



RAPPORTI ISTISAN 22|16

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Pt. 1

Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019

RISULTATI GENERALI

A cura di

L. Lauria, I. Lega, E. Pizzi, R. Bortolus, S. Battilomo,
C. Tamburini, S. Donati



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019

RISULTATI GENERALI

A cura di Laura Lauria (a), Ilaria Lega (a),
Enrica Pizzi (a), Renata Bortolus (b), Serena Battilomo (c),
Cristina Tamburini (b), Serena Donati (a)

*(a) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma

*(c) Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica,
Ministero della Salute, Roma*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
22/16 Pt. 1

Istituto Superiore di Sanità

Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali.

A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati 2022, vi, 192 p. Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1

Il Ministero della Salute nel 2017 ha promosso e finanziato un progetto nazionale sui consultori familiari affidandone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità. Nel rapporto si descrivono i risultati delle indagini condotte nell'ambito del progetto che aveva la finalità di rilevare i modelli organizzativi che governano i consultori familiari e descriverne le attività per rendere disponibile una fotografia dello stato attuale di questi servizi. Il rapporto è costituito da due volumi: nel primo sono descritti i risultati generali dell'indagine seguiti da focus di approfondimento su alcune tematiche di interesse prioritario per i consultori familiari nel panorama nazionale; il secondo è dedicato a un approfondimento dei risultati a livello regionale che ne consente una lettura contestualizzata ai diversi sistemi sanitari regionali in un'ottica di *benchmarking*.

Parole chiave: Consultori familiari; Servizi territoriali; Salute della donna; Promozione della salute

Istituto Superiore di Sanità

National survey on family care centres 2018-2019. General results.

Edited by Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati 2022, vi, 192 p. Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1 (in Italian)

In 2017, the Italian Ministry of Health promoted and financed a national project on the network of family care centres, entrusting its coordination to the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the National Institute of Health in Italy). The report describes the results of the surveys conducted as part of the project which aimed to detect organizational models of family care centres and describe the activities in order to have a picture of the current status of these services. The report consists of two volumes: the first describes the general results of the survey followed by an in-depth focus on some issues of primary interest for the family care centres on the national scene; the second is dedicated to an in-depth analysis of the results at the regional level which allows for a contextualized reading of the various regional health systems from a benchmarking perspective.

Key words: Family care centres; Local services; Women's health; Health promotion

Gli autori dei contributi della prima parte del rapporto sono indicati all'interno dei singoli capitoli.

Gli autori della seconda parte del rapporto sono: Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Serena Donati.

Si ringraziano, per il loro prezioso lavoro di raccolta e trasmissione delle informazioni, tutti i referenti regionali del progetto, i coordinatori aziendali dei servizi consultoriali, i referenti delle sedi consultoriali (i cui nomi sono elencati nel secondo volume) e tutti i loro collaboratori che direttamente o indirettamente hanno supportato la raccolta dati.

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

Un ringraziamento particolare va a Clelia Cherveddu per aver rivisitato la presentazione di alcuni contenuti e per il supporto dato nella ricerca della sitografia.

Questo documento è stato realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2017 "Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi".

Per informazioni su questo documento scrivere a: laura.lauria@iss.it, serena.donati@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (Ed.). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

GRUPPO DI LAVORO DEL PROGETTO

Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi

Responsabili Scientifici

Ministero della Salute

Serena Battilomo, Renata Bortolus

Istituto Superiore di Sanità

Laura Lauria

Componenti Gruppo di Coordinamento e Tecnico del progetto

Istituto Superiore di Sanità

Serena Donati, Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Claudia Ferraro, Marina Pediconi

Componenti Comitato Tecnico

Serena Donati, Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi (Istituto Superiore di Sanità)

Serena Battilomo, Renata Bortolus, Fulvio Basili, Carola Magni, Miriam Di Cesare, Sara Terenzi
(Ministero della Salute)

Patrizia Auriemma (ASL Roma 2)

Silvana Borsari (Azienda USL di Modena)

Pietro Buono (Regione Campania)

Rosetta Papa (ASL Napoli 1 Centro)

Giovanni Fattorini (AGITE, Associazione Ginecologi Territoriali)

Salvatore Geraci (Area sanitaria - Caritas)

Maria Marcelli (Consulta dei Consultori Familiari - Roma)

Mimma Mignuoli (Regione Calabria)

Patrizia Proietti (ASL Roma B)

Piero Stettini (ASL n.2 Savonese)

Marina Toschi (ASL 1 Umbria)

Componenti Steering Committee

Federica Zanetto (ACP, Associazione Culturale Pediatri)

Giulia Zinno (AGICO, Associazione Ginecologi Consultoriali)

Sandro M. Viglino (AGITE, Associazione Ginecologi Territoriali)

Cristina Damiani, Elsa Viora (AOGOI, Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani)

Miria De Santis, Michela Barbato (AsNAS, Associazione Nazionale Assistenti Sanitari)

Anna Accetta (CNOAS, Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali)

Iolanda Rinaldi, Maria Vicario (FNCO /FNOPO, Federazione Nazionale Collegi delle
Ostetriche/Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica)

Giovanni Scambia, Maria Grazia Porpora (SIGO, Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia)

Luca Antonio Ramenghi (SIMP, Società Italiana di Medicina Perinatale)

Alberto Villani (SIP, Società Italiana di Pediatria)

