

CONVEGNO

I Consultori Familiari a 40 anni dalla loro nascita tra passato, presente e futuro



Sintesi dei risultati

GRUPPO DI LAVORO

Responsabile Scientifico Istituto Superiore di Sanità: Laura Lauria

Responsabili Scientifici Ministero della Salute: Serena Battilomo, Renata Bortolus

Gruppo di coordinamento Istituto Superiore di Sanità:

Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Serena Donati

Comitato Tecnico:

Serena Donati, Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi (Istituto Superiore di Sanità), Serena Battilomo, Fulvio Basili, Renata Bortolus, Carola Magni, Miriam Di Cesare, Sara Terenzi (Ministero della Salute), Patrizia Auriemma (ASL Roma B), Silvana Borsari (Azienda USL di Modena), Pietro Buono (Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR - Regione Campania), Daniela Cirulli (Ordine Assistenti Sociali-Lazio), Giovanni Fattorini (past President AGITE), Salvatore Geraci (Area sanitaria - Caritas), Maria Marcelli (Consulta dei Consulenti Familiari - Roma), Mimma Mignuoli (Dipartimento Tutela della Salute - Catanzaro), Rosetta Papa (ASL Napoli 1 Centro), Patrizia Proietti (ASL Roma B), Piero Stettini (ASL n.2 Savonese), Marina Toschi (ASL 1 Umbria)

● **Ringraziamenti**

Si ringraziano per il prezioso lavoro svolto tutti i referenti regionali del progetto, i coordinatori aziendali dei servizi consultoriali, i referenti delle sedi consultoriali e tutti i loro collaboratori che hanno partecipato alle indagini.

Si ringraziano inoltre i Direttori e i Dirigenti/responsabili dell'assistenza sociosanitaria nelle Regioni che hanno reso possibile la rilevazione dei dati sul proprio territorio.

Un ringraziamento particolare a: Mauro Bucciarelli per aver implementato le indagini su piattaforma online; Silvia Andreozzi per aver curato la parte grafica; Marina Pediconi e Claudia Ferraro per il supporto tecnico.

● Introduzione

Sono trascorsi più di 40 anni dalla nascita dei Consultori Familiari (CF), servizi di base a tutela della salute della donna, del bambino e della coppia e famiglia, istituiti con la legge nazionale 405/1975. Figli di una fase storica caratterizzata da una profonda e radicale trasformazione socio-culturale, i CF hanno introdotto principi straordinariamente innovativi che ancora oggi, nel quadro complessivo dell'assistenza sociosanitaria, li rendono un esempio unico di servizio connotato da un forte orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute e basato sull'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà, l'integrazione con gli altri servizi territoriali.

Lo sviluppo dei CF ha seguito tuttavia un percorso non lineare nel corso del tempo e non omogeneo a livello territoriale, che ne ha talora minato l'identità. Tra le cause di questa discontinuità possiamo annoverare la frammentata organizzazione regionale, le diverse dotazioni di risorse umane ed economiche e l'insufficiente definizione di obiettivi di salute appropriati e misurabili. Pur nelle difficoltà operative, il valore strategico che storicamente è sempre stato riconosciuto ai CF è dimostrato dalle linee di indirizzo, di riqualificazione e di rilancio che il Ministero della Salute ha prodotto negli anni. Tra gli altri ricordiamo il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) quale espressione operativa della rilevanza strategica assegnata alla tutela della salute della donna e del bambino nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e, più recentemente, i richiami ai CF presenti nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2017, nel Piano Nazionale Fertilità e nel IV Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza. Sull'onda di un rinnovato interesse per un'azione di rilancio dei CF ancorata all'attualità del loro valore strategico per la salute pubblica, nel 2017, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto "Analisi delle attività della rete dei CF per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi", affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Oggetto di questo rapporto è la presentazione dei principali risultati che il progetto ha permesso di ottenere.

● Metodi

Il progetto si è rivolto ai servizi consultoriali pubblici e privati accreditati presenti sul territorio nazionale.

Il gruppo di coordinamento del progetto dell'ISS, con il supporto di un Comitato Tecnico (CT) di esperti nazionali ha definito l'articolazione dello studio che ha previsto una raccolta di informazioni online a tre livelli:

- primo livello - regionale, per descrivere l'assetto organizzativo entro cui operano i CF;
- secondo livello - di Azienda Sanitaria Locale (ASL o equivalente: ASP, USL, AUSL, Area Vasta, Comprensorio) o di Distretto (o equivalente: ASST), limitato ai CF pubblici, per descrivere gli aspetti legati al coordinamento dei servizi consultoriali e alla loro integrazione con il territorio. Solo per la Provincia Autonoma (P.A.) di Bolzano è stato incluso anche il coordinamento dei consultori privati accreditati;
- terzo livello - di singolo CF, pubblico o privato accreditato, per descrivere le caratteristiche strutturali e le attività offerte agli utenti.

Per ciascun livello di indagine è stata messa a punto una specifica scheda di rilevazione dati online.

Gli obiettivi definiti a livello nazionale per l'area materno-infantile e giovani/famiglie nei principali documenti di riferimento, quali il POMI e i nuovi LEA, sono stati tradotti in azioni e queste, a loro volta, in indicatori che hanno fornito gli elementi utili alla formulazione dei quesiti delle schede di rilevazione. Anche le precedenti indagini nazionali e locali pertinenti sono state utilizzate come riferimento, per garantire la confrontabilità dei dati raccolti dal progetto con quelli già disponibili da altre fonti.

La disponibilità a partecipare al progetto è stata richiesta agli Assessorati Regionali alla Sanità che, contestualmente alla propria adesione, hanno individuato un referente regionale. Il referente regionale ha compilato la scheda del primo livello di indagine e identificato i responsabili del massimo livello di coordinamento dei servizi consultoriali delle ASL (coincidente a volte con la ASL e a volte con il Distretto) della propria Regione.

I responsabili di ASL/Distretto sono stati contattati dal gruppo di coordinamento dell'ISS per la conferma della disponibilità a compilare la scheda del secondo livello di indagine. Hanno inoltre fornito indicazioni operative per la

definizione delle modalità di esecuzione del terzo livello di indagine nel territorio di competenza e per l'identificazione dei referenti per ogni sede consultoriale.

Per ogni livello di indagine è stata creata una lista con i nominativi e i riferimenti di tutti i referenti. A ciascun indirizzo e-mail è stato associato un codice identificativo. Tutti i referenti del progetto hanno ricevuto un link personalizzato per accedere e compilare la scheda di raccolta dati online. L'acquisizione dei dati da parte dell'ISS è avvenuta contestualmente alla compilazione e all'invio delle schede da parte dei referenti.

Prima dell'avvio delle indagini la funzionalità del sistema di raccolta dati è stata testata nelle ASST di Mantova e dei 7 Laghi, nei Distretti del Perugino e del Trasimeno e nella ASL Napoli 1.

Tutte le Regioni e P.A. del Paese hanno aderito al progetto. La raccolta dati è operativamente iniziata con l'indagine di livello regionale nel novembre 2018 e si è conclusa con la raccolta dati del livello di singola sede consultoriale nel luglio 2019.

IDENTIFICAZIONE DEI REFERENTI DI PROGETTO A LIVELLO LOCALE



ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI CONSULTORIALI A LIVELLO REGIONALE

I risultati di questa sezione si riferiscono alle 19 Regioni italiane.

● Organizzazione

L'organizzazione dei servizi consultoriali è eterogenea. In 5 Regioni i consultori familiari sono incardinati nel Dipartimento materno infantile, in 1 Regione nel Dipartimento delle cure primarie, in 8 Regioni fanno capo a Dipartimenti diversi nelle diverse ASL (Figura 1). In 5 Regioni non è stato riportato un livello organizzativo a livello di Dipartimento ma a livello di Distretto.

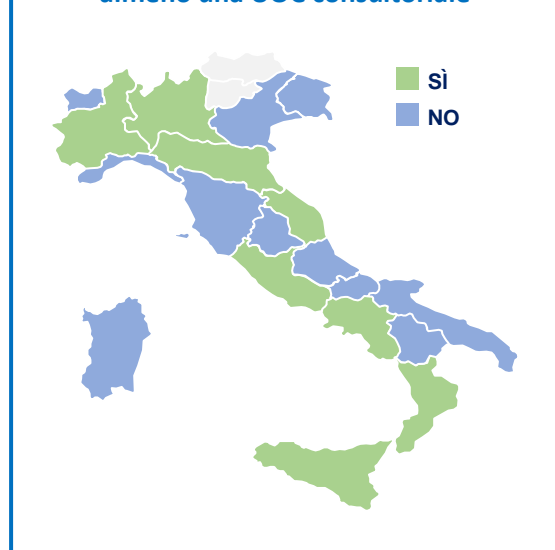
Anche il coordinamento è articolato in modo diversificato: in 8 Regioni sono presenti servizi consultoriali organizzati in Unità Operative Complesse (UOC), dotate di autonome risorse umane, tecniche e finanziarie gestite da un direttore (Figura 2), mentre altrove il modello organizzativo è quello dell'Unità Operativa Semplice (UOS).

I modelli organizzativi sono disomogenei anche all'interno delle stesse Regioni.

Figura 1. Dipartimenti in cui operano i CF



Figura 2. Regioni con presenza di almeno una UOC consultoriale



Solo 4 Regioni - Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia - completano il ciclo di programmazione/valutazione, redigendo annualmente una relazione sulle attività svolte dai servizi consultoriali e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

● Presenza del privato accreditato

Solo per la presenza del privato accreditato sono state prese in considerazione anche le due P.A. Servizi consultoriali privati accreditati sono presenti - con ruolo e peso molto diversi - in 6 Regioni e una P.A. I CF accreditati sono 91 in Lombardia (35% del numero complessivo dei CF riportato dai referenti), 3 in Friuli Venezia Giulia (11%), 17 in Toscana (10%), 8 in Abruzzo (22%), 2 in Molise (40%), 9 in Sicilia (5%), 15 nella P.A. di Bolzano (28%). In Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Sicilia e nella P.A. di Bolzano i CF del privato accreditato operano secondo un accordo che ne definisce le attività.

● Programmazione e valutazione delle attività in 19 Regioni

Pressoché tutte le Regioni dispongono di un documento che stabilisce obiettivi e funzioni dei servizi consultoriali (n=15) e/o di linee guida regionali per le attività dei CF (n=12). Sono 12 le Regioni che effettuano una programmazione periodica degli obiettivi e 11 quelle dotate di un flusso informativo completo o parziale (Figura 3).

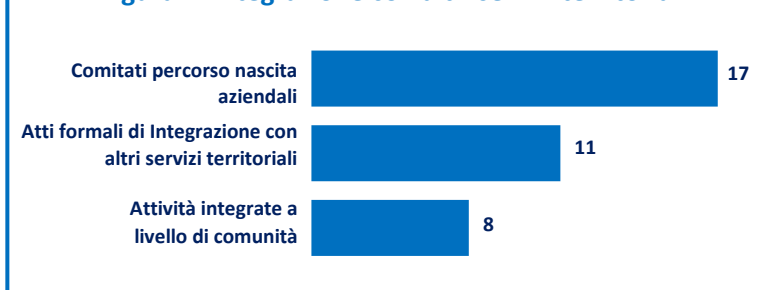
Figura 3. Regioni che si sono dotate di documenti e strumenti per effettuare programmazione e valutazione



● Integrazione tra i servizi consultoriali e gli altri servizi sociosanitari

Tra le azioni e gli organismi che concorrono a definire una cornice istituzionale di riferimento e la *governance* regionale dell'assistenza sociosanitaria sul territorio, sono stati presi in considerazione la disponibilità di atti formali regionali di collaborazione tra servizi consultoriali, altri servizi sociosanitari e con la comunità (scuola e terzo settore) e l'istituzione dei Comitati Percorso Nascita aziendali in base all'accordo Stato Regioni del 16/12/2010. La quasi totalità delle Regioni ha istituito i Comitati Percorso Nascita, che rappresentano il luogo privilegiato nel quale costruire e strutturare percorsi di integrazione tra punto nascita e servizi consultoriali dedicati in particolare alla presa in carico di gravidanza, parto e puerperio fisiologici (Figura 4). Meno diffusa è la presenza di attività integrate formalizzate con gli altri servizi sociosanitari e con la comunità (terzo settore e scuola). Sono sei le Regioni (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche e Veneto) che non hanno riportato alcun atto di collaborazione tra servizi di livello regionale.

Figura 4. Integrazione con altri servizi territoriali



● Gratuità delle prestazioni

Le visite in gravidanza, l'assistenza in puerperio, la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), il percorso per le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e l'accesso allo spazio giovani sono prestazioni gratuite garantite in tutte le Regioni.

Cinque Regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) prevedono il pagamento di un ticket per una o più delle seguenti prestazioni: visite ed esami per infezioni/malattie sessualmente trasmissibili, visite per menopausa, consulenza psicologica e sessuologica, psicoterapie, contraccezione short e long acting.

MESSAGGIO CHIAVE

- Per effettuare attività di programmazione e valutazione dei servizi consultoriali con opportuni indicatori è cruciale disporre di un flusso informativo dedicato.
- La complessità e la valenza strategica dei CF non è sempre sancita dall'istituzione di UOC consultoriali

INDAGINE A LIVELLO DI AZIENDA SANITARIA LOCALE O DISTRETTO

Questo livello d'indagine ha consentito di raccogliere informazioni sul coordinamento e l'organizzazione dei servizi consultoriali pubblici a livello di ASL o Distretto o equivalenti, includendo anche i dati quantitativi riferiti agli abitanti del bacino di utenza e alle prestazioni erogate. Hanno partecipato a questo livello di indagine le ASL delle 19 Regioni e delle due P. A. di Trento e Bolzano. Per la sola P.A. di Bolzano, date le peculiarità organizzative, sono stati considerati anche i servizi consultoriali privati accreditati.

