

## **Basi epistemologiche, epidemiologiche ed operative dell'attività dei Consulori Familiari secondo il POMI**

Michele E. Grandolfo

Tel.: 335 6881914; 347 7493079 – e-mail [michele.grandolfo@iss.it](mailto:michele.grandolfo@iss.it) ; maicol1945@libero.it

I Consulori Familiari (CF) sono stati istituiti nel 1975 sull'onda della pressione del movimento delle donne, che ne anticipò l'esistenza istituzionale con la realizzazione di servizi autogestiti.

Venivano concepiti come servizi innovativi, nello scenario della sanità pubblica del tempo, anticipando le linee di indirizzo della riforma sanitaria che subito dopo venne varata (legge 833/78).

### **Basi epistemologiche**

Il modello di stato sociale tradizionale, originato alla fine dell'ottocento, era caratterizzato dal paternalismo direttivo. La legge del 1888, Crispi-Paliani, recitava che l'Igiene Pubblica va comandata e non solo raccomandata. L'istituzione prima dei medici condotti e successivamente degli ufficiali sanitari rifletteva una impostazione "militare" tanto che il Commissariato della Sanità era un dipartimento del Ministero degli Interni, la sanità pubblica veniva considerata nella prospettiva dell'ordine pubblico. La storia della sanità pubblica in Italia testimonia gli indiscutibili successi di questo modello di stato sociale. Basterebbe solo citare gli enormi vantaggi di salute conseguenti la disponibilità dell'acqua potabile e il controllo delle acque reflue, oltre alla diffusione delle vaccinazioni storiche (vaiolo, difterite, polio e tetano): gli Ufficiali Sanitari, i Medici Provinciali e i Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi, assieme alle Assistenti Sanitarie visitatrici dell'ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia), furono i pilastri della sanità pubblica e gli artefici principali dei suoi successi.

Col crescere dello sviluppo socio-economico nella seconda metà del secolo ventesimo venivano proponendosi nuovi bisogni e la loro espansione richiedeva un adeguamento della disponibilità dei servizi, oltre alla sempre maggiore consapevolezza che il dettato costituzionale (art.32) non potesse rimanere a rappresentare diritti astratti ma finalmente esigibili.

I professionisti della salute videro espandere il loro campo d'azione con un potenziale rischio di autoreferenzialità e conflitto di interesse in quanto contemporaneamente a) interpreti del bisogno percepito di salute, che si andava prepotentemente proponendosi, da tradurre in domanda, b) erogatori diretti o indiretti della risposta e c) valutatori dell'efficacia dell'intervento.

L'autoreferenzialità veniva accentuata dalla teorica impossibilità di effettuare una valutazione scientifica di efficacia a livello individuale, mancando la possibilità della prova controfattuale. Per inciso, solo il metodo epidemiologico rappresenta il surrogato scientificamente accettabile della

prova controfattuale. Potrebbe sembrare una drammatica riduzione di opportunità il dover ricorrere a un surrogato per svolgere una funzione che è essenziale in ogni attività umana, quella del valutare se quanto si è fatto abbia effettivamente permesso di raggiungere, e in quale misura, gli obiettivi che hanno mosso all'azione.

In realtà, quello che in prima istanza sembra una limitazione si rivela un incredibile stimolo a riflettere sui meccanismi della conoscenza. Infatti, la limitazione ci porta a riflettere che la mancanza della prova controfattuale (cioè l'impossibilità di tornare indietro nel tempo e provare altre alternative) deriva dall'aver a che fare con processi vitali e, quindi, irreversibili ed è, pertanto, impossibile prevedere con assoluta certezza il risultato corrispondente a una azione: non si ha a che fare con sistemi macchinici ideali (anche quelli reali, per via dell'attrito, determinano margini di incertezza, seppure modesti) ma con sistemi complessi che possono essere gestiti e compresi solo probabilisticamente.

Inoltre, nella valutazione epidemiologica si ha a che fare con diverse persone, "in gruppi di campioni rappresentativi", si impone, pertanto, una riflessione sulle variabili da tenere sotto controllo e, quindi, da una parte si esce dalla dimensione individuale e, dall'altra, si deve tener conto dei determinanti sociali. Quindi, il metodo epidemiologico sposta l'attenzione dall'individuo alla comunità e pone la questione della definizione operativa della comunità e, soprattutto dei determinanti delle sue articolazioni.

Poiché tali articolazioni sono iscritte nel sociale, l'approccio epidemiologico presenterebbe gravi carenze scientifiche se scegliesse come paradigma epistemologico un modello biomedico di salute e non un modello sociale.

L'impostazione autoritaria del modello paternalistico-direttivo aggrava il rischio del conflitto di interesse quando l'espansione dei bisogni e le maggiori disponibilità di risorse rendono appetibile al mercato l'area della salute e, quindi, viene promossa la proliferazione dell'offerta di prestazioni, anche quando non ci sono prove scientifiche accumulate che ne sostengano l'efficacia o quando non c'è la condizione che ne giustifica l'impiego.

È di tutta evidenza che la scelta di un metodo scientifico - l'epidemiologia - per la valutazione della qualità e dell'impatto di sanità pubblica non è solo una questione di conoscenza ma anche una faccenda politica. Infatti, le tasse e i contributi sanitari dei cittadini forniscono le risorse al sistema socio-sanitario e il risultato atteso non può essere che: efficacia nella pratica, appropriatezza ed equità.

L'equità rende conto dell'obbligazione finale della sanità pubblica: ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. Se questo obiettivo viene raggiunto ogni persona della comunità nazionale ne trae beneficio, qualunque sia la sua condizione sociale, perché lo stato di salute di ciascuna persona dipende da quello di tutte le altre, nessuna esclusa. Questo risultato, scientificamente comprovato, giustifica la proporzionalità in relazione al reddito della contribuzione per garantire i servizi sanitari.

L'equità rappresenta anche la condizione perché gli indicatori di esito, calcolati, come non potrebbe essere altrimenti, a livello di popolazione si modificano significativamente. Infatti, nella generalità dei casi, le sezioni di popolazione affette da deprivazione sociale sono anche quelle, e non è una sorpresa se si assume un modello sociale di salute, che producono con più frequenza e/o con maggiore gravità eventi e condizioni di sofferenza.

È interessante rilevare come il modello di welfare direttivo-paternalistico sosteneva anche l'idea che le prestazioni proposte fossero sempre da assumere come valide in quanto formalmente scelte secondo scienza (ma quale scienza?) e coscienza, per cui la valutazione poteva limitarsi a un aspetto di apparente efficienza: "quante prestazioni nell'unità di tempo?" Apparente efficienza, infatti, se l'efficienza è definita come efficacia acquisita, a numeratore, e risorsa impiegata, a denominatore, se l'efficacia è zero (intervento inefficace o inappropriato) qualunque quantità si disponga a denominatore, l'efficienza risulta sempre zero.

Ciò implica che è interessante solo una valutazione di qualità, rappresentata da indicatori di salute validi e, pertanto, misurabili. Solo la qualità, valutata scientificamente, e non le prestazioni, è il corrispettivo adeguato alle tasse pagate dai cittadini.

Il punto è che la qualità può essere apprezzata in modo rigoroso solo quando si considera coinvolta nell'intervento tutta la popolazione per la quale l'intervento stesso è indicato, perché qualunque forma di selezione può pregiudicare la valutazione in quanto fattore della qualità potrebbe essere quello stesso della selezione, piuttosto che l'intervento.

Cioè a dire che un sistema sanitario pubblico universale è l'unico contesto in cui l'azione può essere valutata in modo rigorosamente scientifico. È l'unico contesto in cui il processo continuo della valutazione è il più formidabile meccanismo per il progresso delle conoscenze.

Infatti, la professionalità non è rappresentata dall'esecuzione a regola d'arte di procedure standardizzate (le macchine a controllo numerico farebbero molto meglio tale attività) ma dalla

capacità di riconoscere le deviazioni della realtà effettuale dalle previsioni secondo il modello interpretativo e più in generale dalla visione del mondo, cioè dalla capacità di riconoscere gli errori e saper “vedere” una nuova prospettiva per il cambiamento del modello operativo o per il cambiamento dei paradigmi epistemologici che lo sottendono.

Tutto ciò in un contesto in cui è operativo il confronto tra pari e in cui gli stimoli più ricchi provengono dalle sollecitazioni più estreme: sono proprio le condizioni di maggiore alterità a mettere alla prova la qualità dei modelli operativi e, più in generale la visione del mondo.

Nella seconda metà del secolo 20°, all’espansione delle risorse si associava la maturazione di un conflitto sociale in cui si rivendicava il diritto da parte dei produttori della ricchezza di goderne. La rivendicazione dell’autonomia del salario (variabile indipendente) corrispondeva alla rivendicazione da parte dei produttori allargati di ricchezza sociale della titolarità nella espressione dei bisogni, con il rifiuto della tutela e l’assunzione della condizione di competenza nell’autodeterminazione: i gruppi omogenei operai andavano rivendicando il diritto di autorappresentare il proprio stato di salute, persino i malati di mente riuscirono a conquistare il diritto alla parola.

Ma il fenomeno più potente fu il movimento delle donne che, con la proposizione del punto di vista di genere, rivendicavano l’autonomia della persona e il rifiuto dei ruoli, andando così a scardinare le radici del patriarcato come fondamento delle radici sociali delle relazioni di potere.

Il tema della salute e della sua promozione diveniva paradigmatico in quanto in grado, più che in ogni altra situazione, di far emergere le caratteristiche del modello di welfare e i paradigmi epistemologici del modello di salute.

I conflitti sociali imponevano il modello sociale di salute (le “cause” sociali sono dietro le “cause” biologiche dello stato di salute) e proponevano un modello di welfare basato sulla partecipazione e sulla capacitazione (empowerment) delle persone e delle comunità, riconoscendo loro le competenze potenziali da valorizzare: si era in presenza di una rivoluzione copernicana.

Per inciso, nello stesso periodo andava sviluppandosi l’esperienza iniziata in Bangladesh da Yunus, il banchiere dei poveri (premio Nobel 2006), con il microcredito, per sostenere il controllo autonomo del proprio stato sociale da parte delle persone, contro il miserabile assistenzialismo. E non è un caso che fossero le donne (oltre il 97%) a usufruire del microcredito per sviluppare attività produttive in grado di garantire il sostentamento della famiglia e l’istruzione dei figli. Centinaia e

centinaia di milioni di persone hanno potuto cambiare il proprio stato dalla miseria alla dignità, grazie all'intuizione geniale che ogni persona, e se è donna ancora di più, ha potenzialità da promuovere. Questo le donne del Sud del mondo affermarono con forza nella conferenza di Pechino del 1995, proponendo l'empowerment, contro le proposte del Nord di offrire tutela ed assistenzialismo. Sempre Yunus, recentemente, ha promosso il microcredito ai mendicanti (almeno centomila si sono fatti coinvolgere), dando loro la possibilità di recuperare la dignità e il rispetto di sé e dimostrando che proprio tutti, nessuno escluso, sono portatori di potenzialità da valorizzare.

Nel modello sociale di salute l'assunzione della competenza della persona è essenziale, a partire dalla constatazione che tali determinanti della salute possono essere conosciuti adeguatamente solo se la persona stessa viene messa in condizione di poterli esprimere. Sia l'attività di cura e riabilitazione, dal processo diagnostico alla costituzione dell'alleanza terapeutica, sia l'attività di promozione della salute devono partire necessariamente dal riconoscimento, da parte dell'operatore e della persona, dei determinanti sociali, attraverso la riflessione sui vissuti quotidiani e sulla memoria storica della comunità di appartenenza. Ed è compito professionale primario di chi opera per la tutela e promozione della salute esercitare l'arte della maieutica nella relazione con la persona, perché faccia emergere alla propria consapevolezza e a quella del professionista i determinanti sociali del proprio stato di salute.

Oggi si parla di medicina narrativa, ma se la medicina non è narrativa che cosa è?

In quella temperie nasce la spinta per la creazione di nuovi servizi: con competenze multidisciplinari per una visione olistica della salute e in grado di agire in modo integrato per la promozione della salute.