INDICE

Presentazione

Silvio Brusaferrò v

Introduzione

Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Serena Donati 1

Attualità dei consultori familiari

Michele Grandolfo 3

Consultori familiari in Italia: un progetto per valutarne l'attività e il ruolo

Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Serena Donati 9

Focus sulle attività consultoriali

Salute della donna *life-course* (prevenzione oncologica, fertilità, endometriosi, menopausa)

Laura Lauria, Rosa Papa, Serena Donati 85

Interruzione Volontaria di Gravidanza e contraccezione

Angela Spinelli, Michele Grandolfo, Laura Lauria 96

Consultori familiari e le giovani generazioni

Enrica Pizzi, Paride Braibanti, Silvia Cardetti 102

Percorso nascita

Serena Donati 112

Consultori familiari e accompagnamento alla genitorialità

Enrica Pizzi, Leonardo Speri, Giuseppina Di Lorenzo 119

Salute mentale perinatale e consultori familiari

Pietro Grussu, Ilaria Lega 128

Contrasto alla violenza di genere nei consultori familiari

Enrica Beringheli, Ilaria Lega 137

Appendice A

Testimonianze dal territorio 145

Appendice B

Interventi al convegno di chiusura del progetto 183

PRESENTAZIONE

In questi anni di emergenza pandemica da COVID-19 si è rafforzata nel Paese la consapevolezza dell'importanza di disporre di una rete integrata di servizi territoriali di base in grado di assicurare capillarmente la presa in carico delle persone e delle comunità, garantendo l'accessibilità e la continuità delle cure anche alle fasce di popolazione socialmente più svantaggiate e più difficili da raggiungere.

I consultori familiari, servizi di prossimità a tutela della salute della donna, del bambino e della coppia e famiglia, benché istituiti oltre 40 anni or sono grazie alla Legge 405/1975, sono gli unici presidi del Servizio Sanitario Nazionale orientati specificamente alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute. Operano con un approccio che ha saputo anticipare le linee d'indirizzo espresse nella Carta di Ottawa del 1987, rispondere al modello di servizi territoriali promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), che trova riscontro nelle parole chiave scelte dal Ministro della Salute, Roberto Speranza, per sintetizzare gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): "prossimità, azione e uguaglianza".

Il rapporto descrive nel dettaglio i risultati del progetto nazionale sui consultori familiari, finanziato dalle azioni centrali del Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2018-2020, che ha fotografato la rete degli oltre 1800 consultori distribuiti sull'intero territorio nazionale, rilevato i loro modelli organizzativi e analizzato le attività con l'obiettivo di identificare le buone pratiche per promuovere una rivalutazione del loro ruolo. L'attualità di questi servizi emerge pienamente dalla lettura del rapporto, che fornisce elementi conoscitivi utili alla comprensione delle funzioni, della complessità organizzativa e della variabilità dell'offerta dei consultori familiari nelle diverse Regioni.

Nel corso degli anni i consultori hanno saputo mantenersi al passo con i cambiamenti socio-culturali del Paese, interpretare i nuovi bisogni di salute espressi dalla popolazione e affrontare nuovi mandati istituzionali. Penso all'applicazione della Legge 194/1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza, al riconoscimento dell'area materno infantile come area strategica di intervento a partire dal Progetto Obiettivo Materno Infantile inserito nel Piano Sanitario Nazionale del 2008-2010, all'apertura di spazi dedicati ai giovani e agli interventi multi-professionali nelle scuole e, non ultimi, ai programmi di prevenzione oncologica.

Più recentemente, il ruolo dei consultori è stato richiamato dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, dal Piano Nazionale Fertilità e dal IV Piano Nazionale Infanzia per promuovere la tutela della fertilità e della salute riproduttiva e per sostenere la genitorialità con interventi destinati a donne, coppie, bambini e adolescenti.

L'Istituto Superiore di Sanità, in particolare il Reparto di Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, è sempre stato un interlocutore privilegiato di questi servizi. Mediante attività di sorveglianza e ricerca di salute pubblica, avviate negli anni Ottanta e implementate in collaborazione con Regioni, Aziende sanitarie, e singole sedi consultoriali, ha facilitato la produzione di conoscenza utile all'azione, ha sostenuto l'aggiornamento dei professionisti sociosanitari, promosso l'offerta attiva di misure di prevenzione e promozione della salute e potenziato le reti per rispondere in maniera integrata ai bisogni dei singoli e delle comunità.

L'auspicio è che i risultati di questo progetto possano concretizzarsi in uno strumento di confronto utile ai professionisti che operano sul territorio e ai decisori che, a vari livelli, sono chiamati a riflettere e a dare risposte sul futuro di questi servizi strategici in un'ottica di valorizzazione della tutela e promozione della salute, inserendoli a pieno titolo nella riorganizzazione territoriale prevista dal PNRR.

Prof. Silvio Brusaferrò
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

INTRODUZIONE

ALLA PRIMA PARTE DEL RAPPORTO

Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Serena Donati
Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Come fase propedeutica conoscitiva dello stato dell'arte dei Consulteri Familiari (CF), nel 2017 il Ministero della Salute ha promosso e finanziato nell'ambito del bando 2017 del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) un progetto di ricognizione delle modalità organizzative e delle attività offerte dai servizi consultoriali su tutto il territorio nazionale, finalizzato a una loro riqualificazione. Il coordinamento del progetto "Analisi delle attività della rete dei consulteri familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi" è stato affidato al Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

In questo rapporto riportiamo i risultati emersi dai 3 livelli di indagine – regionale, aziendale o distrettuale e di singola sede consultoriale – in cui si è articolato il progetto CCM, che ha già visto pubblicati alcuni risultati preliminari (1, 2).