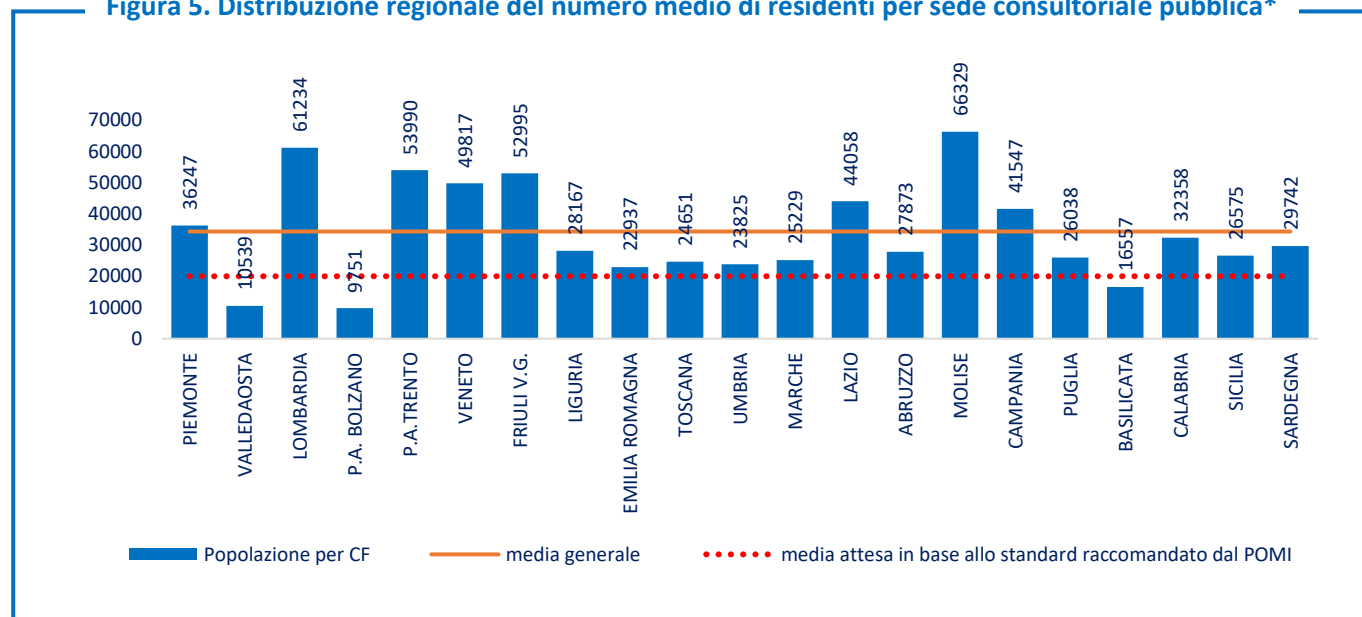
La scheda di ASL/Distretto è stata compilata da 183 coordinatori di 1.703 sedi consultoriali, con una rispondenza pari all'88%.

● Numerosità e distribuzione regionale dei CF

La legge n. 34/96 prevede la disponibilità di un CF ogni 20.000 abitanti, stimando che un servizio che prevede la prossimità territoriale e il libero accesso non possa soddisfare appieno i bisogni di salute di popolazioni bersaglio più ampie. Nel POMI si è ritenuto opportuno distinguere fra zone rurali, per le quali sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000 abitanti, e zone urbane con un CF ogni 25.000.

Dalla nostra indagine risulta che in media sul territorio nazionale è presente un CF ogni 35.000 abitanti (Figura 5). Solo in 5 Regioni e una P.A. il numero medio di abitanti per CF è compreso entro 25.000, mentre in 7 Regioni il numero medio è superiore a 40.000 abitanti per CF, con un bacino di utenza per sede consultoriale più che doppio rispetto a quanto previsto dal legislatore. Si evidenzia una rilevante variabilità interregionale, con bacini di utenza per CF tendenzialmente più ampi al Nord rispetto al Centro e al Sud.

Figura 5. Distribuzione regionale del numero medio di residenti per sede consultoriale pubblica*



* Calcolato per 175 ALS/Distretti: 8 ASL/Distretti che non hanno fornito la numerosità della popolazione residente sono stati esclusi; per la P.A. di Bolzano è incluso anche il privato accreditato; in Lombardia, se si tiene conto anche dei CF privati accreditati, il numero medio di residenti per sede consultoriale scende a 39.965. Nelle altre regioni con CF privati accreditati non è stato possibile ricostruire i bacini di utenza corrispondenti a questi servizi.

● Personale

Relativamente al personale, l'indagine restituisce un quadro estremamente variegato delle figure professionali che contribuiscono all'attività dei servizi consultoriali nei diversi contesti. I risultati qui presentati prendono in considerazione soltanto 4 figure professionali - ginecologo, ostetrica, psicologo e assistente sociale - che complessivamente sono emerse come le più rappresentate e che costituiscono le figure di base per un'équipe consultoriale.

La tabella 1 confronta il numero medio di ore di lavoro settimanali delle 4 figure professionali dell'équipe rapportato a 20.000 residenti rilevato dall'indagine con la media delle ore stimate per rispondere al mandato istituzionale dei CF e con la media delle ore per le sole attività strategiche prese in esame dal POMI. Il numero di

ore standard per rispondere al mandato istituzionale dei CF è riportato nella Relazione del Ministro della Salute¹ sull'attuazione della legge 194 al Senato nell'anno 1995 mentre la stima dei carichi di lavoro effettuata per le sole attività strategiche relative a percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori del collo dell'utero è pubblicata sul portale di epidemiologia Epicentro in un focus sui CF.

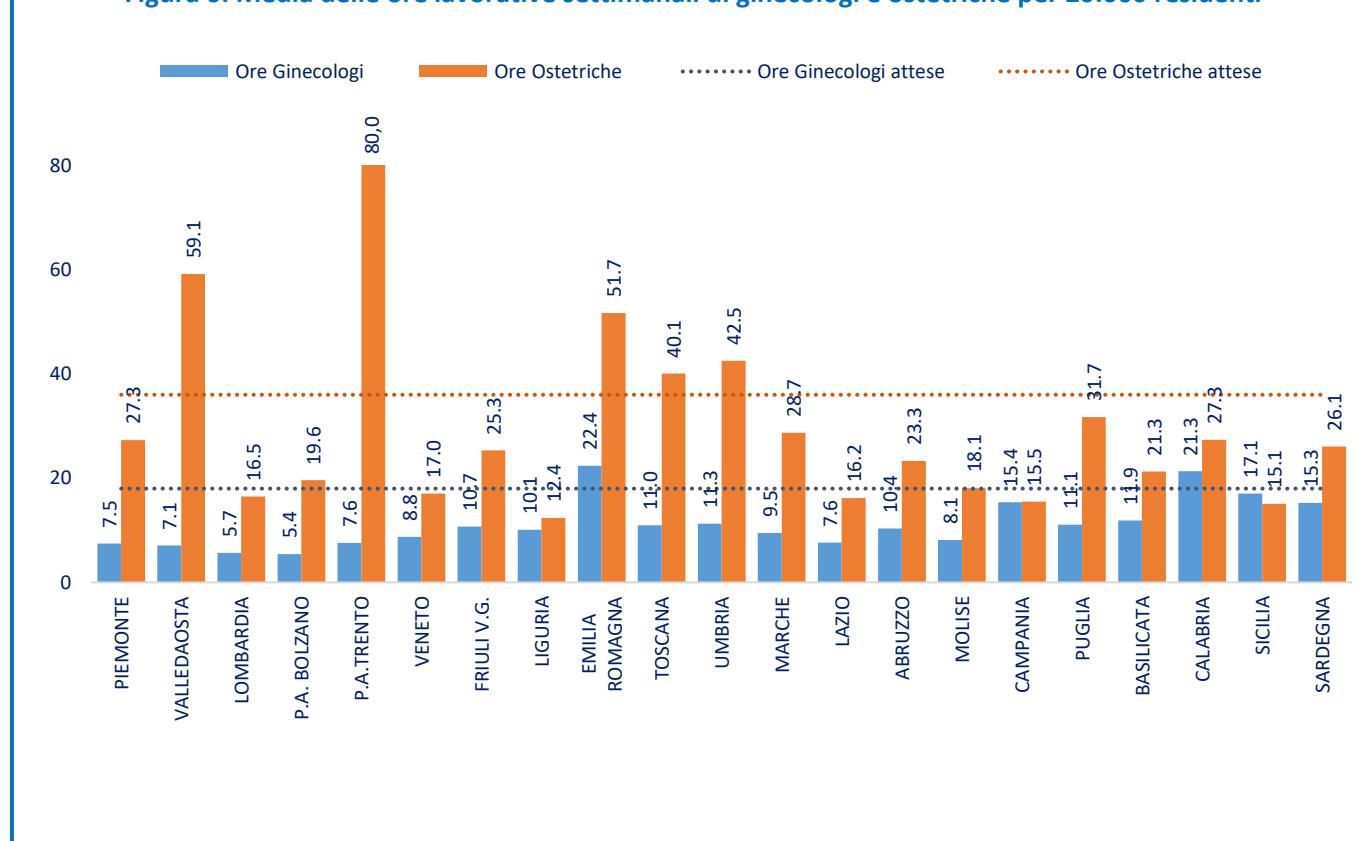
Tabella 1. Media ore lavorative delle 4 figure professionali per 20.000 residenti

	Media ore rilevate dall'indagine	Media ore standard per rispondere al mandato istituzionale*	Media ore per le sole attività strategiche**
Ginecologi	11	18	14
Ostetriche	24	36	27
Psicologi	15	18	14
Assistenti sociali	10	36	15

*Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati 1993/1994. Anno 1995. **Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) <https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo>

Rispetto allo standard di riferimento il valore medio delle ore di lavoro settimanali rilevato dall'indagine è inferiore di 7 ore per la figura del ginecologo, di 14 ore per l'ostetrica, di 3 ore per lo psicologo e di 26 ore per l'assistente sociale. Si è registrata inoltre una grande variabilità interregionale (Figure 6 e 7). Per le figure del ginecologo e dell'ostetrica si evidenzia un generale sottodimensionamento con solo una Regione che raggiunge lo standard per entrambe.

Figura 6. Media delle ore lavorative settimanali di ginecologi e ostetriche per 20.000 residenti



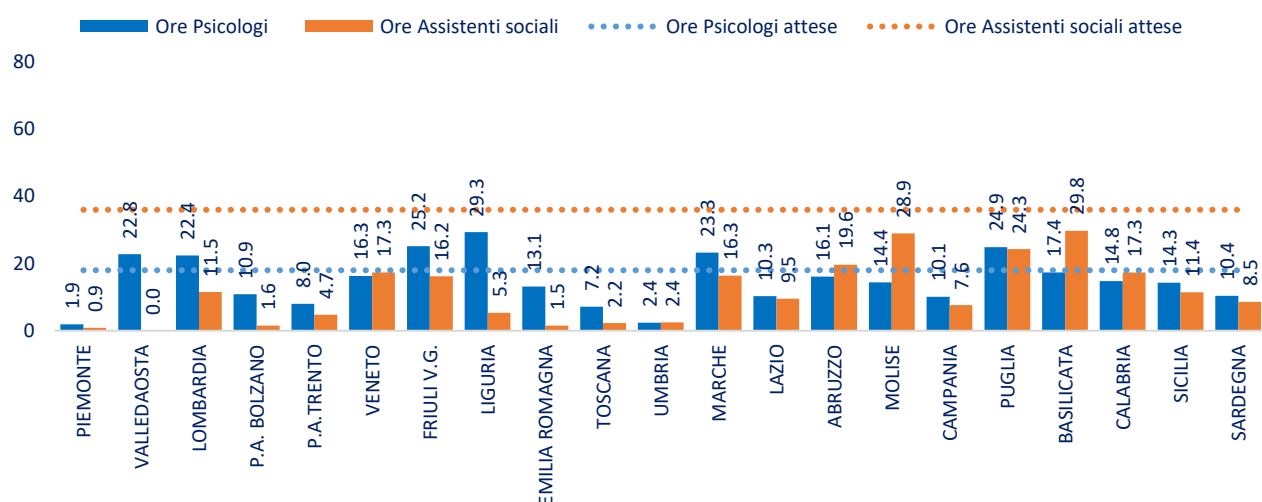
* Calcolato per 175 Asl/Distretti

¹Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati 1993/1994. Anno 1995. La relazione faceva riferimento anche alla figura del pediatra (36 ore), dell'assistente sanitario (36 ore) e dell'infermiere professionale (36 ore) che non sono qui considerati.

A fronte di una diffusa carenza di ostetriche, 4 Regioni del Centro Nord e la P.A. di Trento riportano medie orarie di poco o sensibilmente al di sopra dello standard per questa figura professionale, probabilmente come espressione di un modello assistenziale e organizzativo incentrato sull'ostetrica.

Per la figura dello psicologo si osservano 6 Regioni con medie orarie superiori allo standard a fronte di altre con valori estremamente bassi suggerendo la presenza di alcuni contesti regionali in cui l'attività psicologica all'interno dei consultori ha un ruolo rilevante ed altri in cui queste competenze sono collocate presso altri servizi (Figura 7). Nonostante la figura dell'assistente sociale sia quella per cui si registra una maggiore distanza dal valore standard, nelle Regioni del Sud il numero medio di ore degli assistenti sociali (14 ore) è quasi doppio rispetto al Centro (8 ore) e al Nord (9 ore). Questi dati sembrano tratteggiare un maggior coinvolgimento dei servizi consultoriali nella risposta ai bisogni sociali nelle Regioni del Sud.