Un welfare della partecipazione significa che è competenza dell'operatore (dell'equipe multidisciplinare) interagire con la persona in un rapporto paritario basato sul rispetto, sulla gentilezza, sull'empatia, sulla compassione e sull'umiltà.

Significa anche che, quando la comunicazione non è efficace perché si frappongono barriere, è compito dell'operatore riconoscerne la natura (fisica, psicologica, culturale, sociale, etica, antropologica) assumendo con umiltà (base fondamentale per la conoscenza) la responsabilità dell'errore di comunicazione.

L'errore nasce dalla inadeguatezza del modello interpretativo che viene assunto nell'interagire con la persona e tale inadeguatezza può dipendere dai paradigmi che sostengono la visione del mondo del professionista. Cogliendo i segnali con attenzione, con grande disponibilità all'ascolto ed

eventualmente investigando sui motivi della non accettazione, il professionista può essere in grado di stimare i fattori di rischio del fallimento della comunicazione e tentare creativamente strade innovative.

L'umiltà è essenziale per mettere in discussione la propria visione del mondo e per evitare di cadere nella trappola autoreferenziale del biasimo delle vittime, vera tomba della professionalità e, con essa, della sanità pubblica.

A sostenere il paternalismo direttivo stava un modello biomedico di salute, riduzionista e deterministico.

Come si è detto, tali modelli di stato sociale e di salute sono stati messi pesantemente in discussione all'inizio degli anni '70 del secolo scorso dal movimento dei gruppi omogenei operai (Maccacaro), da Basaglia con la liberazione dall'inferno concentrazionario dei malati di mente e il riconoscimento del loro diritto alla parola e, soprattutto, dal movimento delle donne, con la proposizione del punto di vista di genere. Queste istanze ponevano potentemente all'ordine del giorno la soggettività e l'autodeterminazione.

La questione di fondo era il rifiuto di un modello di salute biomedico nella convinzione che i "fattori sociali", storicamente determinati, sono le cause dietro le cause biologiche dello stato di salute. E i determinanti sociali sono anche espressione delle relazioni di potere tra le persone.

Per questo il movimento delle donne ha avuto un ruolo così decisivo nel proporre la messa in discussione delle relazioni di potere basate sul genere e la contestazione del patriarcato come espressione di dominio.

La proposizione di un modello sociale di salute si accompagnava a una nuova visione di stato sociale, a partire dalla convinzione che i determinanti sociali sono dicibili e modificabili solo dalle persone e dalle comunità. Ciò implicando un approccio relazionale basato sulla partecipazione e sulla capacitazione (empowerment), a partire dal sostegno, con l'arte socratica della maieutica, alla persona nella capacitazione a parlare di sé e nel riflettere sulla propria condizione. Pertanto se la medicina non è narrativa, non è medicina.

Così, con il modello biomedico di salute si metteva radicalmente in discussione anche il modello di stato sociale paternalistico direttivo.

I Consultori Familiari furono fondati nella prospettiva di sostenere le persone nello sviluppo della consapevolezza e delle competenze (empowerment), a partire dal riconoscimento del punto di vista di genere, e per fare ciò si presentavano come servizi sociosanitari, con competenze multidisciplinari, per cogliere in modo integrato i determinanti della salute e, a partire dalla loro conoscenza, agire in termini di promozione della salute.

Si dimostrava così chiaramente la connessione tra il paradigma epistemologico del modello sociale di salute con quello del modello di stato sociale (welfare) della partecipazione e dell'empowerment. La finalità della promozione della salute ha rappresentato la scelta innovativa per l'attività dei Consulenti Familiari.

Ma che cosa è la promozione della salute? La Carta di Ottawa ne dà una sintesi: l'insieme delle attività che hanno come obiettivo l'aumento della capacità delle persone e delle comunità di avere controllo sul proprio stato di salute.

La promozione della salute, secondo tale definizione, rappresenta il suggello dei due paradigmi epistemologici e i consulenti familiari ne rappresentano la potenziale materializzazione.

Oltre alla legge istitutiva dei consulenti familiari, nel 1978 vennero varate tre leggi fondamentali che incorporavano significativamente le istanze che in quegli anni erano state poste all'ordine del giorno: la legge 180, la legge 194 e la legge 833. La legge 180 riconosceva pienamente la dignità della persona anche quando affetta da patologia mentale, la legge 194, nel porre rimedio alla piaga dell'aborto clandestino, riconosceva alla donna il diritto all'ultima parola, la legge 833 poneva al centro la promozione della salute, scardinava un modello centralistico, paternalistico e direttivo riconoscendo la centralità della persona contro l'autoreferenzialità dei professionisti (orientati secondo un modello biomedico di salute e con l'attitudine paternalistico-direttiva) trasferendo il ruolo di autorità sanitaria dal professionista (l'ufficiale sanitario, peraltro con meriti storici indiscutibili) al sindaco, come rappresentante istituzionale più prossimo alla comunità locale. Al sindaco stesso veniva assegnato il ruolo di presidente della Conferenza Sanitaria Locale, organo consultivo della USL, con il compito centrale di verificare che la programmazione operativa delle attività della USL fosse coerente con il piano sanitario regionale, adattando quanto necessario alle esigenze della comunità locale, nell'ipotesi che il piano regionale fosse a sua volta coerente con il piano sanitario nazionale, approvato con legge, indicante gli obiettivi di salute (e quindi i diritti di salute esigibili) come corrispettivi delle tasse pagate dalla comunità nazionale. Nella legge 833 veniva considerato l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) organo tecnico scientifico del Servizio Sanitario Nazionale e sede dell'osservatorio epidemiologico nazionale, in rete con gli osservatori epidemiologici regionali, strumento essenziale per la valutazione della qualità complessiva del SSN, testimoniata da adeguati indicatori di processo, di risultato e di esito, determinati per condizione sociale e per area geografica, al fine di verificare il perseguimento degli obiettivi di salute, sanciti dalla legge, in ogni contesto geografico e in ogni contesto sociale.

Presupposto del funzionamento del sistema doveva essere proprio la valutazione continua della qualità. Alla conferenza sanitaria locale competeva ovviamente anche il ruolo di verificare quanto il complesso delle attività effettivamente garantisse i diritti di salute.

La resistenza verso l'innovazione è stata espressa attraverso il rifiuto sistematico della valutazione della qualità delle attività, a tutti i livelli, a partire dalla non determinazione degli obiettivi di salute, scientificamente definiti, e degli indicatori di esito, risultato e di processo. Gli esercizi di elaborazione di piani sanitari erano più che altro libri dei sogni e non strumenti di governo. D'altronde, assumendo i vecchi paradigmi, che bisogno c'era di valutazione? Nel modello biomedico di salute chi sa, il tecnico, deve agire secondo "scienza e coscienza" e la valutazione semmai avrebbe riguardato la conoscenza e la deontologia ma come dubitare della sapienza e dell'onestà intellettuale del taumaturgo? D'altronde, se le cose vanno bene è merito del taumaturgo, se vanno male è il corso della natura. È l'autoreferenzialità fatta sistema con l'esplosione del conflitto di interesse: perché il professionista traduce il bisogno percepito di salute in domanda di salute, fornisce la risposta e si arroga l'esclusività del giudizio sulla validità dell'operare.

In realtà, i processi vitali sono irreversibili e non deterministici, fortemente condizionati dal contesto sociale, economico ed antropologico. Ogni modello scientifico per la loro rappresentazione è, in quanto tale, con una conosciuta e calcolabile probabilità di essere fallibile (altrimenti non sarebbe un modello scientifico). Pertanto la valutazione, condotta con adeguate procedure epidemiologiche, è condizione indispensabile per il progresso della conoscenza, oltre che per il miglioramento continuo delle competenze professionali, attraverso l'aggiornamento professionale continuo in un circuito virtuoso di programmazione, valutazione e formazione.

Il tradimento della legge 833/78 è conseguenza del rifiuto della maggioranza degli operatori del servizio sanitario di rinunciare al paternalismo direttivo e di riconoscere, conseguentemente, la necessità di assumere un modello sociale di salute. Una significativa dimostrazione di ciò è la sistematica azione di emarginazione e svalorizzazione dei consultori familiari. L'esplosione dell'inappropriatezza, nel far lievitare i costi, garantisce il mercato della salute. Le cosiddette riforme della 833, rappresentate sinteticamente dall'aziendalizzazione, rappresentano clamorosamente l'imbroglio perpetrato. In effetti un'azienda non è soltanto interessata a produrre di più a costi contenuti beni da mettere sul mercato, ma se i beni sono di bassa qualità non hanno mercato, e non c'è azienda che non si doti di un controllo di qualità perché non può permettersi di scoprire dalla risposta del mercato che la qualità non è adeguata. Con l'aziendalizzazione delle USL e degli ospedali l'unica valutazione riguarda il numero di prestazioni senza preoccuparsi dell'appropriatezza, sostenendo così l'autoreferenzialità degli operatori, che da grandi elettori e assicuratori di clientele si alleano ai politici di turno. Ipotizzare livelli di spreco di risorse attorno al 30%, per interventi inappropriati o non efficaci sulla base di prove scientifiche, non è irrealistico.

Basti pensare, solo per fare degli esempi, all'uso sconsiderato degli antibiotici, all'eccesso di interventi diagnostico terapeutici nel percorso nascita, alla non promozione, sostegno e protezione



dell'allattamento al seno, all'uso generalizzato dell'anestesia generale nell'interruzione volontaria di gravidanza, per rendere ragionevole la stima del livello di spreco.

### **Basi epidemiologiche**

Se la promozione della salute ha come obiettivo l'aumento della capacità di controllo delle persone e delle comunità sul proprio stato di salute, come si misura l'efficacia di tale insieme di attività, tenendo conto che nessuna azione svolta con la singola persona è valutabile a livello individuale per la non disponibilità della prova controfattuale?

E ciò se è vero nell'attività di cura, in cui comunque usualmente si osserva una transizione di stato che però può avvenire grazie, nonostante o indipendentemente dalle cure, è a maggior ragione vero nella promozione della salute.

L'azione deve essere in grado di coinvolgere la persona, con l'arte socratica della maieutica, in un processo di riflessione sul proprio vissuto quotidiano, sulla memoria storica della comunità di appartenenza al fine di promuovere, alla luce delle nuove conoscenze, proposte criticamente, e delle possibili soluzioni e con il corredo del rischio di errore per tutte le alternative, consapevolezza e competenza per scelte responsabili ed autonome. Si tratta, quindi, di un vero e proprio processo di empowerment.

La promozione della salute determina una riduzione del rischio di eventi sfavorevoli (per il maggior controllo del proprio stato di salute), produce “non eventi” e, quindi, determina una riduzione del tasso di incidenza degli eventi o del tasso di prevalenza delle condizioni di “sofferenza”, che si avrebbero senza l'intervento stesso nella popolazione di riferimento.

Ma la popolazione di riferimento non è omogenea rispetto al rischio e, assumendo un modello sociale di salute, non è una sorpresa riconoscere che il rischio è maggiore in quelle sezioni di popolazione maggiormente esposte a condizioni di deprivazione sociale, caratterizzate in primo luogo da scarsa capacità di “cercare salute” (lack of health seeking behaviour). Il coinvolgimento di tutte le sezioni sociali della popolazione, soprattutto quelle a maggior rischio, nel processo di promozione della salute è fondamentale.

La conoscenza delle articolazioni sociali della popolazione rispetto al rischio è il cardine epidemiologico delle strategie di promozione della salute. Infatti, se non vengono coinvolte efficacemente tutte le persone in tutte le articolazioni, soprattutto in quelle a maggiore deprivazione sociale, non si osserveranno modificazioni significative degli indicatori di esito.

La non omogeneità della distribuzione del rischio fa sì che non c'è relazione lineare tra livello di coinvolgimento della popolazione (tasso di rispondenza) e livello di riduzione dell'indicatore di esito: ipotizzando una popolazione di 10000 unità, di cui il 20% (2000) con rischio 5% e l'80% a rischio 0.5%, nelle due sezioni verranno prodotti 100+40 casi (tasso  $14/1000 = 0.014$ ); se l'intervento di promozione, efficace nell'annullare il rischio, coinvolge efficacemente il 10% della sezione più a rischio e il 90% di quella meno a rischio, dalla prima sezione si produrranno 90 casi residui (5% di 1800) e dalla seconda sezione 4 casi (0,5% di 800), per un totale di 94 casi. Il tasso di rispondenza totale è  $200+7200=7400$  su 10000, pari al 74%, mentre il numero di eventi residui è 94, con un tasso di 94 su 10000, cioè 0.0094, con una riduzione del tasso di incidenza pari a  $[(0.0094-0.014)/0.014] \times 100 = -32.9\%$ . A un tasso di rispondenza del 74% corrisponde una riduzione del tasso di incidenza di poco meno del 33%.