Il rapporto è costituito da due volumi. Nel primo sono descritti i risultati dell'indagine seguiti da approfondimenti su alcune tematiche di interesse prioritario, e a seguire, sono riportate le testimonianze di alcuni professionisti che sono stati protagonisti della storia dei CF sul territorio, esperienze preziose da consegnare alle nuove generazioni di operatori sanitari. Il secondo volume è dedicato a un approfondimento dei risultati a livello regionale che ne consente una lettura contestualizzata ai diversi sistemi sanitari regionali in un'ottica di *benchmarking*, già pubblicati online su Epicentro, il portale ISS per gli operatori sanitari dedicato all'epidemiologia per la sanità pubblica e alla promozione della salute.

Questo primo volume si apre con un capitolo che interpreta i principi base che hanno ispirato l'istituzione dei CF più di 40 anni fa e sottolinea l'attualità di questi servizi anche in un contesto internazionale.

A seguire sono descritti il Progetto e la metodologia adottata, quindi vengono riportati i risultati dei primi 2 livelli di indagine, regionale e aziendale, incentrati sulle linee di indirizzo, gli assetti organizzativi, gli aspetti gestionali e di coordinamento, seguiti dai risultati del livello di indagine di singola sede consultoriale incentrati sulle attività offerte dai CF.

Un breve capitolo è dedicato ad alcune considerazioni conclusive. Viene poi proposta una lettura più approfondita e articolata dei risultati nei sette capitoli successivi dedicati a focus tematici sulle attività offerte dai CF. L'intento è di proporre una lettura dei risultati integrata con la conoscenza prodotta anche da altre fonti nazionali e internazionali sulle tematiche specifiche e di caratterizzare meglio la funzione attuale e le potenzialità future dei servizi consultoriali. Le tematiche trattate sono: la salute della donna *life-course* (prevenzione oncologica, fertilità, endometriosi, menopausa), il percorso IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza) e la contraccezione, le giovani generazioni, il percorso nascita, il supporto alla genitorialità, la salute mentale perinatale e il contrasto alla violenza di genere.

Infine, il volume è corredato da 2 Appendici. L'Appendice A contiene una narrazione dei CF ricostruita tramite le testimonianze e le riflessioni di alcune/i protagoniste/i che hanno visto intrecciata la loro vita personale e professionale con la storia di questi servizi. La raccolta di questi

contributi è stata motivata dal desiderio di dedicare uno spazio alla ricchezza delle esperienze vissute dai professionisti dei CF in un periodo storico di grande passione politica, caratterizzato da profonde trasformazioni sociali e culturali che hanno ispirato la nascita del consultorio consegnandole idealmente alle nuove generazioni di operatori perché possano ritrovarvi una nuova consapevolezza dell'identità originale e del valore di questi servizi. Nell'Appendice B sono riportati due contributi che sono stati oggetto di interventi al convegno finale per la presentazione dei risultati del progetto, tenutosi a Roma presso l'ISS il 12 dicembre 2019: "Com'era verde la mia vallata... ovvero la memoria consegnata" della sociologa Marina Piazza ispirato alle testimonianze dal territorio, e "Salute della donna: tappe di vita" della sociologa Grazia Colombo.

Bibliografia

1. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Donati S, Gruppo di Lavoro CF e COVID-19. Il Consultorio familiare per la tutela e promozione della salute dei singoli e delle comunità: una riflessione ai tempi del Coronavirus. *Epidemiol Prev* 2020; 44 (5-6) Suppl 2:374-379.
2. Lauria L, Bortolus R, Battilomo S, Lega I, Pizzi E, Tamburini C, Donati S. Analisi delle attività della rete dei Consultori Familiari per una rivalutazione del loro ruolo: principali risultati del Progetto CCM 2017. *Epidemiol Prev* 2021; 45 (5):331-342. doi: 10.19191/EP21.5.A001.096

ATTUALITÀ DEI CONSULTORI FAMILIARI

Michele Grandolfo

Già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il progetto qui presentato rappresenta un importante passo in avanti verso la conoscenza dello stato dell'arte dei consultori familiari che contribuisce a fare chiarezza su quale sia oggi la loro identità nei vari contesti regionali e a dare loro forma e visibilità. Per capire a fondo l'identità dei consultori familiari, senza entrare nel merito dei risultati diffusamente riportati nel rapporto, è tuttavia opportuno partire da lontano e narrare brevemente quale confronto epocale si sia consumato negli ultimi decenni in merito al concetto stesso di salute e sui sottesi modelli di salute. Un'evoluzione che ha investito in pieno i consultori favorendo nuove riflessioni a seguito delle criticità che la pandemia da COVID-19 ha fatto emergere in merito ai diversi modelli assistenziali adottati a livello territoriale.

I consultori familiari istituiti nel 1975 (Legge 405) sono i servizi di base a fondamento di una sanità pubblica sostenibile nel 21esimo secolo.

Prima della loro istituzione esistevano servizi consultoriali di ispirazione cristiana e laica, che facevano riferimento alla definizione di salute del 1948 (non solo assenza di malattia ma completo benessere psicofisico) che metteva in discussione il paradigma del modello biomedico di salute, senza svilupparne le fisiologiche conseguenze e mantenendo il paradigma che ha caratterizzato tutto il ventesimo secolo: il paternalismo direttivo. È l'esperto che stabilisce se si è in completo benessere psicofisico e senza malattia, ma è dietro l'angolo il rischio che l'esperto consideri chi si ritiene sano colui che non sa di essere malato: è lo scenario del dottor Knock di "Knock, o il trionfo della medicina", opera teatrale di Jules Romains, scritta nel 1923.