Figura 7. Media delle ore lavorative settimanali di psicologi e assistenti sociali per 20.000



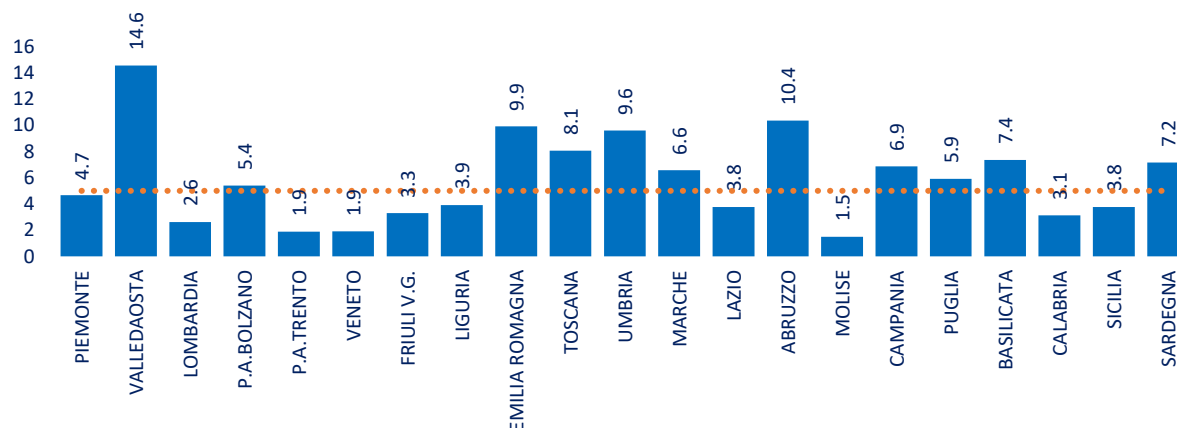
*Calcolato per 175 Asl/Distretti

● Utenti

Il numero di utenti del consultorio ogni 100 residenti del bacino di utenza registrato nell'ultimo anno è stato utilizzato come indicatore della copertura dei bisogni della comunità di riferimento da parte dei CF.

Il valore medio della copertura (numero di utenti per 100 residenti) stimato dall'indagine è risultato pari al 5%, con un'ampia variabilità interregionale compresa tra l'1,5 e il 14,6% (Figura 8). Con i dati a nostra disposizione non è possibile definire lo standard di riferimento appropriato di questo indicatore. Possiamo però supporre che se più Regioni registrano una copertura superiore all'8%, questo possa essere considerato un obiettivo raggiungibile da tutti se le condizioni organizzative e relative alla dotazione di risorse, fossero adeguate.

Figura 8. Numero di utenti per 100 residenti (copertura)



*Calcolato per 157 Asl/Distretti; il dato della P.A. di Bolzano si riferisce a un solo consultorio privato accreditato

La Figura 9 mostra la relazione tra copertura e numero di residenti per sede consultoriale: si osserva una correlazione negativa ($r=-0.7$ escludendo la Valle d'Aosta che appare come un valore estremo), ossia al crescere del numero di residenti per sede la copertura diminuisce. Nel quadrante in alto a sinistra si collocano le Regioni in cui il numero di residenti per sede è basso e la copertura alta, mentre nel quadrante in basso a destra troviamo le Regioni con numero di residenti per sede elevato e copertura bassa.

È stata valutata anche la relazione tra copertura e numero medio di ore di lavoro settimanali svolte nei CF dalle 4 figure professionali dell'equipe (Figura 10). Anche in questo caso si può osservare una relazione tra i due indicatori: all'aumentare del numero medio di ore settimanali dedicate ad attività consultoriali dalle 4 figure costituenti l'equipe, si osserva una tendenza all'aumento della copertura, sebbene con minore forza rispetto alla figura precedente ($r=0.4$ escludendo la P.A. di Trento che appare come un valore estremo).

Figura 9. Relazione tra copertura e numero di residenti per sede consultoriale

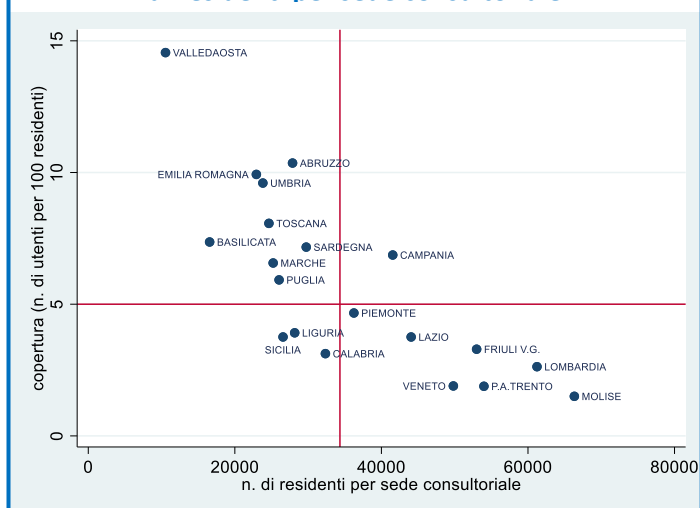
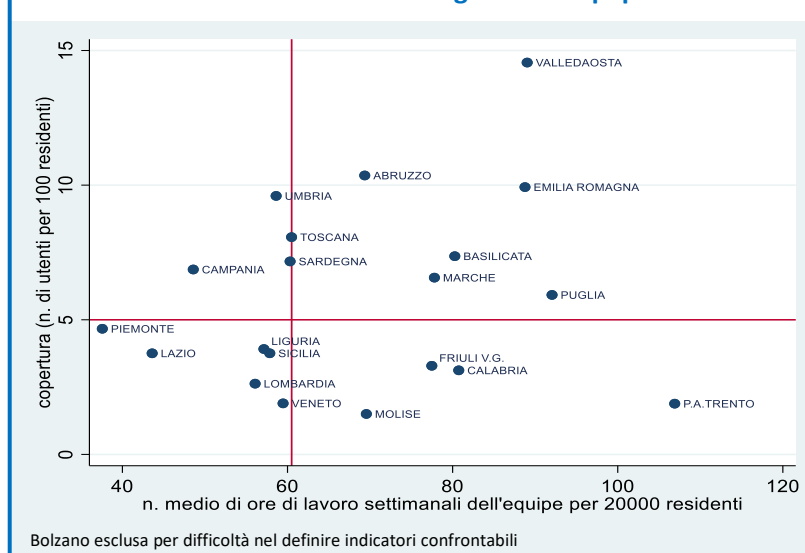


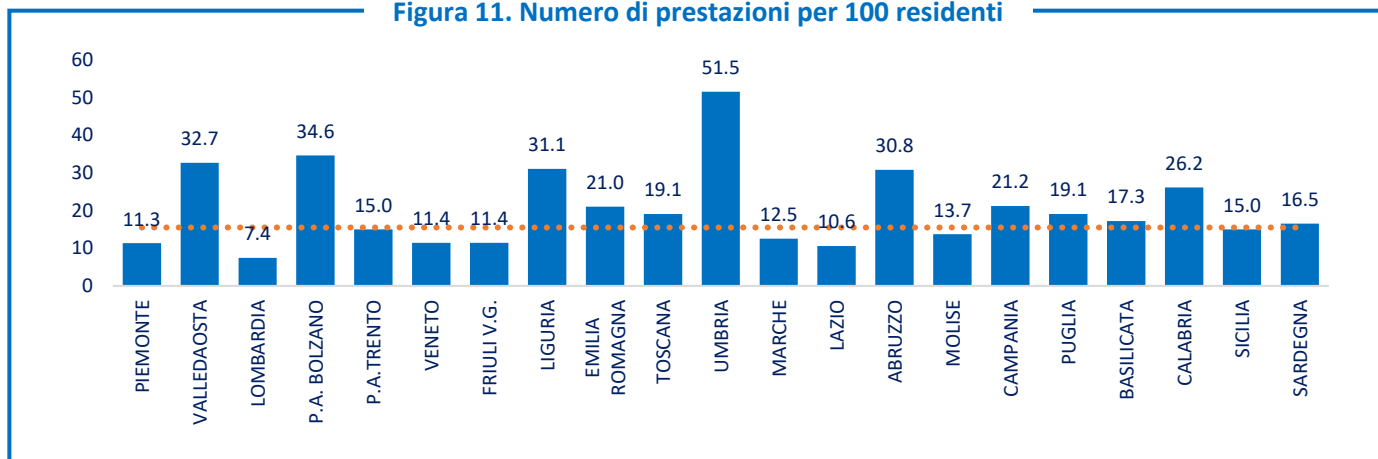
Figura 10. Relazione tra copertura e media delle ore lavorative delle 4 figure dell'equipe



● Prestazioni

Le prestazioni offerte dal CF per 100 residenti del bacino di utenza dell'ultimo anno sono state in media 15.5, con una grande variabilità interregionale compresa tra le 7 prestazioni della Lombardia e le 52 dell'Umbria (Figura 11). Una parte di tale variabilità è certamente motivata dalla diversa modalità di registrazione delle prestazioni erogate, in particolare quelle relative a singoli utenti o a gruppi di utenti (es. incontri di coppia, CAN) e le prestazioni relative al Pap test, che sono incluse fra le prestazioni consultoriali in alcune ASL e non in altre, anche nell'ambito della stessa Regione. Pertanto, i risultati di questa sezione, preziosi per delineare un profilo dell'attività dei servizi consultoriali, non consentono di quantificare con precisione le prestazioni che risentono della mancanza di una definizione standard.

Figura 11. Numero di prestazioni per 100 residenti



Calcolato per 175 Asl/Distretti

La Figura 12 mostra la relazione tra prestazioni per 100 residenti e numero di residenti per sede: si osserva una correlazione negativa ($r=-0.6$ escludendo l'Umbria che appare come un valore estremo), ossia al crescere del numero di residenti per sede il numero delle prestazioni in rapporto ai residenti diminuisce.

Le prestazioni per 100 residenti sono invece positivamente correlate al numero medio di ore settimanali di disponibilità delle 4 figure dell'équipe consultoriale: all'aumentare del numero medio di ore settimanali, si osserva infatti una tendenza all'aumento delle prestazioni ($r=0.3$ escludendo l'Umbria che appare come un valore estremo) (Figura 13).

Figura 12. Relazione tra prestazioni per 100 residenti e numero di residenti per sede consultoriale

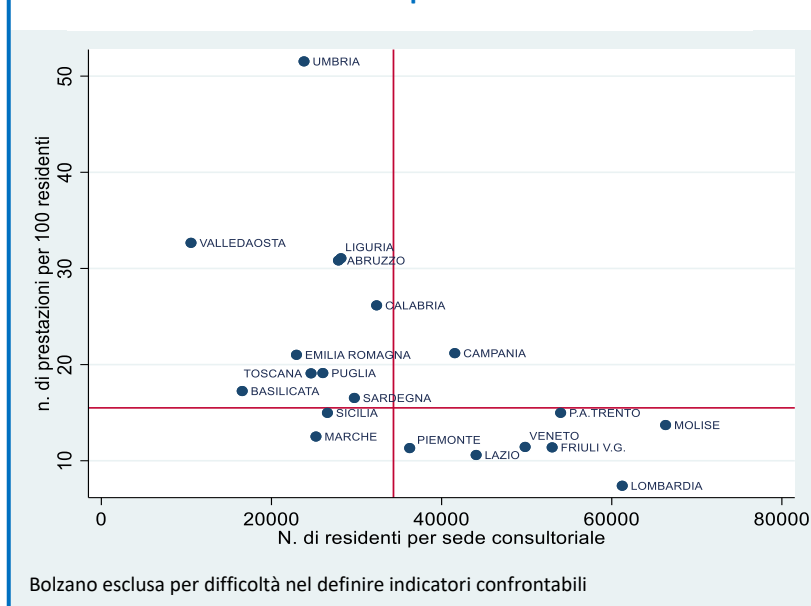
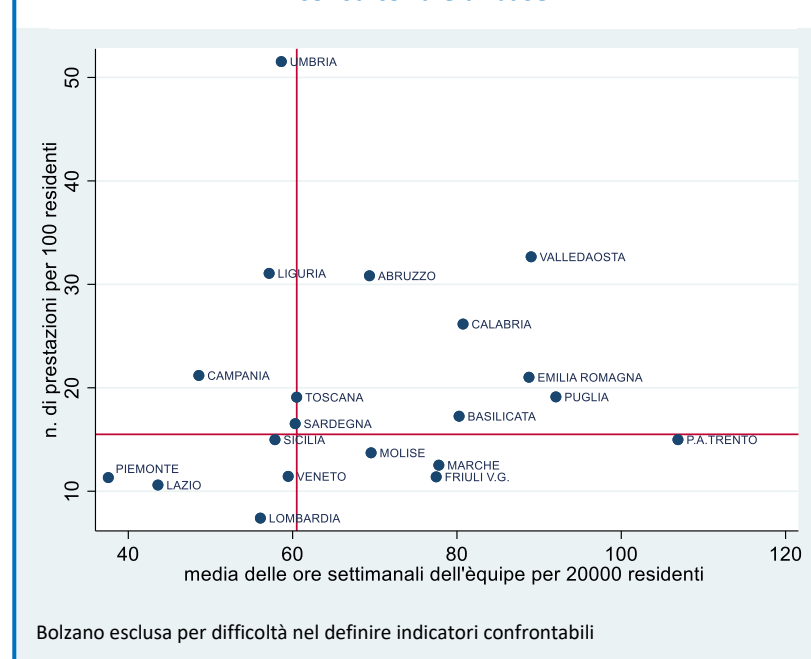