Se il cardine epidemiologico delle strategie di promozione della salute è l'identificazione della popolazione bersaglio e le sue articolazioni rispetto al rischio, il cardine operativo è l'offerta attiva. Offerta: ci si rivolge alla persona, sia perché accetti di farsi coinvolgere, sia per attivare il processo di empowerment (arte socratica della maieutica), con rispetto, gentilezza, empatia, compassione (intesa nel senso etimologico del termine e non nel senso miserabile di commiserazione) e umiltà.

Attiva: se la persona non accetta di farsi coinvolgere o il processo di coinvolgimento non è efficace è responsabilità del professionista investigare sugli errori commessi nella comunicazione o nella relazione per identificare le barriere della comunicazione (che possono essere iscritte nelle dimensioni fisiche, psicologiche, sociali, culturali, etiche ed antropologiche), cercando soluzioni, anche innovative, raccogliendo gli stimoli, i segnali e i suggerimenti che la persona e/o la sua comunità di appartenenza possono più o meno esplicitamente inviare. Di qui l'importanza dell'umiltà come fondamentale e primaria competenza professionale.

Risulta quindi decisivo rifuggire da messaggi standardizzati (ogni persona è diversa) e, a maggior ragione, da informazioni veicolate con i tradizionali mezzi di comunicazione di massa che sono unidirezionali. Questi, di scarsa utilità, al più sono utili come sostegno e sfondo alla comunicazione individuale in cui, ripudiando il paternalismo direttivo, si lavora interattivamente per la presa di coscienza e per la promozione, la valorizzazione e il sostegno delle competenze a partire dalla riflessione sui vissuti e sulla memoria storica della comunità di appartenenza.

Parlare di popolazione bersaglio questo significa: è responsabilità dell'arciere raggiungere con la freccia il bersaglio, non è il bersaglio a muoversi per intercettare la traiettoria della freccia stessa.

La conoscenza dei modi di vivere sociale delle specifiche popolazioni con le quali si deve intervenire, l'utilizzo di canali già dimostratisi praticabili per altri interventi, anche da parte di altri servizi ed istituzioni è raccomandabile. Le persone più attive nella popolazione possono

rappresentare formidabili aiuti nel fornire suggerimenti per intercettare le persone, soprattutto quelle più difficili da raggiungere.

Deve essere costantemente presente la consapevolezza che le persone più difficili da raggiungere (hard to reach) sono anche quelle più a rischio e si è già evidenziato come non raggiungerle adeguatamente può mettere in discussione il successo della strategia in quanto gli indicatori di esito subiscono una modificazione molto minore di quanto desiderabile per giustificare la ragione dell'impegno di sanità pubblica e la priorità dell'intervento.

Se gli indicatori di esito servono per valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti e in quale misura, l'indicatore di processo, dato dal tasso di rispondenza è il primario indicatore da assumere nel monitoraggio e nella valutazione. Per quanto detto questi indicatori debbono essere disponibili per ogni stratificazione sociale della popolazione di riferimento. Loro differenziali per stratificazione sociale rappresentano comunque un segnale importante di scarsa qualità nell'offerta attiva e/o scarsa qualità nel processo di empowerment.

Gli indicatori di risultato descrivono l'efficacia nella pratica delle azioni nel determinare i risultati attesi perché gli obiettivi siano raggiunti.

In definitiva, si può parlare di strategie di promozione della salute quando vengono definiti obiettivi misurabili attraverso opportuni indicatori di esito o "outcome" (per es. riduzione di incidenza di una malattia prevenibile mediante vaccinazione, riduzione di incidenza del tumore del collo dell'utero, aumento della prevalenza di bambini allattati esclusivamente al seno al 6° mese di vita, ecc.), attraverso i quali valutare se siano stati raggiunti gli obiettivi.

Questi ultimi possono essere conseguiti solo se sono stati ottenuti risultati significativi, misurabili con altri adeguati indicatori di risultato o di "output" (per es. percentuale di siero conversione; percentuale di donne identificate positive dal Pap-Test che completano il ciclo specifico dei trattamenti previsti; percentuale di donne che sono in grado di risolvere un problema di allattamento o sono in grado di rivolgersi a chi le aiuta a risolvere efficacemente il problema, sul totale delle donne che hanno problemi nell'allattamento).

Lo svolgimento delle attività necessarie per ottenere i risultati attesi è a sua volta misurabile attraverso specifici indicatori di processo (per es. percentuale di persone vaccinate sul totale di quelle candidate alla vaccinazione, percentuale di donne che effettuano un Pap-Test sul totale di quelle invitate, percentuale di donne che accettano una visita domiciliare per ricevere counselling e sostegno all'allattamento materno, sul totale delle donne che partoriscono).

Si deve attentamente riflettere sul fatto che uno scadente tasso di rispondenza è prognostico di scarsa qualità in generale e in ogni stratificazione sociale, soprattutto quando si evidenziano differenziali. Le competenze professionali per farsi accettare sono le stesse necessarie per attivare il

processo di empowerment: rispetto, gentilezza, empatia, compassione ed umiltà. Cioè a dire che se tali competenze sono scarse il primo effetto è la ridotta adesione, soprattutto per quelle sezioni di popolazione affette da deprivazione sociale rispetto alle quali le barriere della comunicazione possono essere molto consistenti. Ma anche le persone che comunque accettano di farsi coinvolgere possono essere esposte a una esperienza meno valida proprio a causa della minore qualità di quelle competenze professionali. Usualmente l'approccio direttivo-paternalistico, esplicito o più o meno mascherato, produce i maggiori danni, determinando una minore rispondenza, soprattutto nelle condizioni di deprivazione sociale, a cui si associa una minore qualità dei risultati tra le persone raggiunte, con conseguente scarso miglioramento degli indicatori di esito.

Come si è detto, la promozione della salute ha come obiettivo l'aumento della capacità di controllo da parte delle persone sul proprio stato di salute. Poiché ciò comporta una maggiore competenza a ridurre l'esposizione ai rischi, la valutazione dell'efficacia (meglio sarebbe dire l'impatto) di una strategia di promozione della salute si effettua osservando una significativa modificazione degli indicatori di esito (tassi di incidenza o di prevalenza), non altrimenti giustificata.

Ma proprio perché si tratta di un processo di empowerment si valuta l'efficacia della strategia anche osservando con indicatori adeguati l'aumentata capacità delle persone di cercare salute: aumenta la richiesta di aiuto, per problemi che prima non si pensava potessero trovare soluzione, o per i quali non si aveva idea a chi rivolgersi o, ed è il caso più interessante, perché di quei problemi si provava vergogna e non si aveva il coraggio di esplicitare, anche perché vissuti come esperienza di fallimento di vita, basti pensare all'iceberg del disagio familiare soprattutto quando sostenuto da manifestazioni di violenza. Avere consapevolezza di questa opportunità è fondamentale per non cedere alla tentazione di organizzare "sportelli" per le condizioni di disagio (disagio familiare, violenza sulle donne, disagio adolescenziale, ecc.) sempre esposti al rischio di stigmatizzazione delle vittime, comunque in grado di avere a che fare con la punta dell'iceberg, in ogni caso con il problema esploso e non in fase prodromica. A quel punto non servono più servizi di primo livello ma servizi terapeutici almeno di secondo livello, per esempio per il recupero di un bambino maltrattato e per la terapia familiare per una famiglia maltrattante o per interventi psicoterapeutici. Anche da queste considerazioni deriva l'importanza che nei servizi consultoriali, di primo livello perché dedicati prioritariamente alla promozione della salute, siano previste figure professionali esperte di patologia (ginecologo, psicologo, pediatra), in grado quindi di effettuare la presa in carico ed eventualmente, quando il problema richiede un intervento complesso, di riferire a servizi di

secondo livello. Gli esperti di patologia sono ovviamente necessari anche per accogliere la eventuale richiesta di aiuto spontanea, sempre per interventi di prima istanza e di filtro.

Una ulteriore manifestazione, preziosissima, di una efficace azione di empowerment, sempre apprezzabile con opportuni indicatori, è il desiderio delle persone che hanno acquisito consapevolezza e competenze di farsi parte dirigente verso altre persone, sia nel facilitare il superamento delle barriere testimoniando la credibilità dei servizi, sia svolgendo una attività di aiuto tra pari, costituendo gruppi di auto aiuto, attivando momenti di coinvolgimento della comunità per la presa di coscienza sui diritti di salute e sulle possibilità di intervento.

Questo aspetto può rappresentare una possibilità straordinariamente importante quando si ha a che fare con adolescenti, coinvolti primariamente nel contesto scolastico con gli incontri di educazione sessuale e, a partire da tali incontri, stimolati in piccoli gruppi ad approfondire, nel contesto della didattica curricolare, vari argomenti di salute (dagli aspetti della sessualità e della salute riproduttiva, alla nascita, l'alimentazione, gli stili di vita, le relazioni di genere, gli indicatori di salute essenziali per valutare lo stato di salute della comunità e la qualità dei servizi socio-sanitari nel loro complesso). Si possono sviluppare interessantissime connessioni tra i vissuti e la memoria storica della comunità di appartenenza, recuperati con interviste nella comunità, e l'esperienza umana globale espressa nella storia, nella letteratura, nell'arte, confrontando culture nella loro evoluzione nel tempo e nelle espressioni geografiche delle diverse civiltà.

Il corpo docente, opportunamente supportato, può svolgere un ruolo prezioso, nell'esercizio professionale della didattica, nel guidare i gruppi. La disponibilità di Internet moltiplica le potenzialità di tali sviluppi, con conseguenze straordinarie di fidelizzazione alla scuola. Lo spazio adolescenti (per esempio un pomeriggio a settimana a loro esclusivamente dedicato) nel consultorio o in altro luogo fisico può essere l'occasione per gli approfondimenti delle riflessioni e delle conoscenze acquisite con gli operatori consultoriali. Così si creano condizioni non stigmatizzanti perché una condizione di disagio trovi un canale, facilitato e schermato, di espressione e di conseguente presa in carico (altro che sportelli di ascolto nelle scuole!). Appaiono evidenti altre straordinarie potenzialità nel momento in cui i prodotti delle "ricerche ed approfondimenti", espressi sul piano letterario, drammatico o artistico, vengono proposti alla comunità connettendo vissuti e memoria storica locale con l'esperienza umana globale. È la scuola (e l'età evolutiva) che si fa promotrice di salute nella comunità. Si pensi al contributo formidabile delle persone in formazione che acquisiscono e diffondono gli strumenti per la rappresentazione dello stato di salute della comunità con validi indicatori, perché la comunità abbia una più adeguata consapevolezza del proprio stato di salute e dei conseguenti diritti esigibili (altro che la difesa di ospedali obsoleti e

inadeguati alla gestione della terapia intensiva, come deve essere il terzo livello! Più probabilmente maturerebbe la consapevolezza della necessità di servizi poliambulatoriali con annesso pronto soccorso di secondo livello.). Centri anziani, associazioni culturali e centri sociali e altri luoghi di aggregazione possono essere le sedi privilegiate, anche con il supporto logistico delle autorità comunali (peraltro autorità sanitaria) e il possibile sostegno finanziario delle forze produttive locali.

### **Basi operative**

Interventi individuali, sporadici di promozione della salute non hanno significato di sanità pubblica perché non valutabili. Si devono considerare strategie di promozione della salute.