È quindi comprensibile che l'esperto consideri suo compito primario cercare le fragilità, anche attraverso l'impiego di profili che "obiettivano" la qualifica di persona "fragile o a rischio di fragilità". La fisica quantistica ci insegna che è l'osservazione stessa a posizionare l'osservato in uno dei possibili stati, nel nostro caso si ha a che fare con la diagnosi stigmatizzante.

Alla fine del XIX secolo si sviluppano le istituzioni di sanità pubblica, anche in risposta alle rivendicazioni espresse nei conflitti sociali, soprattutto nel campo del lavoro, riconoscendo le crisi sanitarie -anche dovute alle condizioni di estremo disagio negli ambienti di lavoro e di vita- come problema di ordine pubblico.

In Italia la sanità pubblica ha avuto livelli di eccellenza nella qualità dell'organizzazione sul territorio e per le attività svolte: Medici provinciali e Laboratori di Igiene e Profilassi provinciali e Ufficiali sanitari in ogni comune, con le ostetriche condotte ne costituivano la capillare ossatura, tutto sotto il coordinamento del Commissariato alla sanità del Ministero dell'Interno (il Ministero della Sanità fu istituito negli anni Cinquanta). Con tutti i limiti di una sanità pubblica sostanzialmente ridotta all'igiene pubblica, sono stati numerosi e indubbi i suoi meriti. Basterebbe menzionare uno degli ultimi più clamorosi successi: la sostanziale eliminazione della poliomielite nel 1964, grazie alla strategia vincente che esalta il concetto di salute come bene comune proposta da A. B. Sabin, un genio assoluto della sanità pubblica.

Alla fine degli anni Sessanta del secolo scorso, nel contesto del conflitto sociale, il movimento operaio, con Giulio Maccacaro, rivendica il diritto a parlare della propria condizione e di essere artefice della tutela della propria salute e, con Basaglia, anche ai malati di mente fu riconosciuto il diritto alla parola; Maccacaro e Basaglia, due giganti del ventesimo secolo! In quella temperie irrompe il movimento delle donne che rivendica autodeterminazione e autonomia e nascono i

primi consultori autogestiti che prefigurano i consultori della Legge 405 con il portato innovativo di adottare non solo un modello sociale di salute, perché quelle sociali sono le cause dietro le cause, ma, soprattutto, un modello relazionale basato sulla partecipazione e sull'*empowerment*. Il compromesso lessicale che li fa chiamare nella legge "consultori familiari" servì per affermare una rivoluzione copernicana: è la persona, nel contesto delle sue relazioni affettive e sociali, che decide di sé con consapevolezza, acquisita nel percorso della promozione della salute.

Le donne e l'età evolutiva sono le sezioni prioritarie della popolazione verso le quali delineare strategie di promozione della salute, le prime perché perni delle relazioni affettive e sociali, l'età evolutiva perché determinanti nel costruire il futuro.

Si passa quindi da un modello biomedico di salute – il professionista sa e dispone il da farsi e la persona deve seguire le direttive – ad un modello sociale di salute, che implica che la dicibilità delle cause sociali è competenza della persona che deve essere messa in grado di esprimere tale competenza: si tratta di un iniziale percorso di *empowerment*.

Nell'approccio paternalistico si è nella continua ricerca delle "fragilità" e, con l'aumento del benessere socio-economico, le fragilità si possono scientemente inventare per alimentare il mercato della salute. Nell'approccio dell'*empowerment* e della partecipazione si è nella "ossessiva" ricerca dei punti di forza su cui far leva per tenere sotto controllo le fragilità.

È opportuno sottolineare che solo dopo un decennio, con la Carta di Ottawa (1986), si propone una nuova definizione di salute come la condizione in cui la persona ha capacità autonoma di controllo sul proprio stato: la promozione della salute si pone tale obiettivo. L'arte socratica della maieutica viene applicata per stimolare la riflessione e il ripensamento sui propri vissuti quotidiani, sulla memoria storica della comunità di appartenenza, compresi i tabù e i pregiudizi. Alle domande che emergono debbono essere garantite le migliori conoscenze scientifiche, con i rispettivi contesti di validità e margini di errore, nel rispetto delle preferenze che le persone hanno maturato nel processo di *empowerment*.

Con i consultori si sperimenta quindi un modello di servizio di base, originale per i paradigmi che congiuntamente lo sottendevano, per costruire un percorso di liberazione dagli stereotipi e di acquisizione di consapevolezza.

Le professioniste e i professionisti che si impegnarono con entusiasmo nei nuovi servizi furono, nella generalità dei casi, condizionati dal modello ambulatoriale di attesa di chi propone un problema di salute, anche se non mancarono esperienze geniali di offerta attiva di servizi in ambienti comunitari, soprattutto le scuole, per la promozione della salute e di cui si trova traccia tra le testimonianze riportate nel rapporto. La deriva verso una prevalente attività di cura era inevitabile senza una strategia operativa a sostegno della promozione della salute. Venivano a essere privilegiate le prestazioni, i cui numeri venivano richiesti come valutazione di attività dai servizi di gestione tradizionali. Ciò comportava un rischio di frammentazione e settorializzazione, in clamorosa contraddizione con l'idea originale di operare come *équipe* multidisciplinare.

