto. E, se la qualità della comunicazione è adeguata, si determina la condizione perchè i prodromi del disagio possano essere osservati o la condizione di disagio possa essere esposta all'operatore sensibile. Anche l'eventuale non accettazione deve essere valutata come potenzialmente sostenuta da una condizione di disagio.

E' pertanto fuori luogo ritenere che un programma di prevenzione iscritto, nel merito, nella sfera sanitaria (per es. prevenzione dei tumori femminili), non abbia pertinenza anche nella sfera psico-sociale. Sia perchè la comunicazione è sempre iscritta nella dimensione sociale, sia perchè si ha una esposizione della popolazione all'osservazione.

Si comprende come siano fuori luogo le diatribe se il consultorio debba occuparsi prevalentemente dei temi sanitari o dei temi sociali e come siano altrettanto insostenibili le tesi che vorrebbero privilegiare alcune figure professionali rispetto al altre.

Tutte le figure professionali devono avere la competenza peculiare della prevenzione, quella riguardante la comunicazione; alcune figure professionali dovrebbero essere particolarmente specializzate, anche nella competenza di merito, in questo ambito e devono aiutare le altre professionalità a crescere su questa particolare e fondamentale dimensione.

Ogni programma non può essere compartimentato, se non logicamente, ma è interconnesso con gli altri.

Le popolazioni bersaglio che prioritariamente devono essere considerate per la prevenzione dell'aborto sono le donne che partoriscono e gli e le adolescenti.

E' evidente che l'offerta di un colloquio sulla fisiologia della riproduzione e sulla procreazione responsabile si integra nell'offerta di un colloquio per l'assistenza della donna e della persona che è nata, nella settimana o nel mese successivo alla nascita. E' chiaro che diversi saranno gli indicatori di esito e alcuni indicatori di processo, mentre il tasso di rispondenza sarà l'indicatore di processo comune.

Riguardo gli/le adolescenti, l'attività del consultorio familiare può consistere nella offerta di corsi di informazione sulla fisiologia della riproduzione e sull'igiene, o nell'offerta attiva di consulenza, nel caso in cui gli insegnanti si sentano in grado di

svolgere tale compito educativo. In entrambi i casi il consultorio familiare può ulteriormente offrire spazi e tempi riservati ai giovani svolgendo la funzione di consultorio per adolescenti, così da soddisfare le richieste di consulenza individuali o di piccoli gruppi per approfondimenti sulle problematiche psicorelazionali legate alla sessualità.

Questa attività produce come effetto, se efficacemente condotta, una maggiore consapevolezza nello sviluppo della personalità in una fase delicata come è quella dell'adolescenza, e quindi riduce la possibilità di sviluppo del disagio adolescenziale. Sul medio e lungo periodo, tale attività avrà effetto sulla riduzione dell'incidenza delle malattie sessualmente trasmesse e dell'aborto.

Di particolare interesse è la realizzazione di programmi per la prevenzione dei tumori femminili e in particolare del tumore del collo dell'utero.

La popolazione bersaglio è rappresentata da tutte le donne di età compresa tra 25 e 65 anni, da esporre all'offerta attiva del Pap-test, una volta ogni tre anni. Il Pap-test può essere effettuato molto efficacemente da ostetriche addestrate e la diffusione dei consultori familiari sul territorio favorisce l'offerta attiva. In tre anni il consultorio familiare può contattare tutte le donne e ciò può rappresentare una formidabile occasione per far conoscere concretamente, e molto più efficacemente di qualsiasi altro strumento di comunicazione, la realtà consultoriale. Sarà un'occasione formidabile per esporre tutta la popolazione femminile più attiva all'osservazione del consultorio e, attraverso le donne, le loro famiglie di appartenenza. Nell'offerta di una misura di prevenzione sanitaria in realtà si offre una disponibilità di aiuto in caso di disagio familiare e si può svolgere una azione consultoriale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione consapevole, sulla menopausa, oltre che fornire addestramento per l'autopalpazione al seno e indirizzarle eventualmente per la mammografia.