Una strategia di prevenzione e promozione della salute deve prevedere un modello organizzativo che, tenendo conto delle caratteristiche della popolazione e delle risorse disponibili e di quelle potenzialmente attivabili (anche provenienti dalla popolazione stessa), preveda che ogni singola persona sia raggiunta da operatori motivati ed addestrati in grado di farsi accettare con modalità di comunicazione modulate sulle caratteristiche della persona e quindi capaci di tener conto degli aspetti culturali, relazionali, psicologici, etici, sociali e antropologici. L'espressione del rifiuto individuale deve essere considerato dall'operatore un formidabile stimolo a riflettere su potenziali errori di comunicazione su uno o più degli aspetti citati e impone l'obbligo, che la strategia operativa deve prevedere, di svolgere periodicamente una valutazione epidemiologica dei fattori di rischio associati al rifiuto e dell'entità della persistenza del problema nelle persone non raggiunte. Di qui l'importanza strategica dell'indicatore costituito dal tasso di rispondenza.

Per la progettazione operativa di una strategia di promozione della salute si deve partire da:

- a) una chiara definizione di obiettivi di salute specifici;
- b) una descrizione dei sistemi e degli indicatori di valutazione (di esito, di risultato e di processo che si sviluppano nel corso della progettazione operativa stessa);
- c) la identificazione della popolazione bersaglio (frazione della popolazione generale a rischio di produrre eventi o condizioni negativi che il programma di promozione della salute intende prevenire) e le sue articolazioni per livello di rischio;
- d) la identificazione di adeguate e articolate modalità di offerta attiva, con conseguente identificazione degli indicatori di processo;
- e) la caratterizzazione delle modalità di esecuzione di attività efficaci nella pratica, con conseguenti momenti di aggiornamento ed addestramento professionale;
- f) la ricerca e l'attivazione delle sinergie tra i servizi e le professionalità;
- g) la descrizione dei risultati attesi associati alle attività previste e agli obiettivi posti, e conseguente identificazione degli indicatori di risultato.

La progettazione deve anche prevedere indagini:

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

Dall'attività prevista per l'offerta attiva e per l'intervento è possibile calcolare i carichi di lavoro per ogni singola figura professionale, articolati nello spazio (bacini di riferimento consultoriale e di distretto) e nel tempo, anche al fine di caratterizzare i carichi di lavoro settimanale.

Nella valutazione dei carichi di lavoro è necessario calcolare i tempi anche considerando che, scelte le aree strategiche di intervento, è possibile innestare su queste programmi satellite. Inoltre, si deve tener conto del tempo necessario per la presa in carico di problematiche per le quali si esprime la richiesta di aiuto, stimolata dall'attività di promozione della salute. Se il percorso nascita, l'educazione sessuale nelle scuole e lo screening per il tumore del collo dell'utero sono certamente aree strategiche di intervento di promozione della salute, appaiono evidenti le possibilità di innestare programmi satellite.

Per esempio nel percorso nascita possono (devono) essere sviluppate la promozione della corretta alimentazione, a partire dalla promozione dell'allattamento al seno, la promozione della procreazione responsabile, tenendo conto che dopo la nascita la ripresa dei rapporti sessuali nella generalità dei casi avviene nella prospettiva di non avere subito dopo una nuova gravidanza, e così via. Dei possibili sviluppi si è già accennato nel caso dell'educazione sessuale nelle scuole. Nel caso dello screening con il Pap test, sarebbe assurdo organizzare i tempi operativi alla stretta esecuzione della manovra, senza cogliere la enorme opportunità, favorita da una accoglienza adeguata, di esplorare con la donna la dimensione della procreazione responsabile, del desiderio di fecondità, della prevenzione dell'obesità, della prevenzione del tumore del seno, della menopausa, tanto per citare aree di interesse di sanità pubblica riguardo la promozione della salute. Si ha a che fare, infatti, con donne di età compresa tra 25 e 64 anni, cioè donne attive, prevalentemente con responsabilità di cura familiari, veri pilastri della famiglia, in grado di irradiare alla stessa consapevolezza e competenze. Se si vuole arrivare alle famiglie è necessario farlo a partire dalle donne, se si vuole arrivare agli uomini bisogna partire dalle loro compagne di vita.

Come si è accennato prima, l'istaurarsi di una relazione valida favorisce l'espressione di un eventuale disagio familiare, soprattutto quello in fase prodromica, permettendo all'equipe consultoriale la offerta di aiuto e presa in carico.

È determinante per la crescita della professionalità nel campo della promozione della salute valutare continuamente i risultati acquisiti e gli obiettivi raggiunti, rispetto a quelli programmati e diviene essenziale porsi la domanda sul perché del non raggiungimento e quanto pesa la sua estensione nel non perseguimento degli obiettivi programmati. Il fallimento nel raggiungere le persone e nel loro coinvolgimento deve stimolare la/il professionista della promozione della salute a rimettere in discussione i modelli interpretativi e i paradigmi epistemologici assunti (la propria visione del mondo), rifuggendo dall'autoreferenzialità (cioè non biasimando le vittime, che appaiono brutte, sporche e cattive). Solo in questo modo si determinano le condizioni per trovare modalità innovative di comunicazione e di coinvolgimento.

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

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

Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile si possono individuare tre progetti strategici: percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori femminili. Tre priorità non tanto per la gravità e la frequenza dei problemi che possono essere prevenuti quanto, soprattutto, per l'alta possibilità di intervento e per la straordinaria esemplarità pedagogica (quanto aumenta la competenza dei professionisti, quanto si sviluppa l'empowerment delle persone e delle comunità).

Basti pensare alle relative popolazioni bersaglio: donne e coppie nella realizzazione concreta del desiderio di maternità e genitorialità, adolescenti in via di formazione, donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

Le donne nella massima potenza della loro attività di cura e sostegno della famiglia e quindi veri e propri pilastri della società, e adolescenti nel massimo della potenza formativa e quindi a più alta resa di investimento. Soggetti forti (altro che deboli e vulnerabili!) su cui l'approccio nei termini di



empowerment può avere il massimo di efficacia, non solo per le persone coinvolte, ma anche per tutte quelle con cui sono in relazione affettiva e sociale.

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

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

In questi tre programmi strategici è essenziale promuovere lo sviluppo delle consapevolezze sulla procreazione consapevole e nel far ciò si produce la migliore azione per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, come è stato ripetutamente raccomandato (anche nelle relazioni dei Ministri della Sanità al Parlamento sull'applicazione della legge 194/78) dalla seconda metà degli anni ottanta.

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

Ogni progetto strategico può essere tradotto in ore di lavoro per figure professionali per unità di popolazione bersaglio.

Per avere un'idea di prima approssimazione dei carichi di lavoro per figura professionale, in relazione alla realizzazione dei tre progetti strategici, si riporta un calcolo orientativo nell'ipotesi di un consultorio che opera in un bacino territoriale di 20000 abitanti:

| <b>Numerosità stimata delle popolazioni bersaglio in una comunità di 20000 abitanti</b> |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Nascite</b> (1% pop.tot.)  | 200 (di cui 100 prime nascite) |
| <b>Adolescenti</b> in una fascia di età annuale (1% pop.tot,)                           | 200                            |
| <b>Donne di età 15-49 anni</b> (25% pop.tot.)   | 5000                           |
| <b>Donne di età 25-64 anni</b> (30% pop.tot.)   | 6000                           |

### **Percorso nascita**

200 nascite attese per anno, 100 da primipare

**Gravidanza** - offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita, Obiettivo: 80% delle primipare

80 donne, 6 corsi con 10 incontri di 2 ore per un totale di 20 ore (h) per corso, più 20%: 144h/anno. Ipotizzando quali operatori vengono coinvolti in ogni singolo incontro e per quanto tempo, sommando su tutti gli incontri previsti per ogni corso, si ricava per ogni singolo operatore il tempo totale impegnato e quanta parte (in percentuale) è del tempo totale.

|     | Ostetrica | Ginecol. | Ass.soc. | Psicol. | Pediatra | Ass.san. |
|-----|-----------|----------|----------|---------|----------|----------|
| %*  | 75        | 35       | 20       | 30      | 30       | 20       |
| Ore | 108       | 50       | 28.8     | 43.2    | 43.2     | 28.8     |

\* percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/tore

**Puerperio** - Visite in puerperio, obiettivo 80% di tutte le donne che partoriscono in un anno

160 puerpere, 50% in Consultorio , 50% a domicilio.

1) in consultorio: 80 visite, 1h ciascuna per un totale di 80h,

per il 50% ,40, si ipotizza la necessità di una seconda visita, per un totale di 40h  
 per il 25% delle seconde visite, 10, si ipotizza una terza visita, per un totale di 10h  
 sottotale1: 130h/anno

- 2) a domicilio: 80 visite di 2h ciascuna per un totale di 160h  
 anche in questo caso si ipotizzano, con analoghe percentuali seconde e terze visite per un  
 totale di 80h e 20h, rispettivamente  
 sottotale2: 260h/anno

Totale: 390h/anno, più il 20%: 470h/anno

|     | Ostetrica | Ginecol. | Ass. soc. | Psicol. | Pediatra | Ass. san. |
|-----|-----------|----------|-----------|---------|----------|-----------|
| %*  | 80        | 30       | 60        | 30      | 20       | 80        |
| Ore | 376       | 141      | 282       | 141     | 94       | 376       |

\* percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/tore

### Adolescenti

In un fascia di età (per es. 3° classe media inferiore): 200 adolescenti

- a) corsi di educazione sessuale a scuola

20 alunni per classe: 10 classi, 5 incontri di 2 ore ciascuno, 100h/anno

5h per classe per incontri con insegnanti, 5h per classe per incontri con i genitori per un  
 totale di 100h/anno

- b) spazio giovani in consultorio: 4h/settimana per 40 settimane per un totale di 160h/anno

totale 360h/anno, più il 20%: 430h/anno

|     | Ostetrica | Ginecol. | Ass. soc. | Psicol. | Pediatra | Ass. san. |
|-----|-----------|----------|-----------|---------|----------|-----------|
| %*  | 25        | 50       | 30        | 50      | 10       | 25        |
| Ore | 108       | 215      | 108       | 215     | 43       | 108       |

\* percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/tore

### Prevenzione del tumore del collo dell'utero

La popolazione femminile tra 25 e 64 anni è circa il 30% della popolazione generale.

Si assume che il 30% faccia regolarmente il Pap test spontaneamente, per cui sui 2000 pap test/anno (uno ogni 3 anni) sono da coinvolgere 1400 donne, ipotizzando un tasso di accettazione dell'80% si devono effettuare 1120 Pap test.

Assumendo 0.75h/pap test (pap test più colloquio) si ha un totale di 840h, più il 20% si ha un totale di 1000h/anno

|     | Ostetrica | Ginecol. | Ass. soc. | Psicol. | Pediatra | Ass. san. |
|-----|-----------|----------|-----------|---------|----------|-----------|
| %*  | 50        | 15       | 20        | 15      | 10       | 40        |
| Ore | 500       | 150      | 200       | 150     | 100      | 400       |

\* percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/tore

Nella tabella seguente si riportano le ore /anno per ogni progetto, totali, per ogni figura professionale e il carico di lavoro settimanale:

| Progetto  | Ostetr. | Ginecol. | Ass. soc. | Psicol. | Pediat. | Ass. san. |
|-----------|---------|----------|-----------|---------|---------|-----------|
| Pernasc1  | 108     | 50       | 29        | 43      | 43      | 29        |
| Pernasc2  | 376     | 141      | 282       | 141     | 94      | 376       |
| Adolesc   | 108     | 215      | 108       | 215     | 43      | 108       |
| Pap-test  | 500     | 150      | 200       | 150     | 100     | 400       |
| Ore/anno  | 1092    | 556      | 619       | 549     | 280     | 913       |
| Ore/set.* | 27.3    | 13.9     | 15.5      | 13.7    | 7.0     | 22.8      |

\*considerando 40 settimane effettivamente disponibili

Tenendo conto del livello di approssimazione, è ragionevole ipotizzare che una stima dei carichi di lavoro effettuata con un'analisi più dettagliata non modifichi sostanzialmente il quadro ottenuto. L'ordine di grandezza dell'impegno fa comprendere perché la legge richiede un CF ogni 20000 abitanti e perché il POMI raccomandi un organico adeguato.