Già nei primi convegni degli inizi degli anni Ottanta emersero criticità, peraltro favorite dalle legislazioni regionali differenziate secondo logiche contraddittorie. Le criticità furono esacerbate dalle ostilità dei servizi tradizionali che provarono sistematicamente ad emarginare questi servizi innovativi che mettevano in discussione con la loro presenza il modello biomedico di salute. Peraltro, la stessa riforma sanitaria della Legge 833/1978 fu osteggiata proprio per i principi innovativi che avevano dato luogo tre anni prima anche all'istituzione dei consultori familiari.

Era necessario riflettere sulle implicazioni in termini di strategie operative della scelta della promozione della salute come attività dominante e qualificante. L'idea del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) nasce alla metà degli anni Ottanta. Le prime formulazioni furono approvate in commissioni ministeriali del 1987-1989 e del 1995-1996, da cui scaturirono finanziamenti e la Legge 34/1996 che stabiliva un consultorio ogni 20.000 abitanti. Il POMI fu varato nel 2000.

Come valutare l'efficacia, in termini di impatto di sanità pubblica, dell'attività di promozione della salute? Il livello di capacità autonoma di controllo sul proprio stato non è misurabile, ma lo sono: a) gli effetti, in termini probabilistici, di riduzione del rischio di eventi e condizioni di sofferenza; b) una maggiore capacità di cercare salute; e c) la disponibilità ad aiutare altre persone nella crescita di consapevolezza. Il primo punto è cruciale: le condizioni di rischio non sono uguali nelle stratificazioni sociali e, nella generalità dei casi, chi vive in condizioni di marginalità sociale è a maggior rischio e ha minore capacità di "cercare salute".

Senza un modello operativo di offerta attiva non viene esposto all'attività di promozione della salute proprio chi è a maggior rischio e, di conseguenza, l'impatto dell'intervento risulta ridotto. Ma come si definisce l'offerta attiva? Offerta: ci si rivolge alla persona con rispetto, gentilezza, empatia, compassione e umiltà; attiva: se la persona rifiuta il coinvolgimento ci si deve domandare quali errori possano essere stati compiuti nella comunicazione, quali siano state le barriere, sicuramente maggiori per chi vive in condizioni di marginalità sociale. La conoscenza epidemiologica dei differenziali di rischio nella comunità di riferimento è essenziale per non rischiare di andare a cercare la chiave dove c'è luce e non dove la si è persa.

Occorrevano quindi strategie operative per rispondere alle domande: Chi? Come? Quando? Dove? Con la consapevolezza che le persone difficili da raggiungere sono anche quelle a maggior rischio. Infatti, come si è detto, la capacità di cercare salute è un risultato dell'azione di promozione della salute e non può essere valido il modello operativo di attesa che un bisogno, peraltro potenziale, venga proposto spontaneamente.

L'offerta attiva ha un alto valore di etica pubblica, chiaramente richiamata dagli articoli 3 e 32 della Costituzione.

Ma non solo, è interesse di tutti che i servizi operino secondo il modello dell'offerta attiva, infatti il benessere di ciascuna persona dipende da quello di tutte le altre e anche i più abbienti vedono il loro benessere aumentare se aumenta quello dei meno abbienti, a conferma che la salute è bene comune e a giustificazione della progressività della tassazione.

Parlare di strategie operative ha senso se sono chiari gli obiettivi di salute specifici e se sono identificati gli indicatori di esito per valutarli, se è definita la popolazione "bersaglio" con le sue articolazioni rispetto al rischio, se sono delineate le attività di cui l'efficacia nella pratica è da valutare con adeguati indicatori di risultato, le modalità con cui svolgerle, a partire dalle procedure per l'offerta attiva, da cui ricavare gli indicatori di processo. Da questo punto di vista le informazioni rese disponibili da questo progetto permettono di delineare l'approccio usato dai servizi consultoriali nelle varie Regioni/Province Autonome (PA) rispetto alle attività di programmazione e di valutazione e la disponibilità di risorse, flussi informativi e personale che consentono di realizzare tali attività. È infatti in questa prospettiva che si valutano i carichi di lavoro necessari, per ogni componente dell'équipe consultoriale, per coinvolgere un numero ottimale delle popolazioni bersaglio, nel bacino di riferimento del servizio consultoriale, corrispondenti ai programmi strategici (percorso nascita, educazione sessuale nelle scuole, prevenzione del tumore del collo dell'utero). A tali carichi di lavoro vanno aggiunti quelli derivanti dai programmi satellite (come nel caso dello screening del tumore del seno che ha come popolazione bersaglio una parte consistente di quella dello screening del tumore del collo dell'utero), oltre a quelli per rispondere alle richieste di altre autorità e per l'utenza spontanea. I carichi di lavoro devono, infine, tener conto del tempo necessario per le attività di programmazione operativa, formazione e valutazione. La capacità di coinvolgere equamente tutte le articolazioni sociali rappresenta momento centrale di valutazione: se gli indicatori specifici di esito, di risultato e, soprattutto, di processo sono diversi per stratificazione sociale si ha evidenza di qualità operativa da migliorare, sia in termini di aggiornamento professionale a partire dalla qualità della comunicazione, sia in termini di organizzazione delle attività. Perché la sanità pubblica ha ragione di esistere se è in grado di ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze

sociali. È da tale approccio che scaturisce l'indicazione di un consultorio ogni 20.000 abitanti della Legge 34/1996 con l'organico e i carichi di lavoro indicati nei documenti ministeriali e infine nel POMI.