Altre attività prioritarie del consultorio familiare riguardano l'offerta di consulenza prematrimoniale, l'offerta di un colloquio informativo a tutte le donne in gravidanza e, a quelle che lo desiderano, l'offerta del corso di preparazione alla nascita.

Le pubblicazioni prematrimoniali garantiscono la visibilità delle coppie che si sposano, l'ufficio per l'esenzione del ticket (oltre che le farmacie, i laboratori di analisi e soprattutto i medici di base) garantisce la visibilità delle donne che sono in gravidanza. Il colloquio prematrimoniale può permettere di identificare le coppie a rischio genetico per indirizzarle alla consulenza genetica.

Sono stati elencati possibili programmi in cui sono definibili obiettivi, sistemi ed indicatori di valutazione, popolazione bersaglio, procedure operative e risorse necessarie.

Sono tutti programmi valutabili sia con indicatori di processo che di esito.

Ma non può essere tralasciata una attività di ascolto da riservare all'utenza spontanea, per offrire comunque una possibilità a chi ha bisogno e trova nel consultorio un approdo credibile e per ricevere stimoli nuovi non previsti.

E non saranno necessari comitati di gestione perchè il controllo dell'attività consultoriale può essere effettuato a livello delle singole municipalità da parte di consulte di cittadini che potrebbero occuparsi delle problematiche legate alla salute e sostenere i sindaci, autorità sanitarie, nella richiesta alle Aziende USL della garanzia della qualità dell'assistenza sanitaria e della sua equità, sia per quanto riguarda le cure e la riabilitazione, sia per quanto riguarda la prevenzione.

E' questa una prospettiva possibile? Sembrerebbe di no se si consolidano alcune tendenze che si stanno sviluppando in molte regioni, di smantellamento dell'attività consultoriale, come attività autonoma, e di allocazione delle figure professionali presso i servizi distrettuali di secondo livello, nella illusoria idea di fare prevenzione con le persone che accedono a tali servizi per motivi di cura.

Naturalmente, in questa prospettiva l'attività di prevenzione verrebbe vanificata.

E' chiaro che la scelta di smantellare i consultori produce un risparmio immediato di risorse, se si considera la prevenzione esclusivamente come spesa. Appare tuttavia paradossale il ragionamento secondo il quale un intervento chirurgico per un tumore invasivo del collo dell'utero produce fatturato mentre l'esecuzione del Pap-test produce spesa.

E' evidente che vanno ridefiniti gli obiettivi operativi delle Aziende USL, perchè le priorità di prevenzione nel settore della salute materno-infantile dei piani sanitari nazionali e regionali possano essere perseguite.

E' possibile procedere a un programma di riqualificazione dei consultori familiari secondo le linee guida prodotte dal Comitato Operativo Materno Infantile istituito presso il Centro Studi del Ministero della Sanità dal 1987 al 1989, e riportate nella relazione del Ministro della Sanità sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge

194/78) - dati preliminari 1994, dati definitivi 1993 - presentata al Parlamento nel 1995.

Un requisito fondamentale per realizzare completamente un processo di riqualificazione dei servizi consultoriali è costituito dal completamento degli organici e dalla loro stabilizzazione. A tale proposito è utile riportare quanto proposto nel citato documento del Comitato Operativo Materno Infantile:

"Si ritiene adeguata la presenza di un consultorio ogni 3000 donne in età feconda nelle zone rurali, ogni 6000-8000 donne nelle zone urbane, il che equivale a un consultorio ogni 10000 abitanti nelle zone rurali e a uno ogni 20000-25000 nelle zone urbane.

Proposta di orario settimanale per l'organico necessario:

- psicologo/a, 18 ore
- ginecologo/a, 18 ore
- pediatra, 18 ore
- assistente sociale (2), 36 ore
- ostetrica, 36 ore
- assistente sanitaria, 36 ore
- vigilatrice d'infanzia o infermiera professionale specializzata in pediatria o infermiera professionale, 36 ore."