Come già accennato, ogni progetto strategico può supportare progetti satelliti (per esempio: nel caso della prevenzione del tumore del collo dell'utero il tempo dedicato al colloquio serve per sviluppare con la donna riflessioni su temi che, in relazione al suo stato, meritano di essere presi in considerazione (procreazione consapevole, desiderio di fecondità da realizzare, menopausa, arruolamento per screening senologico, disagio familiare, ecc.) sfruttando fino in fondo le sinergie,

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

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

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

È evidente che il calcolo dei carichi di lavoro è pregiudiziale a qualunque altra valutazione di risorse necessarie (presidi, infrastrutture e strumentazione, materiale di consumo), che pure si deve fare per valutare la compatibilità tra progetti dimensionati sugli obiettivi e sulla popolazione bersaglio e risorse necessarie per svolgere le attività previste al fine di ottenere i risultati necessari al raggiungimento degli obiettivi. Come si è visto, i carichi di lavoro nei programmi di promozione della salute si calcolano a partire dagli obiettivi e, quindi, da quanta popolazione bersaglio si intende raggiungere (tasso di rispondenza) e non, come solitamente si fa, in analogia con i servizi di cura, a partire dalle utenze spontanee per unità di tempo.

Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile è chiaramente raccomandata l'integrazione dei servizi sia nell'ambito distrettuale (secondo livello) che sovradistrettuale (terzo livello); se a livello dipartimentale si colloca la progettazione operativa, soprattutto per quanto attiene la fase decisionale, è nell'organizzazione distrettuale che si realizza l'allocazione delle risorse e l'integrazione dei servizi, alla luce della progettazione operativa. È molto ragionevole pensare che nella presente temperie, grandi miglioramenti nella disponibilità di risorse non ci saranno (anche se, come si è detto, sarebbe utile verificare come sono state impiegate le risorse messe a disposizione dalla legge 34/96, come sarebbe interessante analizzare quante risorse vengono consumate per realizzare attività non organizzate secondo le raccomandazioni del POMI), ma per quanto attiene il ruolo e i compiti dei consultori familiari molto si può fare di riorientamento delle attività.

Non è percorribile la strada dell'assumere le responsabilità altrui come alibi a non riqualificare l'attività consultoriale, volta alla promozione della salute, nel senso scientificamente fondato e

quindi di sanità pubblica. Certo è che le risorse disponibili potranno permettere programmi con obiettivi commisurati ad esse, e non voli pindarici.

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

Sarebbe auspicabile un impegno organizzato da parte delle istituzioni per promuovere l'implementazione dei progetti strategici, il loro monitoraggio e la loro valutazione, su cui incardinare la formazione continua, così come sarebbe auspicabile che le organizzazioni professionali, di concerto, promuovessero, oltre l'attività istituzionale organizzata in conferenze di servizio, il confronto e la valorizzazione delle esperienze migliori, soprattutto se frutto di una sperimentazione prototipale.

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

## Referenze

1. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile.D.M. el 24/4/2000, G.U. n.131 Suppl. Ord. n.89 del 7/6/2000.
2. Accordo Conferenza Stato-regioni 22 novembre 2001: Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni (Repertorio n. 1318). G.U. n.19 Suppl. Ord. n.14 del 23/1/2002. p. 37
3. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 1993, dati preliminari anno 1994). Presentata dal Ministro della Sanità (Guzzanti) CAMERA DEI DEPUTATI. Atti Parlamentari XII Legislatura. Doc. XXXVII N. 2 Giugno 1995.
4. Grandolfo M, Donati S, Giusti. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. [www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/indpdf/nascita-1.pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/indpdf/nascita-1.pdf).
5. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. La valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità*, 2000;36(4): 465-478.
6. Grandolfo ME. I consultori familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione. In: Montemagno U (Ed.). *Il Ginecologo Italiano, Vademecum 1996-97*: pp.463-477. Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche Srl Milano 1996.
7. Grandolfo M.E., Donati S. I consultori familiari e le strategie di prevenzione. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1999; 35 (2): 297-299.
8. Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1999; 35 (2): 289-296.
9. Di Cillo C., Grandolfo M.E, Donati S., Andreozzi S., Greco V., Medda E., Pediconi M., Stazi M.A., Spinelli A., Timperi F., Lauria L. Indagine CAP (Conoscenza, Attitudine, Pratica) sulla pianificazione familiare in Puglia. Regione Puglia Assessorato alla Sanità in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Bari 1991.
10. Grandolfo M., Benagiano G. I consultori familiari nel prossimo futuro. *Atti VIII Congresso Nazionale A.G.I.C.O. 2001 "Prevenzione Primaria in Ostetricia e Ginecologia"*. Eds. U. Brasiello, L. Cersosimo. ARVI Services, Roma, 2001: p. 3-7.
11. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione. *Rapporti ISTISAN 91/25*. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1991.

## **11. SALUTE DELLA DONNA IN TUTTE LE FASI DELLA VITA**

L'impegno alla difesa ed alla promozione della salute della donna deve tenere conto dell'adeguamento alla realtà socio sanitaria e culturale profondamente mutata negli ultimi tempi e deve portare ad una più diretta politica in favore della famiglia, anche in riferimento alla responsabilità di cura che la donna ha all'interno della stessa.

Per una organizzazione sanitaria che faccia fronte alla sfida della qualità e che coniughi efficacia ed efficienza ad equità, vanno considerati anche i fenomeni legati ai cambiamenti sociali.

L'incremento della presenza della donna in ambito produttivo non ha visto una contemporanea crescita di servizi tali da offrire un migliore supporto alla famiglia e ciò, insieme ad altri fattori, ha contribuito a determinare dei cambiamenti nelle scelte riproduttive.

I tassi di fecondità nel nostro Paese, pur con differenziazioni regionali sono oggi tra i più bassi d'Europa. La riduzione della natalità, sin dalla fine degli anni 70, interessa tutte le regioni italiane, determinando non solo la nota caduta dei relativi livelli, ma modificando anche le caratteristiche strutturali del comportamento riproduttivo, quali l'ordine e la cadenza delle nascite.

L'innalzamento dell'età media al parto sia per le prime nascite che per le successive, delinea soprattutto una tendenza a posticipare l'inizio della vita riproduttiva, con circa un quarto dei primi figli tra donne di età uguale o superiore a 30 anni.

La presenza della donna nella realtà produttiva comporta, nei confronti della sua salute, una maggiore esposizione ad eventuali fattori di rischio derivanti dagli ambienti di lavoro. Nell'ambito della promozione della tutela della salute della donna in ambiente lavorativo, l'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile deve coordinarsi e collaborare strettamente con il D.P. nella realizzazione di programmi specifici, in particolare per quanto riguarda la salute riproduttiva. Inoltre, la consapevolezza dei rischi connessi all'attività lavorativa, domestica e non, deve essere patrimonio di tutte le U.O. dell'organizzazione dipartimentale e deve essere tenuto costantemente presente in ogni tipo di intervento che riguardi la donna.

Un elemento poi che non può essere trascurato è il fatto che l'aumento di speranza di vita della popolazione ha fatto sì che il periodo post-fertile della vita femminile si sia allungato, dall'età media della menopausa alla aspettativa media di vita (82-83 anni), di circa trenta anni. Si calcola infatti che le donne di età superiore ai 50 anni siano oggi tra 9 e 10 milioni.

In questa età, per la chiara evidenza epidemiologica particolare interesse deve essere rivolto ad alcune patologie quali le malattie cardiovascolari, l'osteoporosi, ecc..

Tenuto conto, inoltre, che la cessazione dell'attività ovarica comporta effetti che, pur di minor rilievo in termine di salute fisica, possono compromettere sensibilmente la qualità della vita della donna, particolare interesse deve essere rivolto a situazioni quali l'incontinenza urinaria, le problematiche relazionali e quelle legate alla sessualità.

La promozione della salute, la prevenzione ed il trattamento delle principali patologie ginecologiche in tutte le fasi della vita devono essere garantiti attraverso una completa integrazione dei servizi dei diversi livelli operativi.

Ad ogni donna deve infatti essere assicurato, nell'ambito dell'organizzazione regionale delle cure, un idoneo percorso che le consenta di accedere con facilità al livello di cura più adeguato e completo al suo caso.

La promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico devono essere assolti dal I livello, rappresentato dalla rete dei C.F.; l'attività di diagnosi e cura ambulatoriale dal II livello, livello



rappresentato dagli ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale. L'attività di diagnosi e cura ospedaliera devono costituire il III livello. In esso devono essere affrontate la diagnostica specialistica di livello superiore ed il trattamento con adeguate risorse strumentali ed esperienza professionale in merito alla sterilità ed infertilità, alla patologia ginecologica benigna e maligna, ai problemi delle malattie a trasmissione sessuale, ai problemi connessi con l'età post-fertile ed alla menopausa, comprendendo in questo anche i problemi di ginecologia urologica.

La promozione della salute della donna, è oggetto di forte interesse da parte del presente Progetto il quale, anche secondo quanto previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.3.1997 sviluppa, tra l'altro, gli obiettivi relativi alla prevenzione e tutela della salute (obiettivi strategici C1-C5) indicati nella dichiarazione e nel programma d'azione della IV Conferenza mondiale sulle donne – Pechino 1995.

Sino ad ora la tutela della salute della donna è stata perseguita attraverso l'offerta di prestazioni, spesso integrata da interventi terapeutici, per lo più fruiti dalla popolazione femminile che spontaneamente accedeva al servizio e con forti limitazioni per quanto attiene alla tipologia dell'offerta stessa, almeno in parte dovute a difficoltà burocratiche, alla scarsa disponibilità di risorse e agli ostacoli nel realizzare il lavoro di équipe multidisciplinare.

Si vuole invece che l'offerta di interventi faccia parte di una ben definita strategia di prevenzione orientata da identificati obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli. Tutto ciò deve prevedere una maggior attenzione rivolta a:

- Favorire l'offerta attiva delle misure preventive;
- Favorire la massima integrazione tra il Consultorio Familiare, i servizi (ambulatoriali, sociali, socioassistenziali) del Distretto e le strutture ospedaliere;
- Favorire il dialogo, il confronto e l'integrazione operativa tra i profili professionali tradizionalmente afferenti al Consultorio Familiare ed il personale di altri profili professionali che opera sul territorio, compreso quello coinvolto nella attività di diagnosi e cura primaria ;
- Maturare l'attitudine negli operatori alla valutazione quale strumento per la riqualificazione ;
- Riconsiderare l'offerta relativa ai problemi di salute della donna, salute vista nella sua globalità, in tutte le fasi della vita.

In un progetto più ampio di tutela della salute della donna va quindi prevista la riqualificazione del Consultorio Familiare, sia in termini organizzativi che operativi, che integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture territoriali facenti capo all'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile in modo tale che, distretto per distretto o ASL per ASL si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità, e si contraggano le attuali dispersioni di risorse finanziarie e umane, quali sono quelle che troppo spesso realizzano interventi parcellari e ripetitivi nella medesima popolazione che, per contro, vede insoddisfatti altri bisogni primari.