Perché i programmi strategici indicati? Nel percorso nascita si vive un cambiamento di rilevanza assoluta in cui si esprime una competenza e una ricerca di benessere: la disponibilità a rimettere in discussione gli stili di vita è massima (es. la maggior parte delle donne che fumano smettono in gravidanza, migliorano l'alimentazione, ecc.), il contatto con i servizi sanitari avviene, nella generalità dei casi, nella dimensione della fisiologia e la ricettività all'attività di promozione della salute è straordinaria, il che è di tutto rilievo se si considera che i cambiamenti raccomandati valgono anche in tutte le altre fasi della vita e per tutte le persone in relazione affettiva. Inoltre, sperimentare una competenza come quella di far nascere rafforza il senso di competenza, essenziale per affrontare le "sfide" poste dal nuovo sistema relazionale affettivo nella ricerca del ben-essere. L'ostetrica, figura pivotale nell'équipe consultoriale (équipe che va vista come *ensemble* jazzistico piuttosto che orchestra sinfonica) svolge una funzione essenziale nel far emergere, valorizzare, promuovere, sostenere e proteggere le competenze della donna e della persona che nasce perché questo e non altro significa assistere la fisiologia. Accogliere le "fragilità" e, promuovendo la capacità di cercare salute, aiutare la donna a tenerle sotto controllo e a superarle, offre un'opportunità eccezionale di crescita di consapevolezza. Tale "assistenza" deve essere garantita a maggior ragione quando si ha a che fare con una gravidanza e parto problematici, in cui l'affiancamento dell'esperto di patologia è indispensabile, perché in tali circostanze si propone la tendenza a delegare e a perdere il controllo sul proprio stato. Per la persona che nasce avere la possibilità di poter sperimentare le proprie competenze sostenute dalla dimensione affettiva è essenziale per sviluppare il senso di autonomia e renderla meno disponibile agli stereotipi, alimentari e non solo.

L'età evolutiva, peraltro immersa in un processo di formazione formale che, se ben condotto, aiuta a sviluppare competenze e autonomia, ha una plasticità caratteristica dei continui cambiamenti che sperimenta. Lo stimolo alla riflessione e al ripensamento sui vissuti e sulla memoria storica della comunità di appartenenza, da connettere alla memoria storica della comunità globale, anche con gli strumenti didattici in corso di acquisizione, ha una potenzialità di successo straordinaria, soprattutto se c'è l'invito a produrre "opere" da utilizzare per "educare" gli adulti (ecco che cosa si deve intendere con l'"health promoting school"). Il tema della sessualità e delle relazioni affettive è certamente un tema caldo di estremo interesse ed è presente in tutte le manifestazioni della creatività umana, vero e proprio "cavallo di Troia" per sviluppare processi di consapevolezza con la finalità di aumentare il controllo sul proprio stato: non c'è ambito migliore per mettere in discussione gli stereotipi, a partire da quelli primari del maschilismo.

La prevenzione del tumore del collo dell'utero ha come popolazione bersaglio le donne di età compresa tra 25 e 64 anni: è la popolazione femminile più attiva, pilastri delle famiglie, con "bisogni" di promozione della salute facilmente immaginabili: dal desiderio di fecondità alla procreazione responsabile, dall'alimentazione all'attività fisica, dalla prevenzione dei tumori alla gestione della menopausa, le dinamiche delle relazioni affettive e sociali, per citare i più importanti.

Se l'età evolutiva costruisce il futuro, la crescita di consapevolezza delle donne ha evidenti riflessi nella famiglia e nella società, con effetti più rapidamente acquisibili.

Se la promozione della salute ha come obiettivo specifico una aumentata capacità di cercare salute, si comprende come la relazione che si instaura con le singole persone nei programmi strategici e in quelli satellite offre l'opportunità di far emergere fragilità, problemi familiari e/o sociali che altrimenti non emergerebbero se non come punta di iceberg. Spesso si tratta di condizioni delle quali si ha vergogna a parlare, come nel caso di abusi e violenze familiari o

condizioni di dipendenza che riguardano la persona stessa o i propri cari. Si riconosce così l'importanza strategica delle équipes multidisciplinari per la straordinaria capacità di immediata presa in carico in un sistema protetto. Non c'è problema di salute che non si configuri in tutte le sue sfaccettature e implicazioni bio-psico-sociali.

In definitiva, avere servizi di base con capacità di visione integrata, dedicati alla promozione della salute, con prioritaria attenzione alla salute della donna e dell'età evolutiva – aree forti della popolazione per le potenzialità di promozione della salute – è la condizione perché possa esistere un valido servizio sanitario pubblico universale.

Promuovere la consapevolezza delle persone e delle comunità nel produrre benessere riduce i rischi di malattia e le conseguenti necessità di cura e riabilitazione, determina anche le condizioni per arginare la vera piaga che minaccia la sostenibilità del sistema sanitario pubblico: l'esplosione dell'inappropriatezza.

L'inappropriatezza si mangia fino a un quarto (1) delle risorse dedicate alla salute, tenendo conto anche degli effetti iatrogeni da mettere sempre in conto. L'insostenibilità è garantita e la deriva verso sistemi privatistici è all'ordine del giorno. L'esperienza statunitense ci indica la meta: più spese a fronte di peggiori indicatori e maggiori differenziali di salute, oltre ad ampie quote di popolazione non coperte dall'assistenza sanitaria (2).