Conclusioni

Configurare l'attività programmatica dei C.F. nell'area della prevenzione implica immediatamente una selezione delle priorità, che debbono far riferimento a indicazioni nazionali e regionali e devono tener conto delle eventuali condizioni locali. La prevenzione deve essere attivamente offerta e questa è una condizione necessaria e sufficiente per avere alti tassi di accettazione.

Parlare di strategie di prevenzione significa predisporre un piano operativo che risponda ai seguenti quesiti:

- 1) Come, quando, dove offrire la prevenzione e a chi;
- 2) come gestire la misura di prevenzione;
- 3) come allestire e gestire una opportuna anagrafe al fine di verificare periodicamente chi non è stato raggiunto;

- 4) come svolgere indagini per identificare i determinanti del non raggiungimento;
- 5) come stimare i tassi di incidenza e/o prevalenza e di gravità attesi nella sezione della popolazione bersaglio non raggiunta.

Una strategia di prevenzione deve essere basata su due cardini essenziali: quello epidemiologico e quello operativo.

Cardine epidemiologico

Attraverso opportune indagini epidemiologiche va identificata la popolazione bersaglio, sezione della popolazione generale a rischio di produrre il problema e vanno riconosciute all'interno della popolazione bersaglio le sezioni a rischio differenziato (tenendo conto non solo del rischio relativo ma soprattutto del rischio attribuibile).

Cardine operativo

I servizi responsabili devono avere la capacità di raggiungere tutte le persone appartenenti alla popolazione bersaglio, avendo cura di dedicare prioritariamente le risorse per raggiungere le sezioni più a rischio. La strategia operativa deve essere praticabile ed accettabile.

Corollario

Il concetto di raggiungibilità va inteso nell'ambito della comunicazione, quindi non riguarda solo la dimensione fisica ma soprattutto quella psicosociale, culturale ed antropologica, e dipende dalla "visibilità" delle persone da raggiungere.

Nei programmi di prevenzione si compiono errori perchè si viola il primo cardine (non corretta identificazione della popolazione bersaglio) o il secondo (non si garantisce la offerta attiva a tutta la popolazione bersaglio), o entrambi.

L'errore di secondo tipo produce nei fatti anche un errore di primo tipo. Infatti l'erogazione della misura di prevenzione a chi si presenta spontaneamente, o solo a chi si raggiunge facilmente, seleziona sempre una popolazione solo parzialmente sovrapponibile alla popolazione bersaglio e non contenente la maggior parte della sezione a maggior rischio.

Tali errori vanificano la selezione delle priorità. Le priorità vanno selezionate con la griglia: Frequenza, Urgenza, Gravità, possibilità di Intervento ed Esemplarità pedagogica. Un problema selezionato per la sua frequenza e gravità, perde la sua priorità se non si raggiunge la sezione di popolazione a più alto rischio.

Il tasso di rispondenza rappresenta lo strumento privilegiato per misurare le capacità comunicative e un suo valore scadente o subottimale dovrà stimolare la riflessione sui fattori di rischio della difficoltà della comunicazione. Può accadere che la comunicazione non sia scadente, ma lo sia la prestazione di merito. Come si è detto, in Sanità Pubblica vanno selezionate tutte e sole quelle misure di prevenzione che soddisfano i quattro requisiti: opportunità, efficacia nella pratica, sicurezza e applicabilità a tutta la popolazione bersaglio. Una subottimale o scadente qualità operativa può determinare una perdita di credibilità e pertanto può dar luogo a bassi tassi di rispondenza. Identificati i fattori di rischio, programmi di riqualificazione devono essere sviluppati e la modificazione in meglio degli indicatori, in primis, quello di rispondenza, staranno a testimoniare l'efficacia del programma di riqualificazione.