**SALUTE DELLA DONNA IN TUTTE LE FASI DELLA VITA-  
OBIETTIVI AZIONI INDICATORI**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <i>Ridurre il divario tra Nord e Sud per quanto attiene l'offerta e la qualità dei servizi ospedalieri e territoriali di cura e prevenzione</i>           | <i>Favorire l'offerta attiva di misure di prevenzione, a livello distrettuale, con particolare attenzione per le fasce deboli</i>  | <i>Percentuale di donne raggiunte negli specifici programmi di prevenzione</i>   |
| <i>Promuovere la procreazione cosciente e responsabile tutelando le gravidanze a rischio e fornendo adeguato sostegno alle famiglie.</i>                  | <i>Promuovere programmi di educazione alla salute, con particolare riferimento alla salute riproduttiva, nelle scuole, nei luoghi di aggregazione giovanile, nella popolazione generale, con l'integrazione della rete dei servizi.<br/>Identificazione ed assistenza delle gravidanze a rischio</i> | <i>Percentuale di adolescenti e di popolazione adulta, su base campionaria, con conoscenze appropriate sulla fisiologia della riproduzione e problematiche connesse<br/>Incidenza dell'IVG<br/>Diminuzione dell'handicap</i> |
| <i>Promuovere la prevenzione in ambito oncologico</i>   | <i>Aumento della copertura della popolazione bersaglio per i tumori della sfera genitale femminile.</i>  | <i>Incidenza tumore del collo dell'utero<br/>- Incidenza tumore della mammella<br/>- Percentuale di donne che effettuano pap-test e mammografia con regolarità secondo le linee guida della Commissione Oncologica</i>       |
| <i>Favorire il benessere fisico e psico-sociale del periodo post-fertile della donna con particolare attenzione alle malattie a forte valenza sociale</i> | <i>Promuovere l'aggiornamento professionale sulle problematiche del climaterio e della menopausa<br/>- Promuovere programmi di educazione alla salute che possono stimolare cambiamenti verso stili di vita protettivi per il benessere psico-fisico</i>   | <i>- Percentuale di personale che frequenta i corsi<br/>- Percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita, su base campionaria</i>   |
| <i>- Prevenire gli episodi di violenza contro la donna e migliorare l'assistenza alle donne che hanno subito violenza.</i>                                | <i>- Formazione del personale dei pronto soccorsi e offerta attiva di assistenza<br/>- Favorire l'emersione del sommerso del fenomeno della violenza</i>   | <i>- Percentuale del personale delle strutture di primo intervento coinvolto nei programmi di formazione<br/>- Percentuale di donne assistite appropriatamente sul totale dei casi di violenza segnalati</i>                 |
| <i>, - Prevenzione dei rischi di salute della donna in ambiente di lavoro</i>   | <i>- Applicazione normativa sulla tutela della salute della donna in ambiente di lavoro</i>  | <i>- Incidenza aborti spontanei per fattori di rischio lavorativo<br/>- Incidenza nati malformati per fattori di rischio lavorativo<br/>- Incidenza infortuni sul lavoro</i>   |

## **-12. CONSULTORI FAMILIARI**

Il Consultorio familiare costituisce un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari.

Le attività consultoriali rivestono infatti un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.

Dalla emanazione della legge 405/75 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei Consultori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei bisogni consultoriali.

L'esigenza di integrazione nel modello dipartimentale, e soprattutto la messa in rete dei Consultori Familiari con gli altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali degli Enti Locali, impone un loro adeguamento nel numero, nelle modalità organizzative e nell'organico, privilegiando l'offerta attiva di interventi di promozione della salute attraverso la realizzazione di strategie operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute da perseguire nel settore materno infantile.

E' necessario cioè attuare strategie preventive in cui siano chiaramente definiti: gli obiettivi (riduzione dell'incidenza o prevalenza degli eventi o delle condizioni che si vogliono prevenire), i sistemi e gli indicatori di valutazione (di processo e di esito), la popolazione bersaglio da coinvolgere (quella a rischio di produrre gli eventi e le condizioni), le modalità operative per il coinvolgimento della popolazione e per l'erogazione delle misure di prevenzione, la valutazione dei fattori di rischio della non rispondenza e dell'incidenza o prevalenza degli eventi o condizioni nella quota di popolazione non raggiunta.

L'adeguamento dell'attività consultoriale agli obiettivi individuati può essere realizzato, privilegiando l'offerta attiva, attraverso l'implementazione di programmi di promozione della salute, definiti secondo i criteri sopra esposti, le attività dedicate alla programmazione operativa ed alla valutazione, alla formazione ed aggiornamento, nonché gli interventi rivolti all'utenza spontanea ed alla presa in carico dei casi problematici identificati nell'attività svolta nei programmi di prevenzione.

Si tratta, cioè di ripensare le modalità operative con lo scopo di privilegiare gli interventi di prevenzione primaria e diagnosi precoce. L'attività di diagnosi e cura dovrebbe assumere una competenza di "prima istanza" riservata in particolare alla presa in carico (garantendo ove necessario percorsi preferenziali per l'accesso alle strutture dell'organizzazione dipartimentale) dei casi problematici identificati nell'attività svolta nei programmi di prevenzione o segnalati dalla pediatria di libera scelta (P.L.S.), dalla scuola, dai servizi sociali, ecc.

Poiché i fattori di rischio sono per lo più distribuiti in modo non uniforme sul territorio e poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

Il consultorio si integra nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale e deve essere salvaguardato il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approccio preventivo. L'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile garantisce l'integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri e degli Enti Locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute, di

cui è responsabile per quanto attiene a programmazione, coordinamento generale e valutazione, in collaborazione con il D.P.

I C.F., coordinati tra loro e con gli altri servizi coinvolti, mettono a punto gli aspetti operativi e realizzano le strategie di intervento operativo.

L'azione del Consultorio Familiare deve poter contare su solide radici nel tessuto sociale e sanitario territoriale ed essere orientata dalle evidenze epidemiologiche della comunità in cui il Consultorio familiare opera.

In particolare tale connotazione richiede la capacità di interlocuzione con gruppi, associazioni, istituzioni educative a vario titolo presenti ed operanti nel territorio, nonché la capacità di stabilire rapporti permanenti tra i vari presidi e servizi, anche al fine di garantire percorsi di assistenza agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di elevato rischio sociale o sociosanitario.

Inoltre deve privilegiare la globalità e la unitarietà delle risposte ai bisogni emergenti nei vari ambiti di azione ( tutela dell'età riproduttiva ed evolutiva, tutela della famiglia, delle fasce socialmente deboli, dell'handicap) e l'integrazione con le U.O. territoriali e le U.O. Ospedaliere afferenti al DP ed all'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile .

Va ribadito che per il raggiungimento degli obiettivi di globalità e unitarietà degli interventi deve essere sostenuta e sviluppata l'attività di integrazione dei servizi sociali nei comuni singoli e/o associati, anche tramite la stipula di convenzioni o di accordi di programma. Ciò anche nel rispetto delle diverse articolazioni con cui si possono definire i rapporti tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali. La valutazione dell'efficacia degli interventi, verificati attraverso indicatori specifici di progetto, deve rappresentare la base per l'aggiornamento culturale e professionale e per la riqualificazione operativa nonché lo strumento per confrontarsi con gli altri servizi.

Tale approccio, perseguito nel P.O., non può che determinare, attraverso l'integrazione sociosanitaria, una volta ridefiniti i livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza, una riallocazione delle risorse in base alle priorità individuate quali obiettivi di salute leggibili e attuabili anche nel processo di definizione del budget delle strutture operative da parte delle A.S.L. nel rispetto degli indirizzi organizzativi e dei criteri di finanziamento espressi dalle amministrazioni regionali.

La legge n. 34/96 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti . E' opportuno distinguere tra zone rurali e semiurbane .

Essendo il Distretto la sede di coordinamento delle azioni territoriali della ASL il Consultorio Familiare, nel rispetto delle prerogative sue proprie, istituzionali ed operative, si integra nell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile afferendo al Distretto, dove dovranno altresì raccordarsi le attività e gli operatori del settore socio-assistenziale

Per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali :

ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale), il cui intervento integrato, proiettato nelle problematiche della prevenzione, ne definisce la fisionomia e specificità rispetto ai presidi di natura ambulatoriale e ospedaliera.

Devono essere previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo e il genetista presenti nella ASL a disposizione dei singoli consultori.

## **Attività consultoriale**

Il consultorio familiare mantiene la propria connotazione di servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria, riservando alla attività di diagnosi e cura una competenza di "prima istanza", integrata con l'attività esercitata al medesimo livello, sul territorio di appartenenza delle U.O. distrettuali ed ospedaliere e dei servizi degli Enti Locali. Sul piano organizzativo, l'integrazione deve essere completamente attivata da una parte all'interno del consultorio familiare stesso, tra figure a competenza prevalentemente sanitaria e quelle a competenza psico – sociale e socio-assistenziale sviluppando il lavoro di équipe e dall'altra con gli altri servizi e U.O. territoriali (ginecologia ambulatoriale, pediatria di libera scelta, psicoterapia, neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, ecc.) nonché con le U.O. ospedaliere.

La realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale, che deve essere configurato nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile deve basarsi sulla complementarità dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente, alla luce degli indicatori di esito e di processo.

E' necessario identificare un responsabile del consultorio ( o dei consultori, qualora siano più di uno nel territorio del dipartimento) che coordini l'attività del C. F. e monitorizzi il conseguimento degli obiettivi, fungendo da garante nei confronti dell'organizzazione dipartimentale.

L'ambito di competenza consultoriale può concretizzarsi in alcuni obiettivi di salute prioritari alla luce del Piano Sanitario Nazionale:

### **Spazio Adolescenti**

Le attività di promozione della salute in età adolescenziale vanno svolte quanto più possibile negli ambiti collettivi (soprattutto nelle scuole). In tal modo i servizi si accreditano e divengono punti di riferimento per gli adolescenti. L'attività di promozione della salute offre l'opportunità di rendere visibili gli stati di disagio per i quali fornire aiuto, organizzando più diffusamente gli spazi adolescenziali nei C.F..

Il consultorio deve associare alla capacità di offerta attiva dei programmi di prevenzione una funzione di accoglienza e presa in carico per chi accede spontaneamente al servizio.

Molta attenzione deve essere riservata all'educazione alla salute e all'analisi delle condizioni socio-familiari o ambientali predisponenti alla devianza o al disagio. Sono da definire programmi di interventi sociosanitari concordati con altre Istituzioni: Pubblica Istruzione, Giustizia, ecc.

### **Azioni**

- Coordinare con gli organi scolastici l'offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole (sulla fisiopatologia della riproduzione, alimentazione, educazione alla affettività, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, ecc.).
- Promuovere un'offerta attiva dello spazio giovani nel consultorio per dare la possibilità di approfondimento a livello individuale e/o per piccoli gruppi agli stessi studenti coinvolti nei corsi di educazione alla salute effettuati presso le scuole. Lo spazio giovani rappresenta anche una grande opportunità per tutti gli adolescenti e l'informazione di questa disponibilità potrebbe essere data contattando i luoghi di aggregazione giovanile e offrendo un accesso a tale spazio in orari graditi all'utenza.
- Predisporre incontri con genitori degli alunni delle scuole elementari e medie, sulle problematiche della sessualità in età adolescenziale e più in generale, incontri di formazione-informazione finalizzati a rendere gli adulti più consapevoli ed informati delle problematiche proprie dell'adolescenza, mettendoli in grado di porsi in una posizione di ascolto attivo che favorisca la comunicazione adolescente-adulto.

### **Relazioni di coppia, di famiglia e disagio familiare**

Questo ambito operativo ha acquisito col passare degli anni una importanza rilevante tra le azioni del Consultorio Familiare, in particolare per tutto ciò che attiene la consulenza relazionale, le consulenze riguardanti problemi e difficoltà in ordine alla sessualità, alle scelte e alle decisioni procreative, all'esercizio di ruoli genitoriali. Interventi in ordine a conflitti di coppia ed intergenerazionali nonché a situazioni di disagio familiare con particolare attenzione ai nuovi assetti della famiglia (unioni di fatto, famiglie con un solo genitore, famiglie ricostituite, famiglie miste quanto a provenienza etnica, ecc.), rappresentano un'area di interesse in forte espansione in rapporto a crescenti domande.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai problemi dei figli di genitori separati e alla donna in corso di separazione.

Un particolare ambito di attività, da svolgere in raccordo con i servizi socio-assistenziali e con le autorità giudiziarie competenti, riguarda tra l'altro i casi di abuso, maltrattamento, incuria, ecc. nonché l'affido familiare, l'adozione, il matrimonio fra minori, il sostegno a gravidanze e maternità a rischio sociale, la problematica attinente la separazione/divorzio (in particolare i conflitti riguardanti l'affido dei figli).

Deve essere inoltre prevista l'assistenza psicologica in ordine a problemi sessuali connessi ad episodi di abuso e/o violenza sessuale. In particolare, su questi casi deve attivarsi l'intera équipe operativa in quanto la complessità dei problemi richiede interventi specifici, ma strettamente integrati, di natura sanitaria, psicologica, sociale e giudiziaria come da indicazioni contenute nel già citato Documento *“Proposte di intervento per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento”*.

La terapia delle patologie sessuali è da prevedere a livello sovra distrettuale (o comunque secondo un dimensionamento che garantisca l'uso razionale delle risorse professionali) ove presenti competenze in sessuologia (II livello) e/o centri multidisciplinari (III livello).