Figura 13. Relazione tra prestazioni per 100 utenti e media delle ore lavorative delle 4 figure dell'équipe consultoriale di base

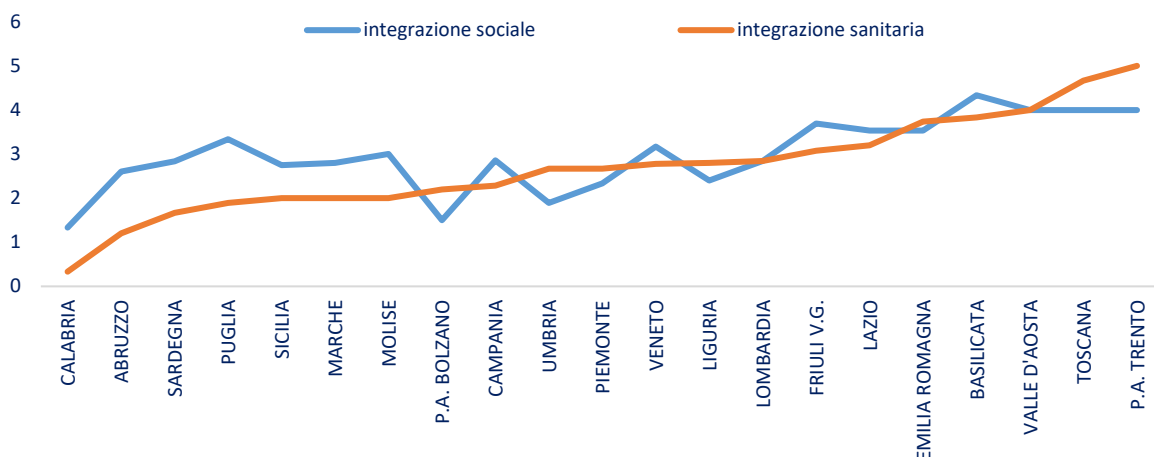


● Integrazione dei servizi consultoriali aziendali con gli altri servizi territoriali e con la comunità

L'integrazione dei servizi consultoriali nel modello dipartimentale, e soprattutto la messa in rete dei CF con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio e con la scuola sono il presupposto necessario affinché i CF possano svolgere le proprie articolate funzioni. Ai fini di questa indagine, l'indice di integrazione è stato costruito come media del numero di atti formali di collaborazione stipulati dalle ASL/Distretti di ogni Regione con i servizi sanitari (integrazione sanitaria: atti con ospedale, punti nascita, PLS/MMG, DSM, centri PMA) e sociali (integrazione sociale: atti con servizi sociali, autorità giudiziaria, centri anti violenza, associazioni di cittadini e di volontariato) (Figura 14). Regioni con alto indice di integrazione sanitaria tendono ad avere anche un elevato indice di

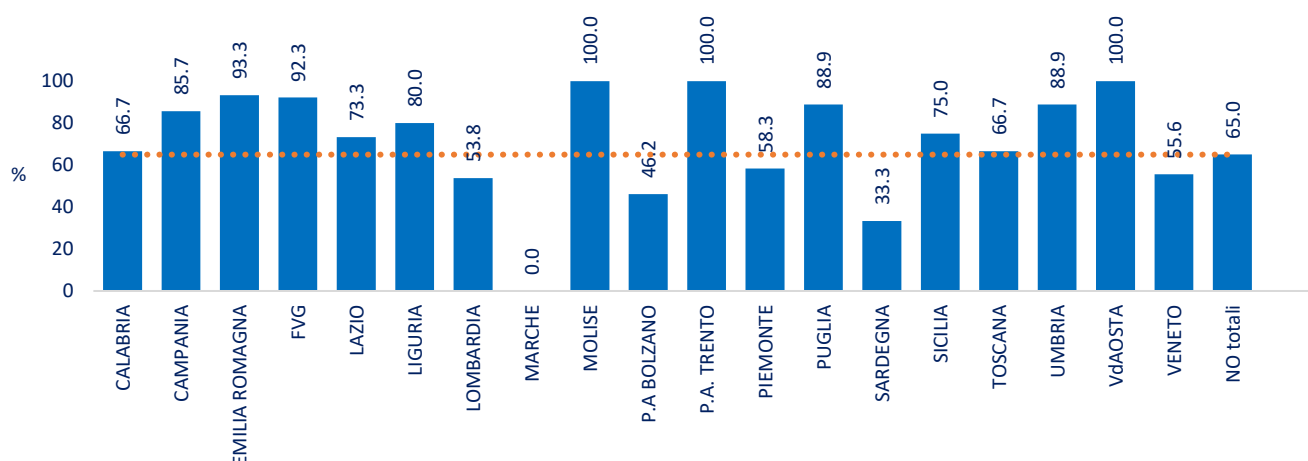
integrazione sociale ($r=0.75$). Le Regioni con integrazione sociosanitaria più elevata sono tendenzialmente le Regioni del centro nord (fanno eccezione le Marche e la Basilicata).

Figura 14. Numero di atti di collaborazione (integrazione) con i servizi sanitari e con i servizi sociali



Il 65% delle ASL/Distretti ha stipulato accordi formali con la scuola (Figura 15). In 5 Regioni gli accordi di collaborazione con la scuola sono stati riportati da più del 90% delle ASL/Distretti. Nelle Marche non sono stati segnalati accordi con le scuole a livello di Area Vasta.

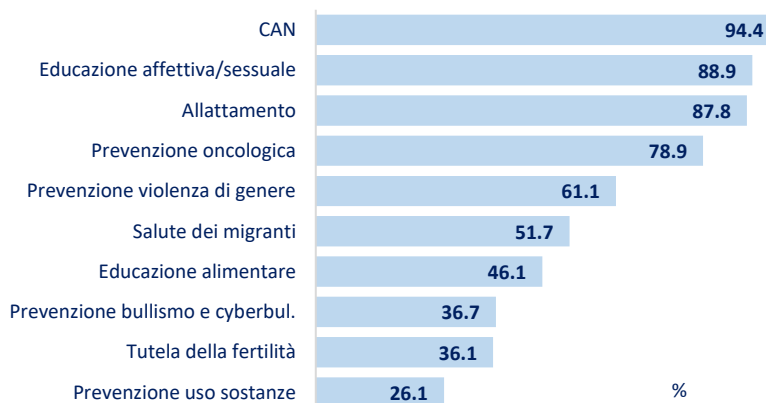
Figura 15. Distribuzione regionale di ASL/Distretti con atti di collaborazione con la scuola



● Programmazione e valutazione

Le ASL/Distretti che riportano di effettuare programmazione con obiettivi definiti e misurabili per le attività dei CF sono 177 su 183. Gli ambiti in cui più frequentemente viene effettuata una programmazione sono i CAN, l'educazione affettiva e sessuale e l'allattamento al seno mentre l'ambito meno citato è la prevenzione dell'uso di sostanze che probabilmente in molte ASL/Distretti sono in carico ad altri servizi (Figura 16). Ben 4 delle attività sulle quali si effettua meno frequentemente programmazione sono rivolte al target degli adolescenti/giovani adulti.

Figura 16. Ambiti di attività oggetto di programmazione

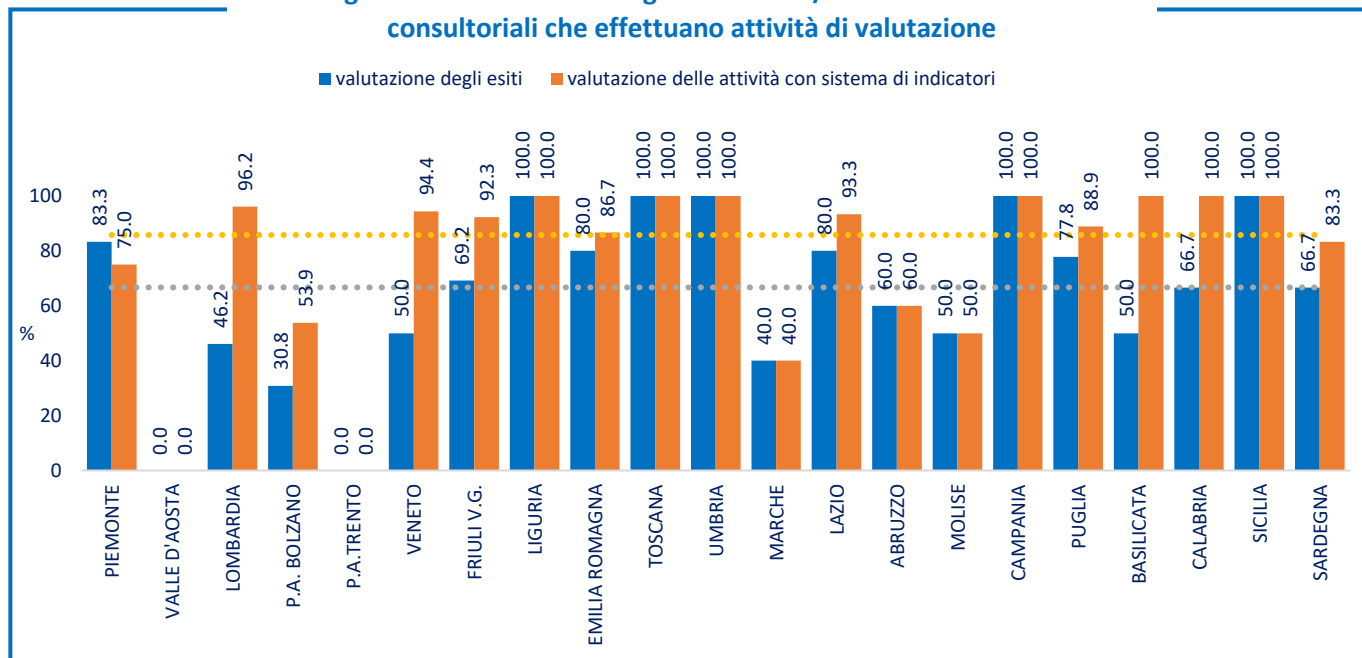


Calcolato per 183 Asl/Distretti in 19 regioni e 2 P.A.

Per quanto riguarda le attività di valutazione, il monitoraggio annuale delle attività tramite un sistema di indicatori viene effettuato nell'85.8% delle ASL/Distretti rispondenti, mentre la valutazione degli esiti solo nel 66,7%. Ricordiamo tuttavia a proposito dell'attività di valutazione, che l'attuale sistema di monitoraggio delle attività si basa su indicatori che solo in parte rappresentano l'attività di promozione della salute che si svolge nei CF e che rimane perciò invisibile.

La Figura 17 descrive la distribuzione regionale delle ASL che effettuano queste attività.

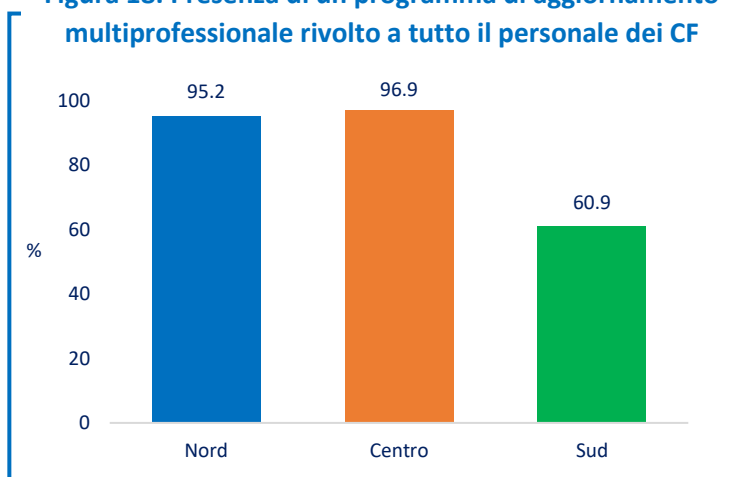
Figura 17. Distribuzione regionale di ASL/Distretti con servizi consultoriali che effettuano attività di valutazione



● Formazione

La presenza di un programma di aggiornamento multiprofessionale rivolto a tutto il personale dei CF a livello di ASL o Distretto è stato riportato da più del 95% delle ASL del Nord e del Centro ma solo dal 61% delle ASL del Sud (Figura 18). Questo dato è particolarmente discriminante considerando che i servizi consultoriali si basano sul lavoro in équipe e che la molteplicità degli interventi che i CF sono chiamati a svolgere - anche in relazione ai cambiamenti del territorio in cui sono inseriti - rendono necessario un aggiornamento continuo.

Figura 18. Presenza di un programma di aggiornamento multiprofessionale rivolto a tutto il personale dei CF



MESSAGGIO CHIAVE

- Sul territorio nazionale è presente in media un CF ogni 35.000 abitanti, con una grande variabilità interregionale.
- La disponibilità oraria delle figure professionali principali e la composizione delle équipe consultoriali è molto diversa, con alcune Regioni in forte sofferenza per la carenza di personale.
- Il numero di utenti e il numero di prestazioni offerte per 100 residenti tendono ad essere più elevati dove il bacino di utenza per sede è più basso e dove la media oraria delle figure professionali principali è più alta.
- È necessario promuovere e implementare appropriate attività di rilevazione degli esiti nell'ambito dei servizi consultoriali.