Un processo di riqualificazione dell'attività consultoriale può essere realizzato attraverso l'implementazione di programmi di prevenzione, definiti secondo i criteri sopra esposti, tali da assorbire almeno il 50% del tempo disponibile per l'équipe consultoriale, riservando il residuo tempo all'attività di ascolto (utenza spontanea) e di approfondimento riguardo le situazioni critiche emerse all'attenzione nella realizzazione dei programmi di prevenzione. Particolare attenzione deve essere dedicata alla ricerca sistematica delle sezioni di popolazione deprivate socialmente, con particolare riferimento alle popolazioni nomadi ed immigrate extracomunitarie.

ESEMPI DI PROGRAMMI STRATEGICI PRIORITARI PER L'ATTIVITÀ CONSULTORIALE:

1. Nascita

- a. Offerta attiva a tutte le coppie che si sposano di un colloquio prematrimoniale (consulenza preconcezionale, compresa quella genetica, fisiologia della riproduzione e procreazione responsabile, problematiche genitoriali, ecc.).

La visibilità è data dalle pubblicazioni matrimoniali presso i municipi.

- b. Offerta attiva di un colloquio informativo a tutte le donne in gravidanza (presso il consultorio o a domicilio, a discrezione della donna) sulle raccomandazioni riguardo l'assistenza in gravidanza, sui servizi disponibili e per invitarle a partecipare a corsi di preparazione alla nascita.

La visibilità va recuperata con la collaborazione dei medici di base, dei ginecologi, dei laboratori di analisi e delle farmacie e presso l'ufficio ticket per esenzione.

- c. Offerta attiva di almeno una visita domiciliare entro uno-due mesi dal parto (sviluppo psico-fisico del nato/a, bilanci di salute, alimentazione procreazione responsabile, dinamiche relazionali, educazione alla salute, soprattutto per quanto concerne la prevenzione oncologica, ecc.).

La visibilità è data dall'iscrizione all'anagrafe del nato/a, dai certificati di assistenza al parto.

- d. Offerta attiva di assistenza ostetrica e pediatrica, a domicilio, entro la 1° settimana dalla nascita; in caso di parto fisiologico, ciò favorisce la dimissione precoce.

La visibilità è data dai certificati di assistenza al parto.

2. Adolescenti

- a. Offerta attiva di corsi di informazione sessuale nelle scuole (fisiopatologia della riproduzione, igiene, ecc.).

Offerta di possibilità di approfondimento per piccoli gruppi in tempi e spazi riservati presso il consultorio, soprattutto sulle problematiche psico-relazionali.

Visibilità: scuole.

- b. Incontri con genitori degli alunni delle scuole elementari e medie, sulle problematiche della sessualità in età adolescenziale.

Visibilità: scuole.

3. Prevenzione dei tumori femminili

- a. Offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 65 anni, con periodicità triennale.
- b. Offerta attiva di addestramento all'autopalpazione del seno. Visita clinica e percorso programmatico dalla visita clinica effettuata nel consultorio familiare agli esami strumentali e istologici di approfondimento da eseguirsi nei servizi ambulatoriali della Azienda Sanitaria Locale e in quelli ospedalieri.
Condizione: esistenza di servizi di secondo e terzo livello (citologia, colposcopia, mammografia, ecc.) accreditati e con controllo di qualità.
Visibilità: anagrafe comunale, anagrafe assistite.

4. IVG

Attività di sportello di prenotazione per l'IVG per i reparti di ostetricia e offerta attiva di colloquio preIVG e postIVG (salute, procreazione responsabile ecc.).

5. Disagio familiare

Ricerca attiva e valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale (su segnalazione dei servizi vaccinali) e dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico (su segnalazione delle scuole).

Per ogni progetto indicato è possibile identificare e quantificare gli obiettivi, individuare e quantificare la popolazione bersaglio, individuare gli indicatori e i sistemi di valutazione, le risorse necessarie (soprattutto riguardo le ore lavoro per figura professionale) e i tempi di attuazione.