#### **Azioni**

- Attivare progetti di 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).
- Garantire un collegamento con i pronto soccorsi per offrire consulenza ed eventualmente aiuto in caso di lesività domestica (con particolare riferimento a quelle riguardanti i bambini e le donne) la cui causa o le cui modalità richiedono approfondimento sulle condizioni dell'ambiente familiare.
- Monitorare il disagio giovanile con particolare correlazione all'assetto della famiglia, al rapporto con la scuola, ecc.
- Offrire supporti al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali.
- Garantire il supporto psicologico e sociale al singolo e alla famiglia nelle diverse crisi.
- Garantire il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio.

#### **Controllo della fertilità e procreazione responsabile**

Deve essere potenziata l'offerta attiva di consulenza tendente all'espressione di una sessualità rispondente ai bisogni del singolo ed una maternità e paternità responsabili.

Compito del Consultorio Familiare è quello di aiutare le donne e le coppie a scegliere tra le varie possibilità ciò che più si adatta ai propri valori culturali ed etici ed ai propri bisogni e stili di vita, tenendo conto della fase del ciclo della vita riproduttiva.

In tema di sterilità e infertilità di coppia il ruolo del Consultorio Familiare consiste in un primo approccio con la coppia, nell'esclusione di una grossolana patologia a carico dell'apparato genitale e nella consulenza inerente la fisiologia riproduttiva, l'adeguatezza nella frequenza dei rapporti, ecc., e quindi indirizzare alle strutture idonee per il successivo iter diagnostico e terapeutico.

#### **Azioni**

- Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza

genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria (rubeo test, vaccinazione contro la rosolia) e non immunitaria (rischio di esposizione a contagio, per es. toxoplasmosi), sulla diagnosi prenatale precoce.

A colloqui individuali possono seguire, o essere proposti in alternativa, incontri di gruppo.

All'approccio prevalentemente diagnostico-terapeutico attualmente dominante deve essere affiancato quello psicologico e educativo - informativo.

Il Consultorio Familiare rappresenta la struttura territoriale di primo ascolto e di primo intervento, con funzioni di collegamento con le scuole e con i servizi socio-assistenziali dei comuni per raggiungere le fasce sociali più disagiate.

### **Assistenza in gravidanza**

L'informazione alle donne in gravidanza, sostenuta da mezzi e metodi della comunicazione di massa, dovrà essere realizzata anche mediante inviti individuali alle donne (segnalate dai medici di base, dalle strutture distrettuali, dall'ufficio ticket al momento della richiesta dell'esonero dalla partecipazione al costo, ecc.).

Tenuto conto del diritto della gravida alla scelta della figura professionale o della struttura territoriale o ospedaliera cui affidarsi nel percorso nascita, l'offerta attiva del Consultorio Familiare dovrà privilegiare le donne e le coppie che possono trovare difficoltà di accesso ai servizi pubblici e privati.

#### **Azioni**

- Offrire colloqui informativi sulla gravidanza (assistenza, servizi disponibili, corso di preparazione alla nascita, facilitazioni relative ai congedi lavorativi, esclusione dalla partecipazione al costo della spesa sanitaria, ecc.).
- Offrire attivamente i corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza postparto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno;
- Garantire la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio: tale attività va offerta attivamente nelle situazioni di gravi difficoltà sociali, con particolare riferimento alle donne extracomunitarie e/o nomadi, avendo particolare cura di garantire il rispetto delle specifiche culture di appartenenza, anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato operanti sul territorio.
- Adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise;
- Monitorare la crescita ed il benessere fetale anche mediante l'indirizzo a prestazioni di tipo strumentale;
- Operare in stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano;
- Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti con facoltà di partorire in anonimato, come da legislazione vigente;
- Perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, anche attivando momenti strutturati di conoscenza reciproca, e prevedendo incontri di formazione comune tra operatori ospedalieri e territoriali privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita.
- Offrire sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG predisponendo la relazione per il giudice tutelare.

Quale atteggiamento di particolare considerazione della collettività nei riguardi della donna gravida, devono essere predisposti interventi atti a privilegiare l'accesso ai servizi pubblici e privati (ambulatori, laboratori d'analisi, uffici, ecc.) secondo percorsi e facilitazioni che portino a ridurre per quanto possibile i tempi d'attesa ed i disagi della gestante.

La promozione dell'allattamento al seno, auspicata dagli Organismi internazionali, dal Ministero della Sanità e dalle Società scientifiche, riconosce nella corretta informazione in alcuni momenti prenatali e neonatali un'importanza fondamentale nell'offrire alla madre ed al neonato lattante condizioni più favorevoli al successo-soddisfacimento dell'allattamento naturale. Il contributo dei

servizi territoriali, in particolare del Consultorio Familiare, durante i corsi di preparazione al parto, in occasione del contatto domiciliare dopo la dimissione precoce della coppia madre-neonato e della successiva offerta attiva di servizi a livello territoriale è di notevole rilevanza, purché inserito in un progetto di Azienda che integri le varie competenze ospedaliere e territoriali (comprese le Associazioni di volontariato) nella formazione ed aggiornamento specifici del personale e nel supporto diretto alla madre.

### **Assistenza alla puerpera ed al neonato**

La frequente carenza di aiuto alla puerpera al momento del rientro a domicilio suggerisce un maggiore impegno dei servizi territoriali ed in particolare del Consultorio Familiare nell'aiuto a risolvere i problemi della puerpera e del neonato. Tale esigenza ha assunto particolare rilevanza a seguito dell'incremento numerico delle dimissioni ospedaliere precoci, che devono essere appropriate e concordate con la madre.

In ogni caso devono essere esplicitati i criteri sanitari adottati per assicurare che madre e neonato siano dimessi in condizioni appropriate per la prosecuzione delle cure a domicilio e le misure di salvaguardia del benessere della diade, con particolare riferimento alle dimissioni antecedenti le 48 ore dopo il parto.

#### **Azioni**

- Nel rispetto del principio della continuità assistenziale ed in presenza di effettive possibilità di cure domiciliari da parte dei servizi territoriali deve essere attivata un'offerta di assistenza ostetrica e pediatrica (almeno nell'attesa che il neonato sia registrato tra i clienti del pediatra di libera scelta), a domicilio almeno nel corso della 1a settimana di vita, e soprattutto in caso di dimissione precoce. Deve essere tenuto in considerazione l'esigenza di tutela della salute fisica e psichica di madre e neonato e delle esigenze relazionali ed organizzative del nucleo familiare, in particolare modo in presenza di soggetti "a rischio" sociale o sociosanitario (extracomunitarie, nomadi, ecc.) rispetto i quali deve essere prevista una presa in carico complessiva, di concerto con i servizi sociali .

### **Prevenzione dell'IVG**

La problematica dell'interruzione volontaria di gravidanza presenta certamente aspetti di grande delicatezza e complessità: da un lato implica infatti la necessità di cercare di rimuovere le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione (anche attraverso la stimolazione di interventi di natura sociale e socio sanitaria integrata) e, ove ciò risultasse vano, seguire adeguatamente (da un punto di vista sanitario, ma anche psicologico), nell'intero percorso assistenziale, la donna che richiede un IVG. Nel caso in cui tale richiesta provenga da minorenni senza assenso dei genitori, o da donna in situazione di disagio sociale e/o sociosanitario (con particolare riferimento a donne con problemi psichiatrici, tossicodipendenti, immigrate ecc.) l'intervento consultoriale deve farsi più attento e deve garantire, per quanto possibile, il "tutoring" dell'utente che si traduce in un vero e proprio affiancamento ed accompagnamento dell'intero percorso assistenziale.

#### **Azioni**

- offrire il colloquio;
- garantire il supporto psicologico e sociale. Qualora ne esistano le condizioni, deve essere previsto l'invio e/o la presa in carico della donna da parte del Servizio Sociale Comunale, al fine di attuare interventi di natura sociale e sanitari tesi a rimuovere le eventuali cause che la inducono la donna ad interrompere la gravidanza (anche avvalendosi, nel rispetto della sua volontà, delle associazioni di volontariato);
- assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG facilitandone il percorso verso le strutture di II – III livello, anche al fine di favorirne il ritorno al C.F. per la promozione della salute riproduttiva e la prevenzione della ripetitività dell'IVG.
- offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG.



**Prevenzione dei tumori femminili:**

Il consultorio collabora all'attuazione dei programmi di screening regionali o aziendali su tumore del collo dell'utero e della mammella attivati secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale. Al consultorio può essere assegnata la competenza dell'offerta attiva, mediante chiamata e verifica della non rispondenza.

Il consultorio deve collaborare per il supporto psicologico alla donna con patologia oncologica prima o dopo la terapia, anche attraverso la promozione di gruppi di auto aiuto.

Inoltre, il consultorio deve svolgere funzioni di presa in carico e di indirizzo verso i servizi specialistici di diagnosi e cura, facilitando i percorsi e gli accessi.

Condizione essenziale per tale obiettivo di salute è la collaborazione continua, secondo le linee operative dipartimentali, con i servizi di secondo e terzo livello (citologia, colposcopia, mammografia, ecc.) accreditati e con controllo di qualità.

**Azioni**

***Tumore del collo dell'utero*** : offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni, con periodicità triennale ove non sussistano condizioni di rischio ( secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale)

***Tumore della mammella*** : il C.F. offre consulenza ed indirizza la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50 – 69 anni, indirizza verso il programma di screening, secondo i le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale.

## **Interventi per l'età post-fertile**

Pur essendo sufficientemente chiarito il rapporto causale tra carenza estrogenica, patologie degenerative e sintomatologia soggettiva, la sostituzione ormonale in menopausa non risulta comunque essere l'unica possibilità di prevenzione e cura. Uno stile di vita caratterizzato da dieta adeguata, attività fisica regolare e riduzione del fumo di tabacco e dell'uso di alcool, si è infatti dimostrato efficace nella prevenzione sia delle malattie cardiovascolari che dell'osteoporosi. Risulta pertanto necessario selezionare prioritariamente le donne in rapporto alle esigenze individuali ed alle prospettive di prevenzione di patologie degenerative.

I Consultori Familiari devono promuovere la sensibilizzazione delle donne in età post-fertile alla prevenzione ed al trattamento delle malattie degenerative proprie dell'età, anche mediante la discussione, l'informazione e l'indirizzo a soluzioni personalizzate. Tale attività può anche essere svolta in modo complementare con l'offerta attiva del pap test.

Inoltre, per le donne in corso di trattamento con terapia ormonale sostitutiva, il C.F. può facilitare ed organizzare gli opportuni controlli strumentali periodici.

### **Azioni**

- Promuovere l'aggiornamento professionale di ginecologi, medici di base, ostetriche, fisioterapisti sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulla possibilità di trattarla.
- Incentivare la consapevolezza delle donne circa la possibilità di migliorare il proprio stile di vita e la sessualità per la qualità della vita post-fertile.

### **Vaccinazioni**

Il Consultorio Familiare, in sinergia con il DP e con il Distretto può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni per il conseguimento degli obiettivi del P.S.N. secondo le azioni e priorità indicate dal "Piano nazionale vaccini 1999-2000" (provvedimento 18 giugno 1999, Supp. Ord. n. 144 alla G.U. n.176 del 29.7.1999).

In particolare, in collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali potrebbe svolgere le indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia stato portato alla seduta vaccinale e, con i suddetti servizi potrebbe collaborare alla realizzazione di campagne di educazione sanitaria e campagne vaccinali.