Se c'è un ambito in cui l'inappropriatezza esplose in tutta la sua inaccettabilità e contraddittorietà è proprio il percorso nascita, caratterizzato nella generalità dei casi dalla fisiologia, che deve essere rispettata ed è invece sistematicamente violata con la "minaccia" del rischio e con la presunzione di produrre maggiore sicurezza che, al contrario, viene messa in discussione. Le interferenze sulla fisiologia (che è bene ricordare essere espressione di competenza) produce danno, come è nel caso del trauma perineale, o induce al ricorso a pratiche di chirurgia maggiore (taglio cesareo, salva vita quando ha appropriata indicazione) con complicanze iatrogene non trascurabili. Gli effetti iatrogeni a breve non sono l'unico effetto perverso dell'inappropriatezza, sono di gran lunga più importanti gli effetti subdoli di inibizione del senso di competenza della mamma prodotti con l'interferenza della sua espressione, per non parlare dell'impedimento dell'espressione di competenza della persona che nasce.

Nel percorso nascita l'inappropriatezza produce senso di dipendenza, delega all'"esperto" che si ammantava dell'alone della scienza negandola quando propone procedure non sostenute da valide prove scientifiche: ecco le basi del mercato della salute. Ed ecco una delle cause che spinge le donne in gravidanza a rivolgersi al privato piuttosto che al consultorio familiare. Le gravidanze assistite dal consultorio familiare o da un'ostetrica, come è raccomandato, sono infatti secondo l'indagine circa il 35% nonostante le indagini nazionali condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (3-5) nel corso di decenni testimonino come l'assistenza consultoriale o dell'ostetrica e gli incontri di accompagnamento alla nascita producano maggiore soddisfazione e migliori esiti di salute come la maggiore persistenza dell'allattamento al seno, senza trascurare la minore esposizione alle pratiche inappropriate. A supporto di queste considerazioni l'indagine sui consultori ha reso possibile identificare Regioni che in questi anni hanno fortemente investito sulla disponibilità e sull'autonomia della figura dell'ostetrica nelle attività consultoriali legate al percorso nascita mostrando una migliore capacità attrattiva per le donne in gravidanza e migliori indicatori di esito.

I risultati dell'indagine confermano inoltre che le attività svolte nella generalità dei servizi consultoriali sono quelle raccomandate e il livello di coinvolgimento della popolazione del bacino di riferimento dipende dall'adeguatezza della programmazione regionale e aziendale, dall'integrazione di sistema, dall'ampiezza del bacino, della presenza delle figure professionali di riferimento e delle corrispondenti ore di lavoro settimanali: a maggiore adeguatezza corrisponde maggiore coinvolgimento. Si confermano così le straordinarie potenzialità dei consultori familiari e l'opportunità della loro riqualificazione e potenziamento secondo le indicazioni legislative e

normative, fornite dalla Legge 34/1996 e dal POMI. È fondamentale inoltre che ci sia una sorveglianza sia nazionale che regionale dell'appropriato utilizzo dei fondi vincolati per il potenziamento dei CF soprattutto al Sud.

Saranno pure cambiati gli scenari ma la necessità delle strategie della promozione della salute nei termini della Carta di Ottawa non solo persiste ma è ancora più impellente. Visto il maggior livello di istruzione e la maggiore disponibilità di fonti di informazione, è sempre meno comprensibile e accettabile da parte delle persone un modello di coinvolgimento basato sul paternalismo direttivo. I consultori familiari, riqualificati e potenziati, saranno formidabile stimolo al cambiamento anche per i servizi tradizionali nei quali si avverte sempre più pressante la necessità di un ripensamento generale, come testimoniato dallo sviluppo delle esperienze della medicina narrativa e della valorizzazione dell'alleanza terapeutica.

Se ce ne fosse ulteriore bisogno l'emergenza della crisi pandemica ha messo in evidenza la follia della mortificazione del servizio sanitario pubblico e, in particolare, dei servizi territoriali avvenute negli ultimi decenni. Tutto ciò permette di affermare che i consultori familiari pubblici, operanti secondo il modello del POMI, sono servizi del ventunesimo secolo e pilastri di un servizio sanitario nazionale pubblico, universale e sostenibile

Bibliografia

1. Cartabellotta N, Cottafava E, Luceri R, Mosti M. *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Bologna: Fondazione GIMBE; 2019. Disponibile a: https://www.salviamossn.it/var/contenuti/4_Rapporto_GIMBE_Sostenibilita_SSN.pdf; ultima consultazione 24/5/2022.
2. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System. *JAMA*. 2019;322(15):1501-9.
3. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>; ultima consultazione 24/5/2022
4. Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).
5. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).

CONSULTORI FAMILIARI IN ITALIA: UN PROGETTO PER VALUTARNE L'ATTIVITÀ E IL RUOLO

Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Serena Donati
Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

I Consultori Familiari (CF), istituiti con Legge nazionale 405/1975 (1), costituiscono un esempio unico di servizio multidisciplinare di prossimità a tutela della salute della donna, dell'età evolutiva e delle relazioni di coppia e familiari. Attraverso l'integrazione di attività sociosanitarie di base, si connotano come servizi fortemente orientati ad attività di prevenzione e di promozione della salute.

Nonostante la riconosciuta validità dei loro principi costitutivi, caratterizzati da un approccio olistico, multidisciplinare e non direttivo, l'implementazione dei CF nel corso dei decenni ha seguito un percorso nonlineare ed è stata disomogenea sul territorio nazionale (2).