INDAGINE A LIVELLO DI SEDE CONSULTORIALE

Questo livello d'indagine ha consentito di raccogliere informazioni sulle caratteristiche strutturali, le modalità operative e le aree di attività delle singole sedi di CF delle 19 Regioni e della P. A. di Trento. La scheda di raccolta dati è stata inviata a 1.859 referenti (escluse le sedi di Bolzano e di parte della Liguria) ed è stata compilata per 1.557 sedi, con una rispondenza pari all'83,7%.

● Caratteristiche strutturali

Il 56% dei responsabili che hanno compilato le schede giudica la qualità strutturale della propria sede ottima o buona, il 29% sufficiente, mentre il 14% la ritiene inadeguata (Figura 19). L'88% delle sedi è collocata in una zona facilmente raggiungibile dall'utenza e ben collegata con i trasporti pubblici. Tale percentuale sale al 94% per le sedi collocate nelle grandi città.

● Offerta attiva e accessibilità

L'utilizzo dell'offerta attiva - definita come una modalità operativa che prevede la ricerca sul territorio delle persone da coinvolgere nelle attività, per esempio tramite visite domiciliari o con il coinvolgimento di comunità o associazioni - è tra le condizioni necessarie per un approccio orientato alla promozione della salute ed è uno strumento che qualifica e valorizza l'assistenza consultoriale. Tale modalità, prevista anche dal POMI, non è diffusamente adottata nei CF della maggioranza delle Regioni. Soltanto il 58,2% dei CF riferisce di utilizzare l'offerta attiva, con forte variabilità tra Regioni (Figura 20).

Figura 19. Giudizio del responsabile sulla qualità della sede

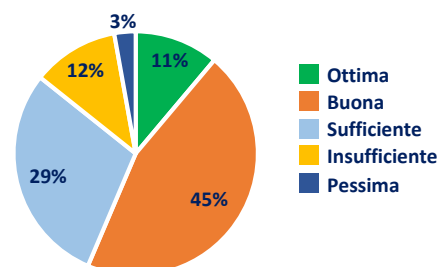
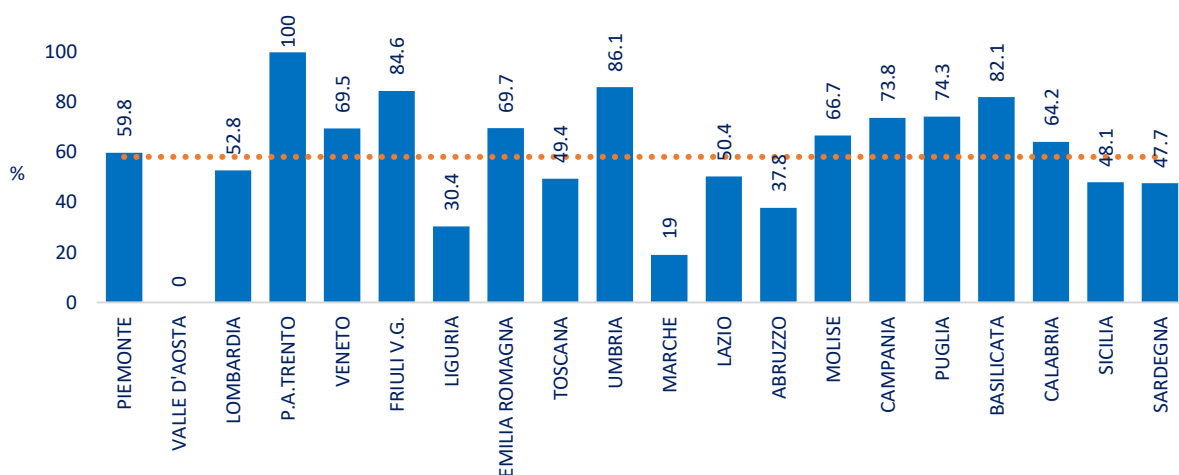
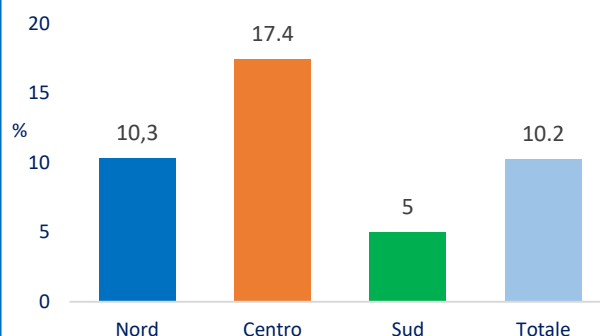


Figura 20. Distribuzione regionale dei CF che utilizzano la modalità dell'offerta attiva



L'apertura dei CF di sabato può essere considerata una delle opzioni disponibili per aumentare l'accessibilità a questi servizi. Solo il 10,2% dei CF apre il sabato, con forte variabilità per area geografica (Figura 21). Le sedi aperte il sabato hanno una media di ore di apertura pari a 5-6 ore, senza variazioni per area geografica.

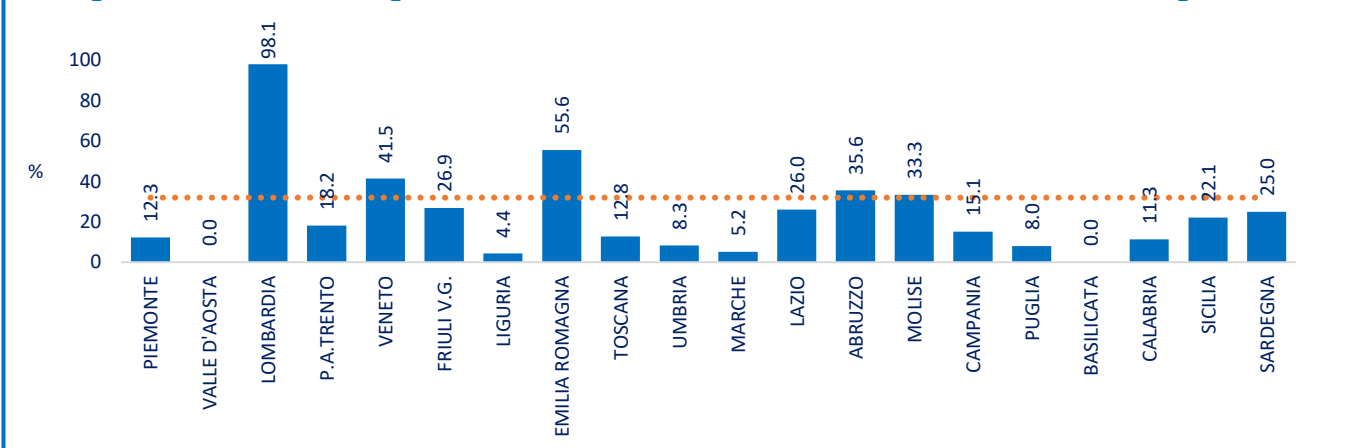
Figura 21. Distribuzione dei CF con apertura il sabato per area geografica



● Soddisfazione degli utenti

La soddisfazione degli utenti, dei familiari e della popolazione generale nei confronti della qualità, complessiva e specifica per vari aspetti dell'assistenza, è un parametro importante della valutazione dei servizi sanitari. Soltanto la rilevazione periodica della soddisfazione degli utenti associata all'organizzazione di azioni volte a migliorare gli aspetti critici segnalati può contribuire al miglioramento continuo della qualità. Mediamente solo il 32% delle sedi consultoriali valuta la soddisfazione degli utenti (Figura 22). I CF dell'Emilia Romagna e soprattutto della Lombardia si distinguono per le percentuali più elevate di sistematica rilevazione della soddisfazione degli utenti.

Figura 22. Distribuzione regionale dei CF che rilevano sistematicamente la soddisfazione degli utenti



● Aree di attività

La quasi totalità dei CF del Nord, Centro e Sud, svolge attività nell'ambito della salute della donna; le attività nell'area adolescenti/giovani e nell'area coppia/famiglia e adozioni sono riportate con percentuali più basse soprattutto dai CF del Centro mentre in più dell'80% dei CF del Sud si effettua attività in tutte e tre le aree (Figura 23).

Il profilo delle aree di attività per area geografica è in parte influenzato dalle diverse modalità organizzative dei servizi. In particolare, per quanto riguarda l'area adolescenti/giovani, nelle Regioni Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Molise e Basilicata le attività e le competenze tendono ad essere concentrate in un unico CF che funge da centro di riferimento aziendale per questa popolazione (Figura 24).

Figura 23. Principali aree di attività dei CF per ripartizione geografica

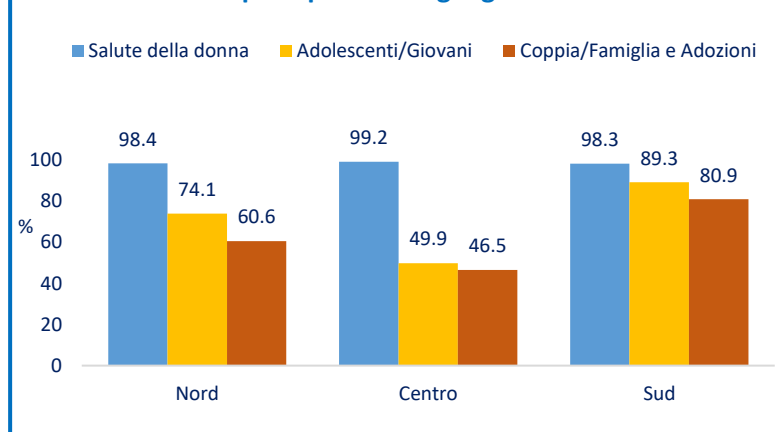
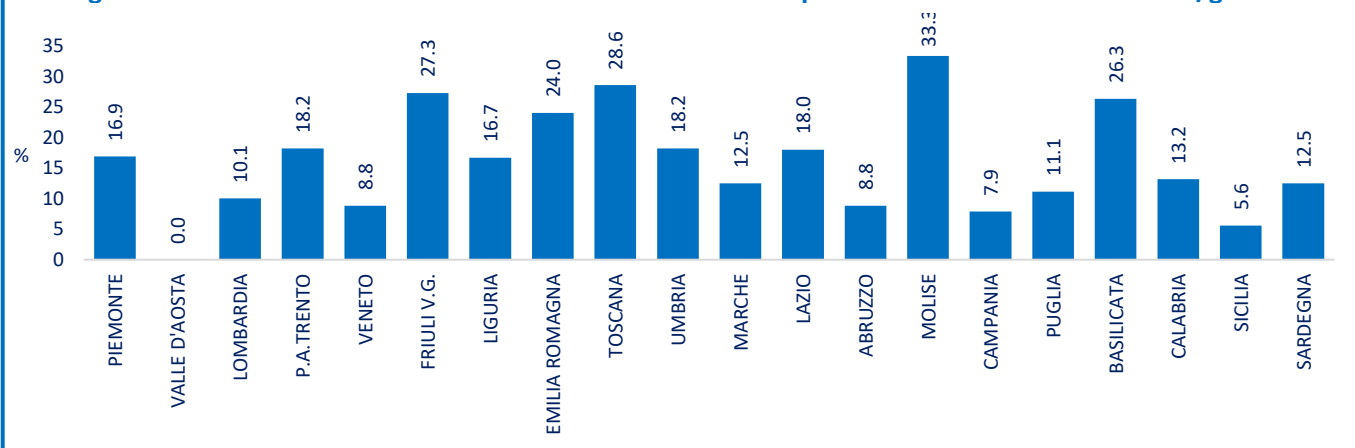


Figura 24 Consultori familiari centri di riferimento aziendale per attività nell'area adolescenti/giovani

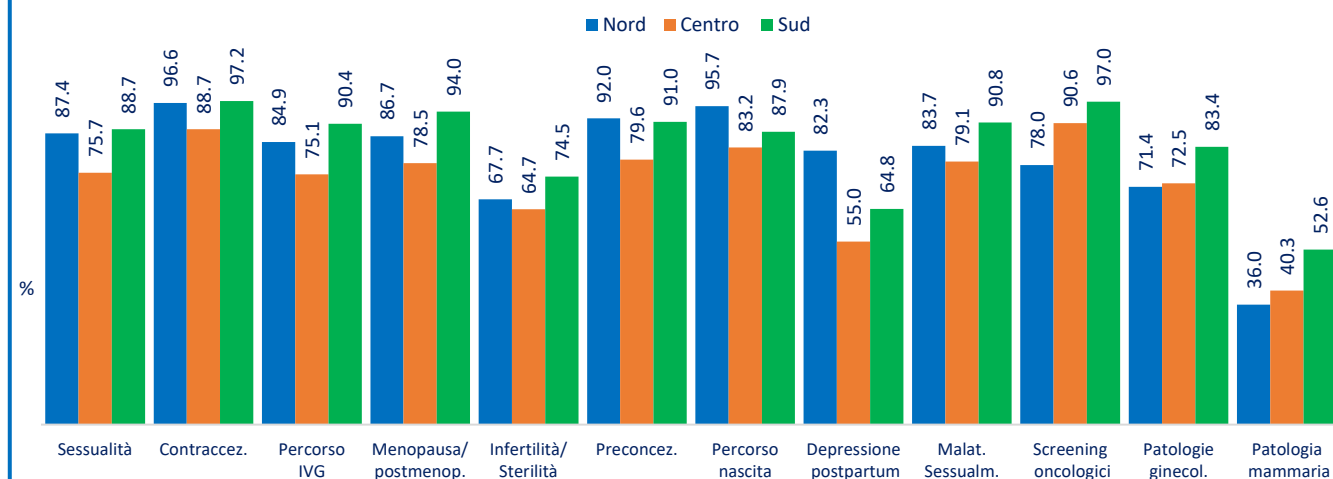


Sulla base dei dati raccolti a livello di singola sede consultoriale sono qui presentati alcuni risultati relativi all'area salute della donna e alle aree adolescenti/giovani e coppia/famiglia e adozioni.