### **CONSULTORI FAMILIARI -OBIETTIVI AZIONI INDICATORI**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <i>- Completamento della rete dei CF in applicazione della L n. 34/1996</i>   | <i>- Adeguamento, da parte della ASL, delle strutture logistiche e delle attrezzature alle funzioni da compiere</i>  | <i>- Presenza di CF per area geografica<br/>- Percentuale di C.F. con strutture adeguate</i>  |
| <i>- Disponibilità di profili professionali richiesti dal lavoro di équipe</i>  | <i>- Reclutamento dei profili professionali necessari in rapporto alle risorse disponibili ed agli obiettivi definiti nei piani aziendali</i>              | <i>- Percentuale di C.F. con organici adeguati<br/>- Percentuale di profili professionali dei ruoli laureati con rapporto a tempo pieno</i>                               |
| <i>- Massima integrazione del CF nell'organizzazione dipartimentale attraverso l'afferenza al Distretto e la collaborazione con i servizi sociali e socio - assistenziali ad esso afferenti</i> | <i>- Piano di integrazione sanitario - sociale - socioassistenziale con coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati e suo finanziamento</i> | <i>- Percentuale di C.F. che sono inseriti in programmi strategici di integrazione<br/>- Percentuale di C.F. che hanno attivato programmi di prevenzione della salute</i> |
|   |  |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>– Migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene scelte consapevoli per garantire il benessere psicofisico</p>  | <p>– Offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole<br/> – Offerta attiva dello spazio giovani nel consultorio<br/> – Offerta attiva di incontri con i genitori degli alunni<br/> – Presa in carico dei casi di disagio adolescenziale segnalati e/o individuati</p>  | <p>– N° classi coinvolte sul totale delle classi<br/> – N° degli insegnanti coinvolti sul totale degli insegnanti,<br/> – N° di incontri con i genitori sul totale dei plessi scolastici,<br/> – numero di accessi di adolescenti nell'ambito spazio giovani del consultorio;<br/> – incremento delle conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e sull'igiene (su base campionaria);<br/> – numero di IVG in età minorile,<br/> – percentuale di gravidanze in minorenni</p> |
| <p>Migliorare il benessere psicofisico e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia</p>   | <p>– Su segnalazione dei servizi vaccinali attivare ricerca attiva e valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale<br/> – Su segnalazione delle scuole ricerca attiva e valutazione dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico<br/> – Offrire consulenza, in collegamento con i pronto soccorsi, in caso di lesività domestica in cui necessita un approfondimento sull'ambiente familiare<br/> – Offrire supporti al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali<br/> – Garantire il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio<br/> – Presa in carico delle segnalazioni dell'autorità giudiziaria competente</p> | <p>– Percentuale di casi presi in carico (investigati ed assistiti) sul totale dei casi segnalati e/o individuati, nelle varie azioni</p>   |
| <p>Migliorare l'informazione e l'educazione alla salute per l'espressione di una sessualità rispondente ai bisogni del singolo e di una maternità e paternità responsabili<br/><br/>(segue)</p> | <p>– Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza</p>   | <p>– numero coppie che aderiscono agli inviti individuali sul totale delle coppie che si sposano, nell'unità di tempo;<br/> – numero coppie che partecipano a incontri di gruppo;<br/> – numero coppie che utilizzano la consulenza genetica sul totale di coppie individuate essere a</p>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <p><i>genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria e non immunitaria sulla diagnosi prenatale precoce</i></p>  | <p><i>rischio.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>numero accertamenti sullo stato immunitario rispetto alla rosolia,</i></li> <li>- <i>numero vaccinazioni per rosolia sul totale delle suscettibili,</i></li> <li>- <i>numero accertamenti sullo stato immunitario rispetto alla toxoplasmosi;</i></li> <li>- <i>Incremento di percentuale di conoscenze sulla fisiologia della riproduzione (su base campionaria),</i></li> <li>- <i>riduzione del tasso di IVG e, in particolare della sua ripetitività, valutata per fascia d'età con particolare riferimento alla fascia minorile o alle situazioni di maggior disagio sociale.</i></li> </ul>   |
| <p><i>- Migliorare l'informazione e l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa</i></p> <p><b>(segue)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Offrire colloqui informativi sulla gravidanza</i></li> <li>- <i>Offrire attivamente i corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno</i></li> <li>- <i>Favorire la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio</i></li> <li>- <i>Adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise</i></li> <li>- <i>Monitorare la crescita ed il benessere fetale</i></li> <li>- <i>Operare in stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano;</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>n. donne che accettano il colloquio sul totale delle donne in gravidanza nell'unità di tempo ;</i></li> <li>- <i>n. donne che partecipano al corso di preparazione alla nascita</i></li> <li>- <i>n. donne allattanti al seno sul totale delle donne che hanno partorito, nell'unità di tempo (su base campionaria)</i></li> <li>- <i>n. donne che seguitano ad allattare al seno dopo un mese dalla nascita (su base campionaria)</i></li> <li>- <i>percentuale di parti con taglio cesareo,</i></li> <li>- <i>percentuale di nati prematuri,</i></li> <li>- <i>percentuale di nati di basso peso per l'età gestazionale</i></li> <li>- <i>percentuale di morti endouterine,</i></li> <li>- <i>mortalità perinatale,</i></li> </ul> |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti</i></li> <li>- <i>Perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita.</i></li> <li>- <i>Offrire sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG predisponendo la relazione per il giudice tutelare.</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Percentuale di C.F. messi in rete con i servizi ospedalieri</i></li> <li>- <i>Percentuale di casi cui è stato offerto sostegno e presa in carico sul totale dei casi individuati e/o segnalati</i></li> </ul>  |
| <p>- <i>Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato</i></p> <p><i>(segue)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio sociale</i></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>n. donne che accettano il colloquio sul totale delle donne che hanno partorito nell'unità di tempo,</i></li> <li>- <i>n. donne coinvolte nel progetto aziendale di promozione dell'allattamento al seno,</i></li> <li>- <i>n. puerpere che hanno richiesto e/o concordato la dimissione precoce e n. di controlli domiciliari.</i></li> <li>- <i>Tempo medio dalla nascita all'iscrizione al P.L.S.</i></li> <li>- <i>percentuale di bambini vaccinati entro un mese dal termine indicato dalla scheda vaccinale per le prime dosi delle vaccinazioni obbligatorie (su base campionaria);</i></li> <li>- <i>conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e sulla procreazione responsabile (su base campionaria)</i></li> <li>- <i>percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno sino al momento della dimissione ospedaliera e che seguiranno ad allattare al terzo mese e al sesto mese ;</i></li> <li>- <i>n. incidenti domestici nel 1° anno di vita; accessi al P.S. nel</i></li> </ul> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  |   | <p><i>primo anno di vita,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ricoveri ospedalieri successivi alla dimissione precoce nel 1° mese di vita..</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Prevenire il ricorso all'IVG</i></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>offrire il colloquio;</i></li> <li>- <i>garantire il supporto psicologico e sociale</i></li> <li>- <i>assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG</i></li> <li>- <i>offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG</i></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori;</i></li> <li>- <i>tempo di attesa tra certificazione e intervento</i></li> <li>- <i>riduzione della percentuali di ripetuto ricorso all'IVG.</i></li> <li>- <i>Percentuale di donne che tornano al C.F. dopo l'IVG</i></li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Riduzione dell'incidenza dei tumori femminili e della mortalità ad essi associata</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Tumore del collo dell'utero: offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni.</i></li> <li>- <i>Tumore della mammella: offrire consulenza ed indirizzare la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50 – 69 anni, indirizza verso il programma di screening</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>numero di donne che hanno effettuato Pap-test sul totale delle donne appartenenti alla popolazione bersaglio;</i></li> <li>- <i>percentuale di ritorni di vetrini per inadeguatezza;</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>numero di donne indirizzate e che si sono realmente rivolte ai servizi di diagnosi precoce sul totale della corrispondente popolazione bersaglio;</i></li> </ul> </li> <li>- <i>numero di donne seguite nel percorso diagnostico terapeutico sul totale delle donne con problema.</i></li> <li>- <i>riduzione di incidenza del tumore del collo dell'utero</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>diagnosi tempestiva e migliore prognosi delle neoplasie adeguatamente trattate con riduzione del numero dei casi avanzati per il tumore della mammella.</i></li> </ul> </li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Migliorare il benessere psico-fisico nell'età postfertile</i></li> </ul> <p><b>(segue)</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Promuovere l'aggiornamento professionale sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulla possibilità di trattarla.</i></li> <li>- <i>Incentivare la consapevolezza delle donne circa la possibilità di migliorare gli stili di vita e la sessualità per la qualità della vita post-fertile</i></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Percentuale di personale che frequenta i corsi</i></li> <li>- <i>Percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita, su base campionaria</i></li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Migliorare le coperture</i></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Collaborare, con i servizi</i></li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Livelli di conoscenza,</i></li> </ul>  |

|                         |   |  |
|-------------------------|---|--|
| <p><i>vaccinali</i></p> | <p><i>responsabili dei programmi vaccinali, alla realizzazione di campagne di educazione sanitaria e campagne vaccinali.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- In collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali svolgere indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia portato alla seduta vaccinale</i></li> </ul> | <p><i>attitudini e competenze pratiche in tema di vaccinazioni (su base campionaria)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>- Percentuale di bambini investigati sul totale dei bambini segnalati in condizioni di grave ritardo vaccinale</i></li> </ul> |
|-------------------------|---|--|

Si riportano in Allegato 7 i requisiti e gli standard di fabbisogno indicativi per i C.F. che possono essere presi come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

## **ALLEGATO 7**

### **REQUISITI E STANDARD DI FABBISOGNO INDICATIVI PER I CONSULTORI FAMILIARI**

La legge n. 34/96 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti . Sarebbe opportuno distinguere tra zone rurali e semiurbane (1 ogni 10.000 abitanti) e zone urbane-metropolitane (1 ogni 20.000-25.000 abitanti).

Per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali :

- ginecologo, pediatra, psicologo, dei quali si può prevedere un impiego corrispondente al carico di lavoro determinato dalle strategie di interventi di prevenzione e dalla attività svolta per l'utenza spontanea;
- ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale);
- Devono essere previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo e il genetista presenti nella ASL a disposizione dei singoli consultori.

Se a livello di distretto (o per un insieme di distretti) si prevede, come è auspicabile, la presenza di servizi specialistici ambulatoriali ginecologici, pediatrici, di psicologia clinica e di psicoterapia, gli stessi operatori consultoriali potrebbero essere impegnati anche in detti servizi, per il completamento dell'orario, al fine di una migliore continuità assistenziale.

Nella rete degli ambulatori ginecologici afferenti all'organizzazione dipartimentale Aziendale, sia a livello distrettuale, sia a quello ospedaliero, dovrebbero essere previsti il servizi di colposcopia e di ecografia, disponibili alle segnalazioni provenienti dal consultorio.

Il Consultorio Familiare deve essere facilmente raggiungibile e possibilmente in sede limitrofa ai servizi sanitari e socio assistenziali del distretto, preferibilmente a pianoterra e senza barriere architettoniche, in ambienti accoglienti, nel rispetto della normativa per l'edilizia sanitaria e delle diverse esigenze della popolazione di ogni età maschile e femminile, in particolare dei bambini e degli adolescenti.

Considerate le varie afferenze e le tipologie di intervento il Distretto dovrà predisporre dei set di attrezzature adeguati per le attività specifiche e generali del consultorio e dovrà altresì identificare, ai fini della rendicontazione correlata all'attribuzione del budget di finanziamento, il centro di costo competente.



**Estratto dai L.E.A.- Suppl.Ord. Gazzetta Ufficiale n.19 del 23 gennaio 2002**

| Prestazioni  | Fonti   | Modalità organizzative e standard   | Liste di prestazioni   |
|--|---|---|--|
| <p>Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, assistenza alle donne in stato gravidanza; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza, assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio; adempimenti per affidamenti ed adozioni</p> | <p>Legge 29 luglio 1975, n. 405;<br/>                     Legge 22 maggio 1978, n. 194;<br/>                     D.m. 24 aprile 2000 "P.O. materno infantile"<br/>                     DPCM 14 febbraio 2001<br/>                     D.L.1 dicembre 1995, convertito nella legge 31 gennaio 1996, n.34</p> | <p>Il P.O. individua modalità organizzative nell'ambito del "percorso nascita", trasporto materno e neonatale, assistenza ospedaliera (compresa urgenza ed emergenza) ai bambini, riabilitazione, tutela salute della donna. Lo stesso P.O. individua requisiti organizzativi e standard di qualità delle U.O. di ostetricia e neonatologia ospedaliere, inclusa la dotazione di personale. La legge n. 34/1996 prevede 1 C.F. ogni 20mila abitanti</p> | <p>Le prestazioni erogabili sono diffusamente elencate nel P.O. materno infantile e nel DPCM 14 febbraio 2001.</p> |