● Salute della donna

I CF che riferiscono di effettuare attività nell'ambito dell'area salute della donna sono 1535 (Nord 622, Centro 382, Sud 531). Sexualità, contraccezione, percorso IVG, menopausa e postmenopausa, preconcezionale, percorso nascita, infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e screening oncologici sono attività svolte da più del 75% dei consultori (Figura 25). Le attività consultoriali relative a patologia mammaria e depressione postpartum, oltre ad essere meno frequenti, presentano una maggiore variabilità per area geografica.

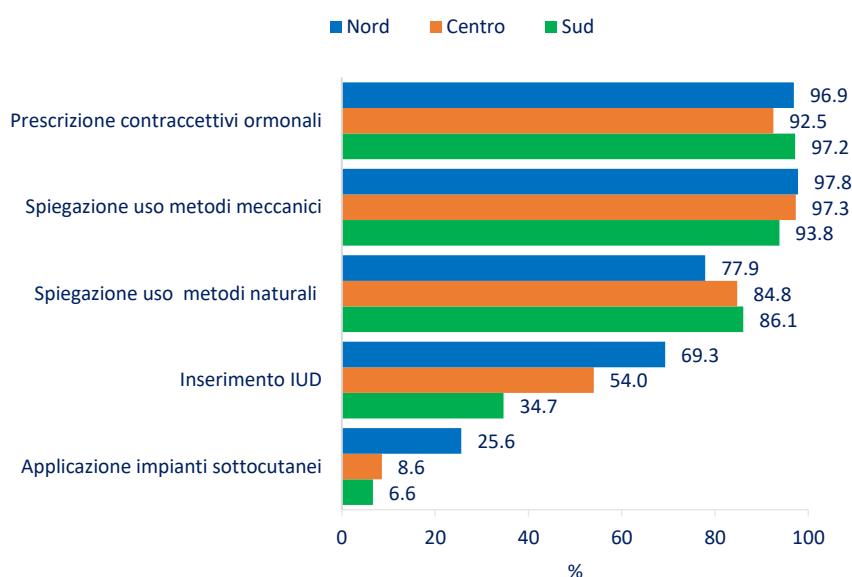
Figura 25 Principali attività svolte dai consultori nell'ambito dell'area salute della donna



Contracezione e IVG

Tra le attività finalizzate alla procreazione consapevole la quasi totalità dei CF riferisce di prescrivere la contraccezione orale e fornire informazioni sui metodi naturali e meccanici. Le attività meno citate e per le quali si rilevano importanti differenze per area geografica sono l'inserimento di IUD e l'applicazione di impianti sottocutanei, offerti molto di più al Nord che al Centro e al Sud (Figura 26).

Figura 26. CF che effettuano attività di promozione della procreazione consapevole e responsabile per area geografica



La quota di CF che riferisce di offrire gratuitamente i contraccettivi è molto bassa nelle tre aree geografiche (Figura 27). Nei CF del Nord l'offerta gratuita è più frequentemente riservata ai giovani, mentre nei CF del Centro è generalmente rivolta a tutta l'utenza senza alcun criterio selettivo.

La Figura 28 descrive le attività svolte dai consultori nell'ambito del percorso IVG, effettuate da quasi tutti i CF. La prenotazione dell'intervento presso l'ospedale è l'unica azione riportata solo dal 51-65%.

Figura 27. CF che offrono gratuitamente i contraccettivi per area geografica

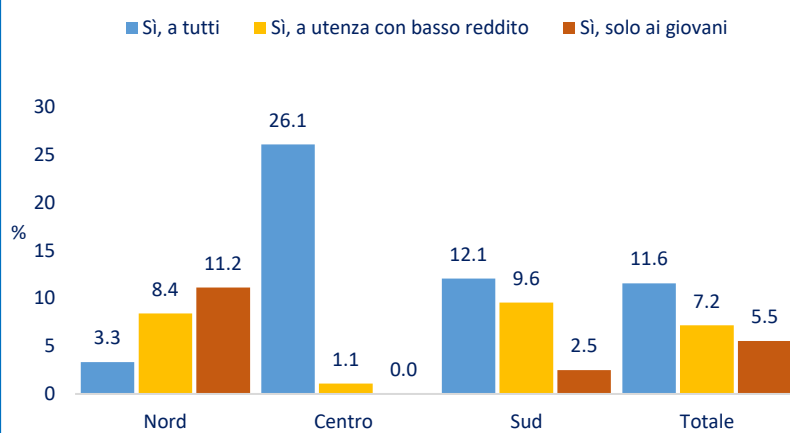
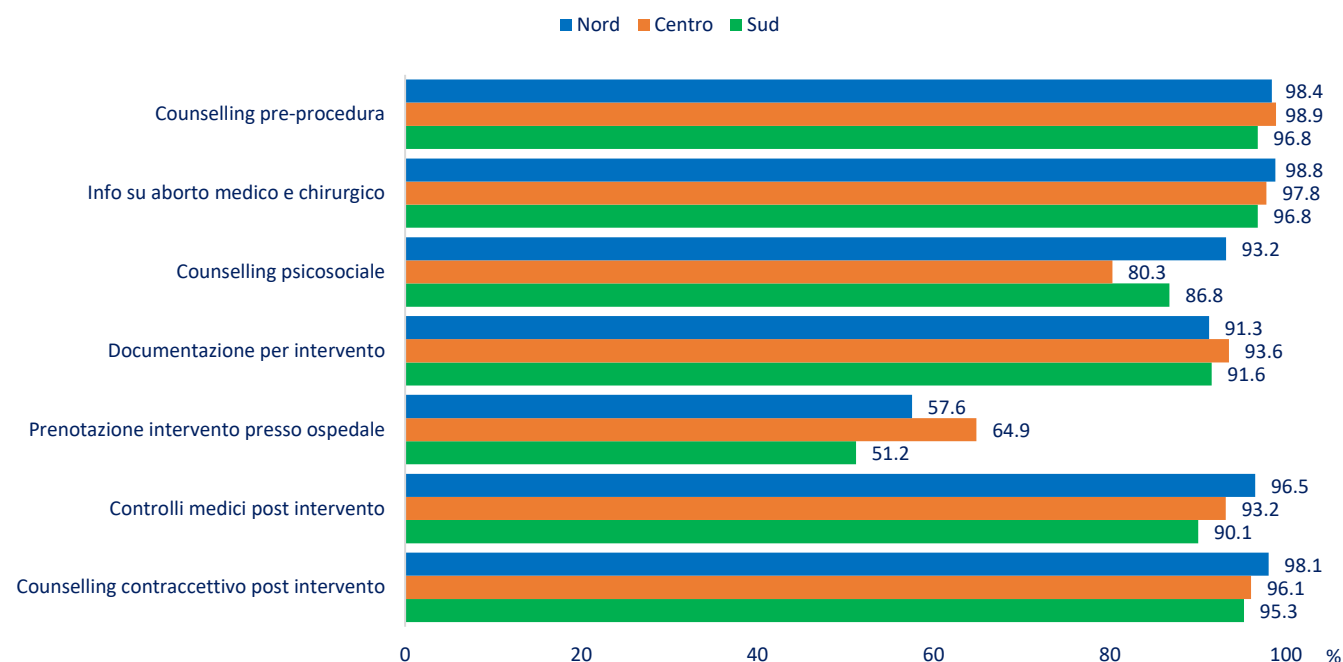


Figura 28 Attività offerte alle donne che accedono al percorso IVG per area geografica

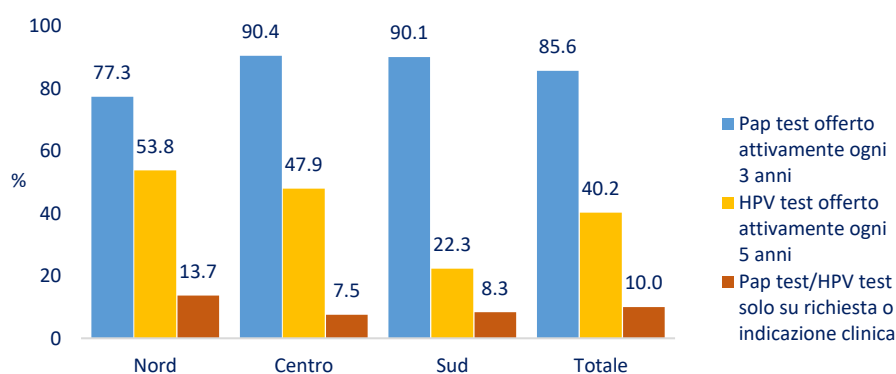


Screening oncologici e menopausa

La quasi totalità dei CF (96%) offre informazioni sulla prevenzione del tumore della cervice uterina; con minore frequenza vengono offerte informazioni sul tumore della mammella (74%) e sul tumore del colon-retto (32%).

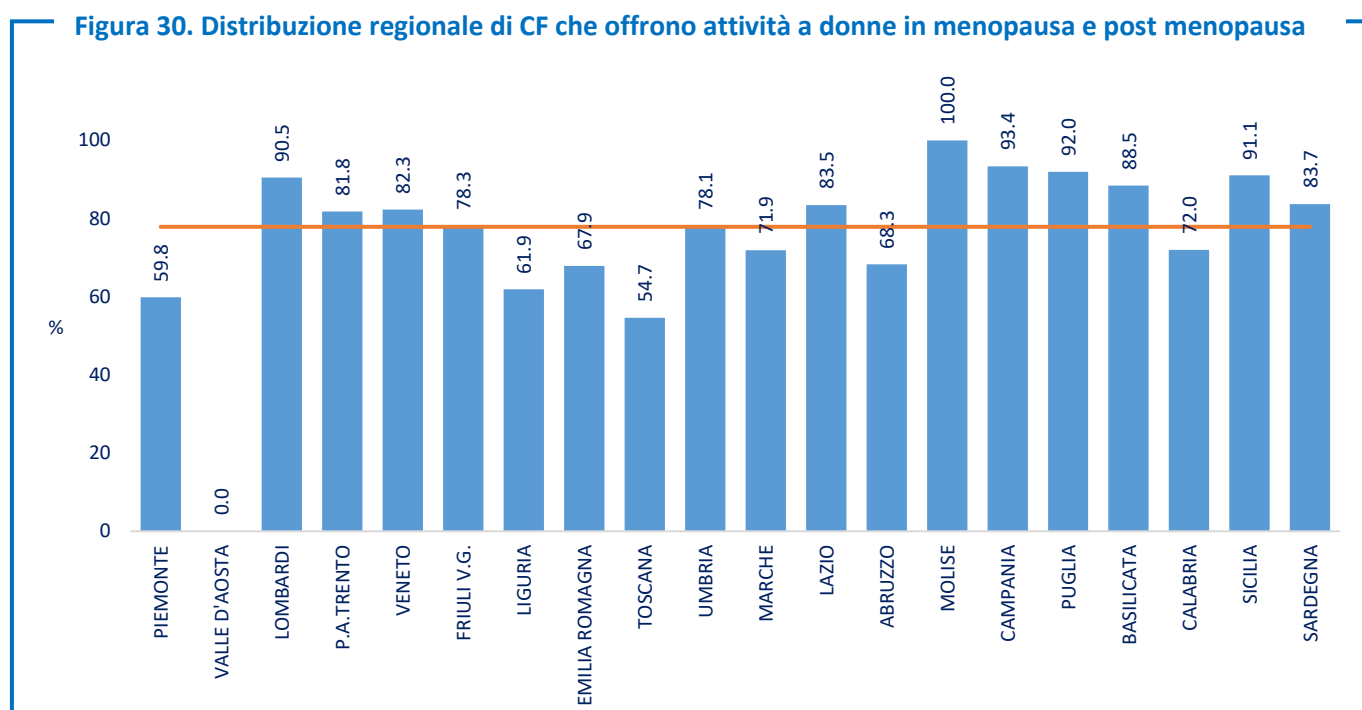
Sui 1287 CF che eseguono Pap test e/o HPV test, 1158 (90%) lo offrono nell'ambito di programmi di screening (Figura 29).

Figura 29. CF che effettuano Pap test e/o HPV test



L'80% circa dei CF offre attività dedicate alle donne in menopausa e post menopausa, in maggior misura nei CF delle Regioni del Sud (Figura 30).

Figura 30. Distribuzione regionale di CF che offrono attività a donne in menopausa e post menopausa



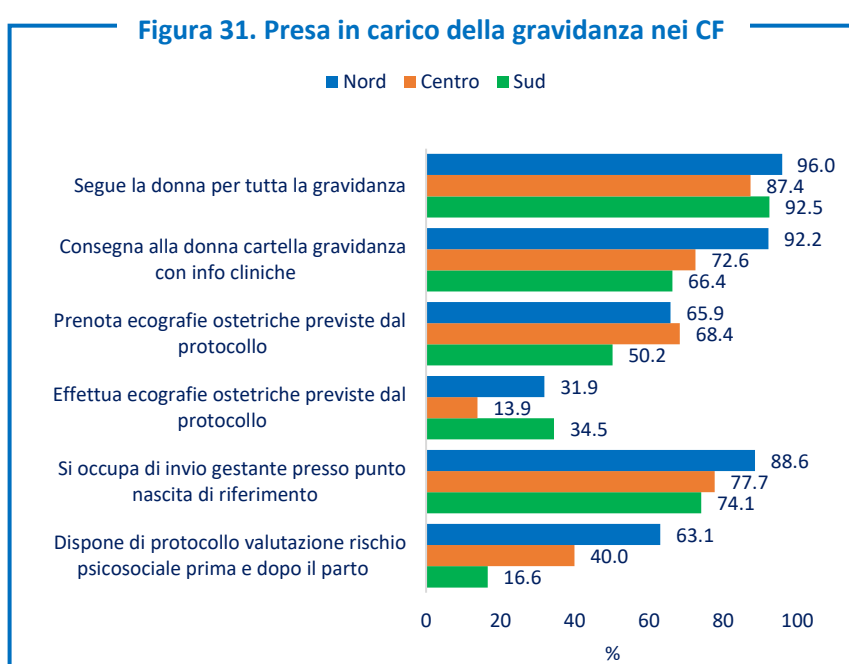
Tra le attività offerte, le più frequenti sono il counselling (oltre il 95% nelle 3 aree geografiche) e la visita medica (oltre il 90%), mentre con percentuali più basse vengono citate le campagne informative (24% al Nord, 26% al Centro, 44% al Sud) e gli incontri tra pari organizzati per le donne in menopausa e post menopausa (11% al Nord, 6,5% al Centro, 12% al Sud).

Percorso nascita

I CF che riferiscono di svolgere attività nell'ambito del percorso nascita sono 1379 (Nord 595, Centro 318, Sud 466). Il counselling preconcezionale a singoli/coppie viene offerto soprattutto su richiesta dell'utenza; solo il 15% dei CF riferisce di offrirlo attivamente, con percentuali più elevate al Sud (21% vs 14% al Nord e 8% al Centro). Nei CF del Centro è più elevata la quota di CF che non lo prevede (18% vs 8% al Nord e 6% al Sud).

La quasi totalità dei CF prende in carico e segue la donna per tutta la gravidanza (Figura 31). Le modalità di assistenza si differenziano a livello territoriale, con l'offerta di un percorso assistenziale che sembra più completo e strutturato al Nord e al Centro rispetto al Sud. L'invio della gestante presso il punto nascita di riferimento riguarda circa 8 donne su 10 e la disponibilità di una valutazione formalizzata del rischio psicosociale e del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto viene riferita solo dal 17% dei CF del Sud, dal 40% al Centro e dal 63% al Nord.

Figura 31. Presa in carico della gravidanza nei CF



Tra i CF che riferiscono attività nell'ambito del percorso nascita, circa 3 su 4 offrono i CAN. Gli incontri previsti sono in media 10, con avvio del corso più spesso al 7° mese di gravidanza al Nord e al Centro e al 6° mese nei CF del Sud; il numero medio di incontri offerti dal CF dopo il parto sono rispettivamente 1,5 al Nord, 2 al Centro e 1,6 al Sud.

Nei CF del Nord e del Centro, dove maggiore è la presenza di donne di cittadinanza non italiana, sono più diffuse le attività volte a favorire la partecipazione ai CAN delle donne straniere (Figura 32).

Figura 32. Azioni per la partecipazione delle donne straniere ai CAN per area geografica

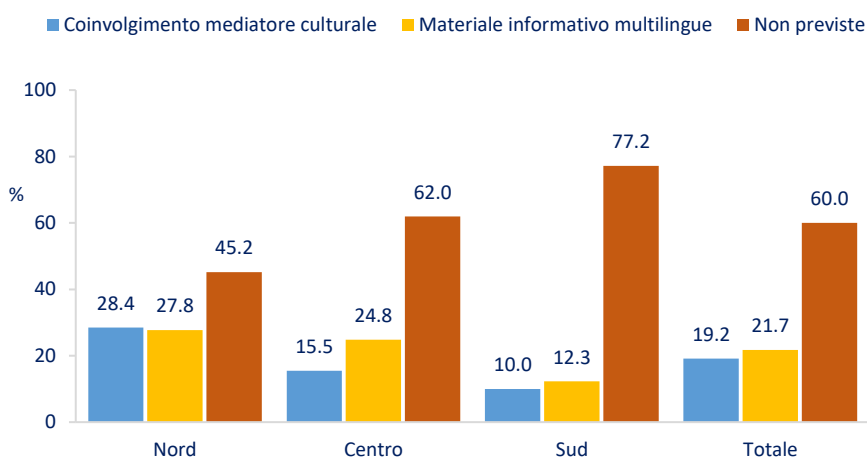
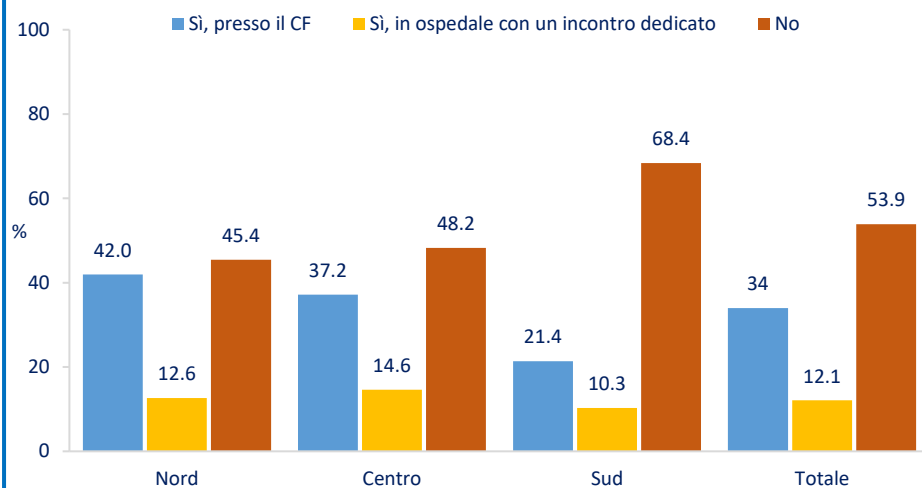


Figura 33. Partecipazione ai CAN dei professionisti dei Punti Nascita

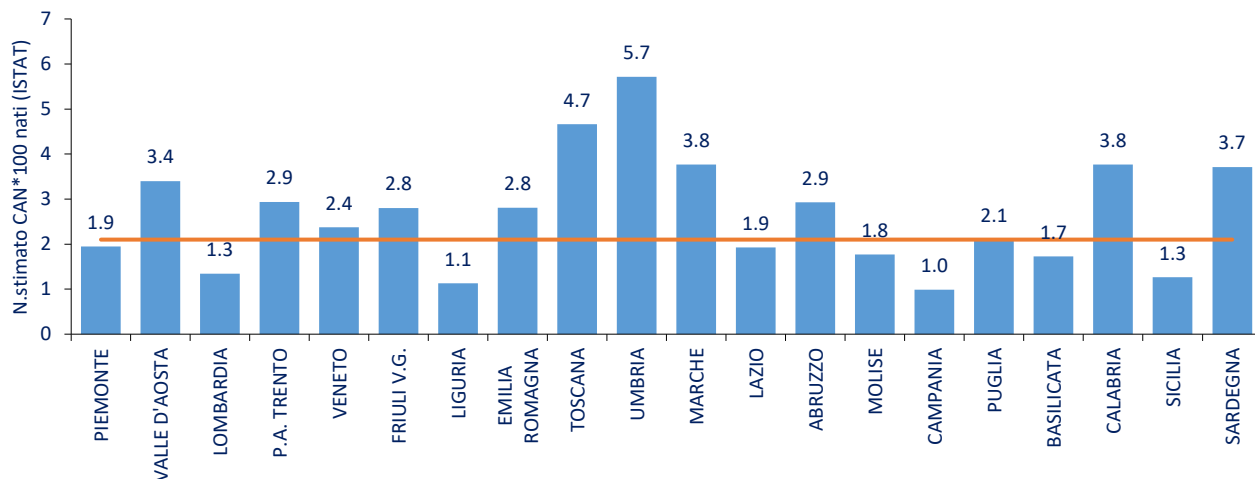


Anche la frequenza della partecipazione ai CAN dei professionisti dei punti nascita di competenza - utilizzata come indicatore dell'integrazione tra territorio e ospedale - è risultata maggiore nei CF del Nord e del Centro che in quelli del Sud (Figura 33).

La stima del numero di CAN per 100 nati (ISTAT), effettuata sulla base dei dati riferiti dai responsabili di CF, risulta molto variabile, da 2 a 6 corsi circa (Figura 34). È interessante notare che sia Umbria che Toscana, che presentano la

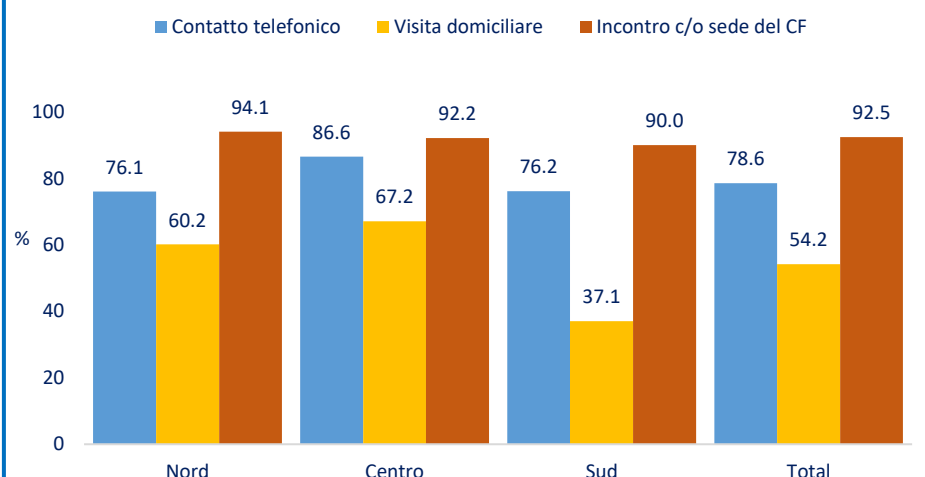
frequenza più elevata, appartengano al gruppo di Regioni con medie orarie settimanali superiori allo standard per la figura dell'ostetrica, la figura professionale più coinvolta nei CF (cfr pag. 8).

Figura 34. Numero stimato di CAN per 100 nati vivi nel 2017



La quasi totalità dei CF prevede una qualche forma di contatto in puerperio, più frequentemente un incontro presso la sede del CF, meno spesso un contatto telefonico e la visita domiciliare (Figura 35).

Figura 35. Tipo di contatto offerto in puerperio



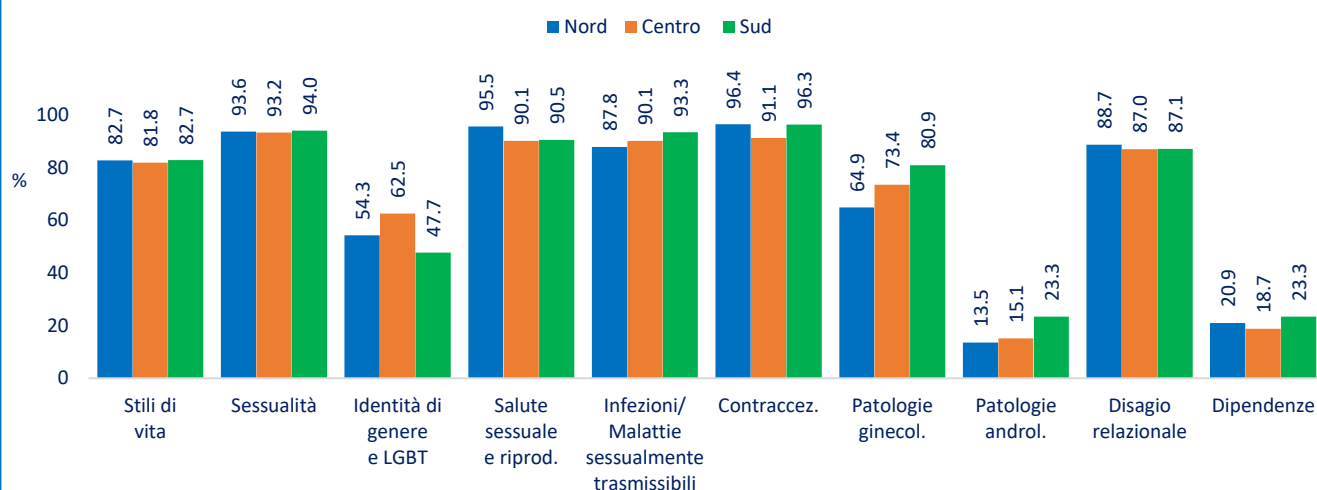
MESSAGGIO CHIAVE

- La salute della donna secondo un approccio *life-course* è il centro delle attività dei CF.
- L'offerta gratuita dei metodi contraccettivi viene garantita da poco più del 10% dei servizi consultoriali, con differenze geografiche meritevoli di attenzione.
- Nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita, garantita da tutti i CF sebbene con modalità assistenziali che si differenziano per area geografica, l'offerta attiva di un counselling preconcezionale e la valutazione del rischio psicosociale in gravidanza e dopo il parto sono le attività meno diffuse.
- Anche nell'ambito delle attività offerte per l'assistenza al percorso nascita occorre promuovere una cultura della valutazione in grado di identificare appropriati indicatori di processo e di esito indispensabili per orientare la programmazione dei servizi e per valorizzarne il ruolo.

● Area adolescenti/giovani e area coppia/famiglia e adozioni

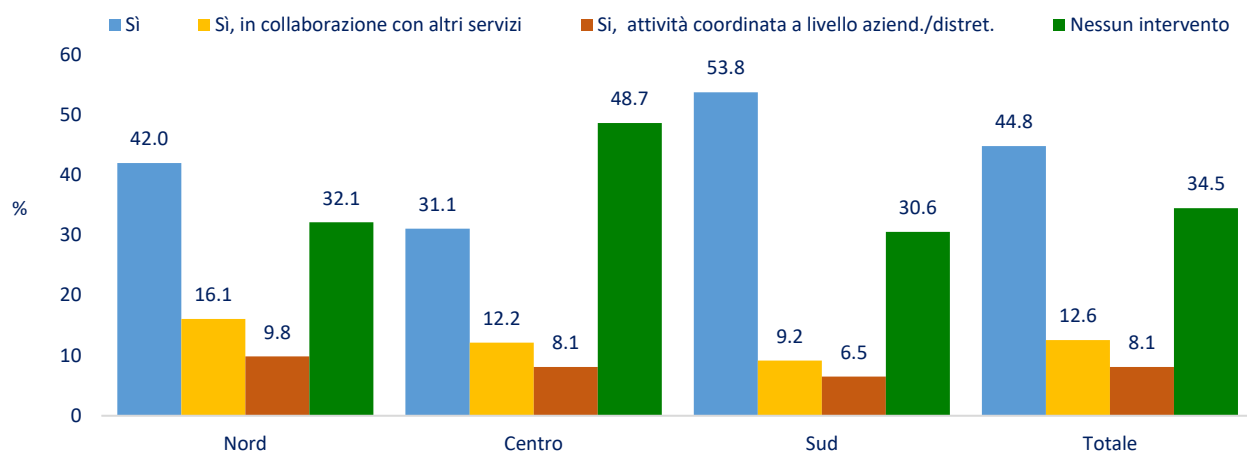
I CF che effettuano attività nell'area adolescenti/giovani e/o nell'area coppia/famiglia sono 1.226 (Nord 504, Centro 224, Sud 498). Le tematiche più trattate da questi CF relativamente all'area giovani sono la contraccezione, la sessualità e la salute riproduttiva, le infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e il disagio relazionale (Figura 36).

Figura 36. CF che svolgono attività in ambiti specifici dell'area adolescenti/giovani per area geografica



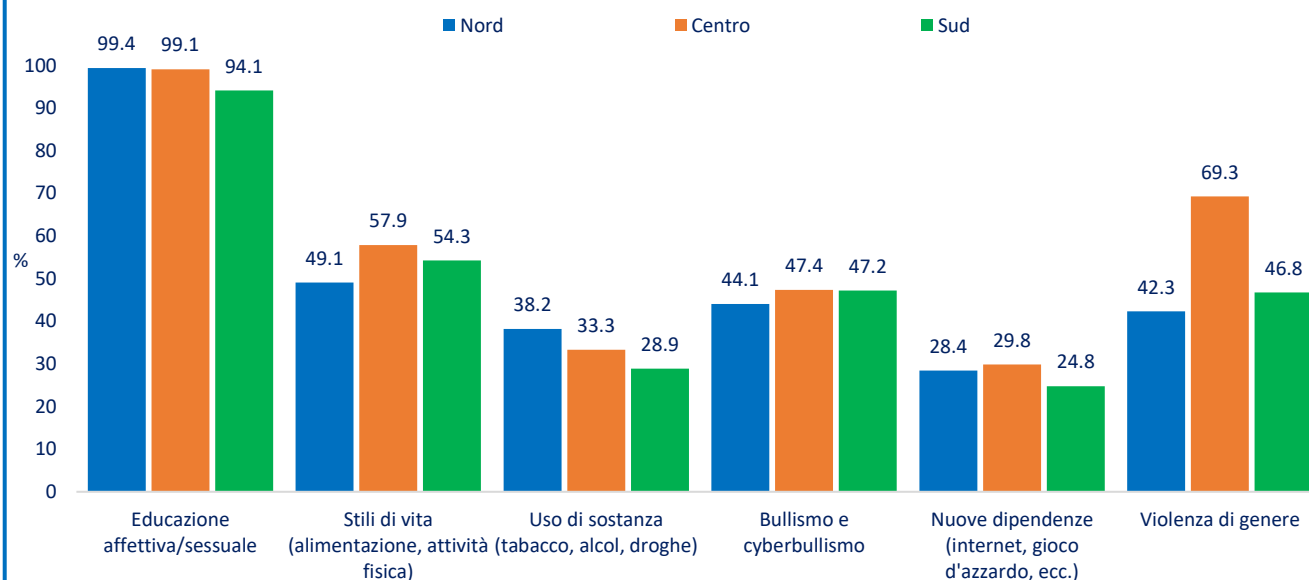
Secondo il POMI le principali attività di pertinenza dei CF nell'area della salute degli adolescenti sono quelle svolte negli ambiti collettivi, in primo luogo gli interventi di promozione della salute nelle scuole. La Figura 37 illustra la distribuzione dei CF che hanno effettuato tali interventi nel 2017 e la modalità con la quale essi sono stati erogati. Al Nord e al Centro sono più frequenti gli interventi svolti in collaborazione con altri servizi della Asl e coordinati a livello di Distretto. Nonostante ciò, colpisce che ben il 49% dei CF del Centro non abbia effettuato alcun intervento nelle scuole.

Figura 37. Realizzazione di interventi di promozione della salute nelle scuole per area geografica



Fra chi ha svolto attività nelle scuole la tematica più frequentemente affrontata (>94%) è ovunque l'educazione affettiva e sessuale; seguita dagli stili di vita, bullismo e cyberbullismo (Figura 38). Un consultorio su 3 affronta le tematiche dell'uso di tabacco, alcol e altre sostanze e delle nuove dipendenze (internet, gioco d'azzardo...). La violenza di genere è più frequentemente trattata negli interventi effettuati dai CF del Centro rispetto al Nord e al Sud.

Figura 38. Tematiche affrontate negli interventi a scuola



Relativamente alla tipologia di interventi realizzati si evidenziano delle differenze geografiche (Figura 39) per quanto riguarda l'uso delle metodologie didattiche attive basate sulla *peer education*, il *role-playing* e tecniche espressive più utilizzate dai CF del Nord rispetto a quelli del Centro e del Sud.

Tali metodologie più innovative presuppongono la formazione specifica del personale coinvolto, che potrebbe essere meno disponibile al Sud (cfr pag. 13).

All'attività di promozione della salute svolta in ambito scolastico si affiancano i

punti di ascolto per gli adolescenti attivati dai consultori. La copertura delle attività consultoriali rivolte agli adolescenti è stata stimata assumendo come numeratori il numero di adolescenti che si sono recati nei punti di ascolto giovani (98.374 stimati in totale) e il numero totale di utenti adolescenti dei CF (183.610 stimati in totale) (Figura 40) e utilizzando come denominatore la popolazione regionale ISTAT di 12-24 anni del 2017. La copertura risulta complessivamente bassa per entrambi gli indicatori in tutte le Regioni. Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e anche se in misura minore, la Campania e la Sardegna sono le Regioni con un valore di copertura superiore al valore medio per entrambi gli indicatori.

Figura 39. Metodologie didattiche utilizzate negli interventi di promozione della salute effettuati nelle scuole

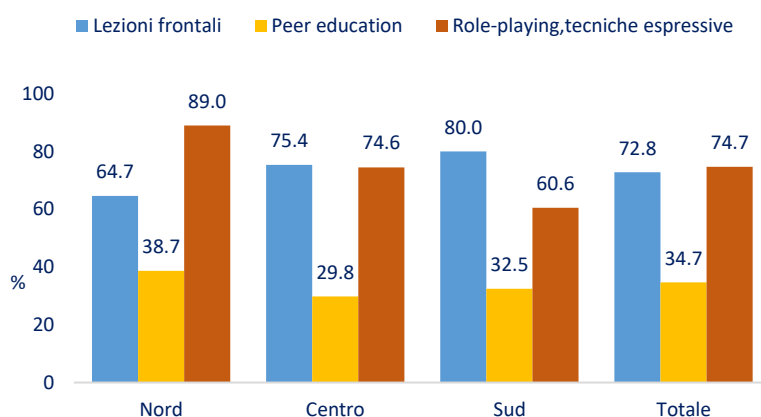
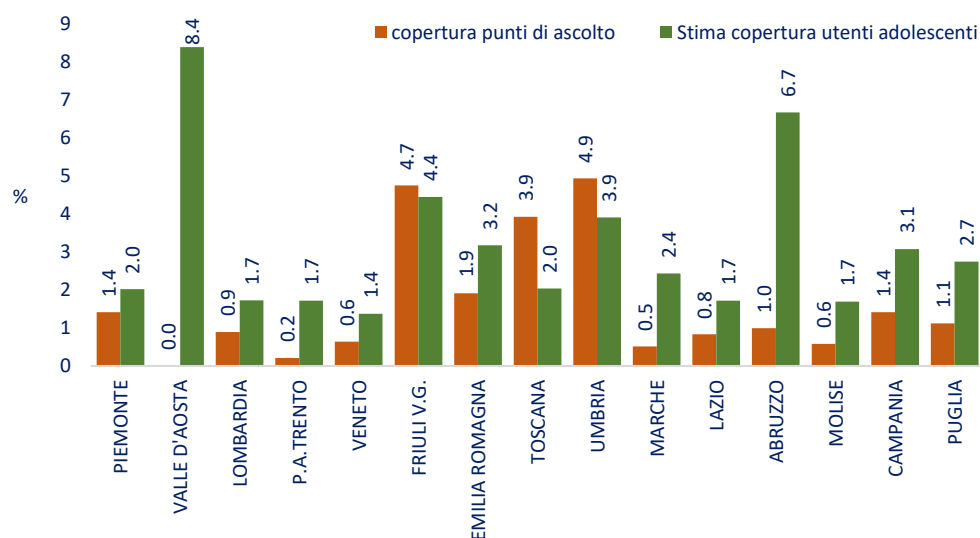


Figura 40. Copertura punti di ascolto giovani e utenti adolescenti rispetto a popolazione ISTAT 12-24 anni

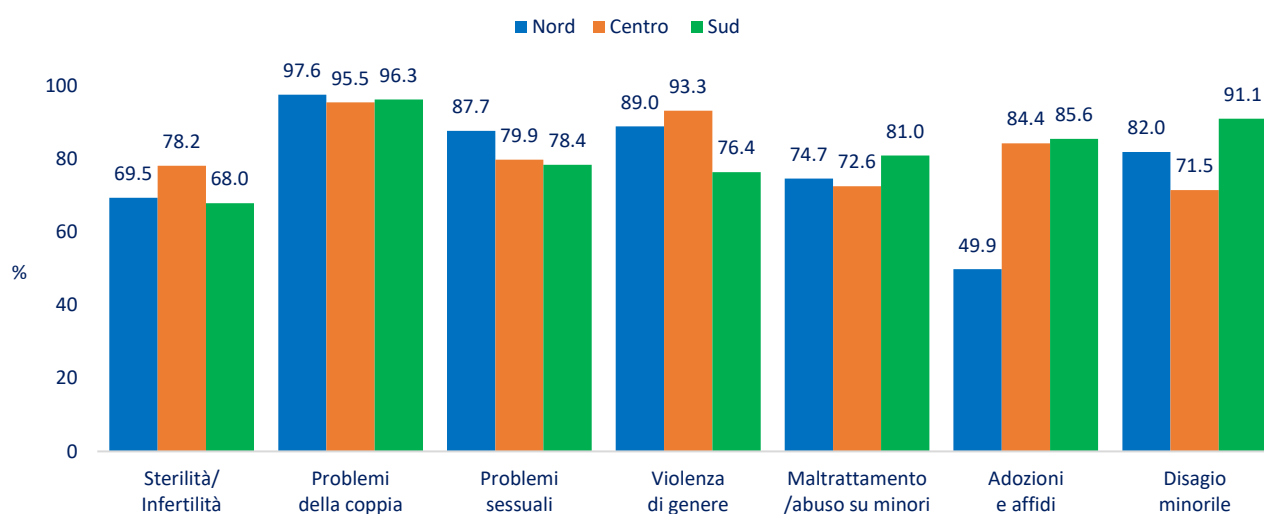


Nota: Il numero di utenti adolescenti nella Regione è stato stimato calcolando la media di utenti adolescenti sulla base dei CF che hanno riportato questa informazione. Il valore medio è stato quindi applicato anche ai CF per i quali l'informazione sul numero di utenti adolescenti era mancante. I valori ottenuti rappresentano comunque una sottostima non avendo tenuto conto dei CF che non hanno partecipato all'indagine.

I CF che riferiscono di effettuare attività nell'area coppia/famiglia sono 999. Per quanto riguarda gli ambiti di attività, quello più frequentemente riferito dai servizi riguarda l'area dei problemi della coppia (>95%). Una differenza consistente si rileva per quanto riguarda il tema delle adozioni che rientrano nelle attività del 50% dei CF del Nord a fronte di percentuali ben più elevate nel Centro e al Sud (84-87%).

Questa differenza è in parte il riflesso di una diversa attribuzione di funzioni relative al tema delle adozioni e affidi tra servizi territoriali nelle diverse Regioni (Figura 41).

Figura 41. CF che svolgono attività in ambiti specifici dell'area coppia/famiglia per area geografica



MESSAGGIO CHIAVE

- I CF, grazie alla disponibilità di una équipe multidisciplinare, sono in grado di rispondere a una molteplicità di bisogni relativi all'area adolescenti/giovani e coppia/famiglia.
- Gli interventi di promozione della salute psico-fisica rivolti agli studenti in ambiente scolastico risultano migliorabili in termini di offerta attiva, di tematiche affrontate e di metodologie didattiche utilizzate e necessitano di una maggiore integrazione tra servizi e di un migliore coordinamento a livello aziendale/distrettuale.