Tra le cause di discontinuità e disomogeneità possiamo annoverare la produzione di riferimenti normativi regionali diversificati, specificità territoriali di tipo organizzativo, diverse dotazioni di risorse umane ed economiche e mancanza di obiettivi operativi appropriati e misurabili dal punto di vista della sanità pubblica con indicatori di processo, risultato ed esito.

Questo percorso da un lato ha reso difficile descrivere e valutare le attività dei CF a livello nazionale e regionale e dall'altro non ha permesso di arginare il progressivo e diffuso processo di depauperamento delle sedi e delle équipes dei CF, minando il ruolo originario. Tuttavia, l'approccio multidisciplinare e olistico di questi servizi sociosanitari distribuiti sull'intero territorio nazionale, l'attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la capacità di realizzare programmi di promozione della salute volti all'*empowerment* delle persone e delle comunità che li caratterizzano, li rendono presidi di straordinaria attualità in ambito di salute pubblica (3).

Questa visione si addice a quanto previsto nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 del Ministero della Salute che punta su una programmazione basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio e mira a rafforzare l'impegno delle politiche sanitarie nella promozione della salute, anche tramite l'*empowerment* della comunità. La recente emergenza pandemica da COVID-19, iniziata in concomitanza con la fine del progetto qui presentato, ha messo a dura prova la tenuta dei servizi territoriali di base ma ha permesso di evidenziare la grande capacità reattiva di molti servizi consultoriali che hanno saputo riorganizzarsi per continuare a dare risposta in sicurezza ai bisogni espressi dalla popolazione (4). Le grandi potenzialità per la salute pubblica di questi servizi sono oggi riconosciute anche nel contesto internazionale.

Organizzazioni come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), con la dichiarazione di Alma-Ata del 1978 (5) ripresa e rafforzata nella dichiarazione di Astana del 2018 (6), enfatizzano l'importanza di rendere disponibili servizi di salute di base che corrispondono appieno al modello socio-assistenziale proprio dei CF introdotto in Italia oltre 40 anni fa. A livello nazionale, nonostante le criticità, il riconoscimento della valenza strategica dei CF da parte delle istituzioni centrali non è mai venuto meno.

L'originalità dei servizi consultoriali è sempre stata vista come patrimonio unico da non disperdere e a partire dalla fine degli anni Ottanta, commissioni nazionali promosse dai Ministri della sanità hanno prodotto linee di indirizzo per la riqualificazione e potenziamento dei CF, fino ad arrivare al Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (7) quale espressione operativa della rilevanza strategica assegnata alla tutela della salute della donna e del bambino nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Più recentemente segnaliamo i richiami ai CF presenti nei nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) 2017 (8), nel Piano Nazionale Fertilità, nel IV Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza e nel recente 5° Piano di Azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva curato dall'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e per l'Adolescenza, che ha incluso il rafforzamento dei CF tra le azioni per prevenire condizioni di rischio e promuovere il benessere psicologico e fisico in età evolutiva (9).

Inoltre, come fase propedeutica conoscitiva dello stato dell'arte dei CF, nel 2017 il Ministero della Salute ha promosso e finanziato nell'ambito del bando del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) per il 2017, un progetto di ricognizione delle modalità organizzative e delle attività offerte dai servizi consultoriali su tutto il territorio nazionale, finalizzata a una loro riqualificazione.

Il coordinamento del progetto "Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi" è stato affidato al Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Metodologia del progetto

Il progetto ha avuto una durata di due anni, dal gennaio 2018 al gennaio 2020. Oggetto di studio sono stati i CF pubblici e i consultori privati accreditati attivi sul territorio nazionale, censiti dal Ministero della Salute (<https://www.salute.gov.it/portale/donna/consultoriDonna.jsp?lingua=italiano&id=4524&area=Salute%20donna&menu=consultori>). Il gruppo di coordinamento si è avvalso della collaborazione di un Comitato Tecnico (CT) composto da esperti dei servizi consultoriali individuati in rappresentanza delle aree geografiche Nord, Centro e Sud del Paese e delle principali figure professionali operanti nei consultori, quali ginecologi, ostetriche, psicologi, assistenti sociali, esperti di medicina dei migranti e di alcuni rappresentanti del Ministero della Salute. Il ruolo del CT è stato di supporto allo sviluppo del progetto e alla definizione della sua articolazione e delle aree tematiche maggiormente rilevanti. Inoltre, il CT ha collaborato alla messa a punto delle schede per la raccolta dati.

Nel funzionamento dei servizi consultoriali sono coinvolti più livelli, il primo rappresenta la visione politica e strategica che elabora le linee di indirizzo, il secondo le realizza operativamente a livello di azienda sanitaria o distretto e il terzo offre le attività nei singoli CF.

L'indagine, coordinata dall'ISS, è stata disegnata tenendo conto di questi tre livelli distinti:

- *I livello di indagine – regionale*
per la rilevazione degli assetti organizzativi e degli organismi gestionali, della disponibilità di linee di indirizzo generali sui servizi consultoriali e delle attività di programmazione, valutazione e integrazione;
- *II livello di indagine – di Azienda sanitaria o di Distretto che ha coinvolto solo i coordinatori dei CF pubblici*

per la rilevazione degli aspetti organizzativi legati alle attività di coordinamento dei servizi consultoriali, alla loro integrazione con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio e con la comunità, alle attività di programmazione, valutazione e integrazione a livello di coordinamento aziendale;

- *III livello di indagine – di singola sede consultoriale che ha coinvolto sia i CF pubblici che quelli privati accreditati*
per la rilevazione degli aspetti strutturali, organizzativi e delle attività dei CF.

Per ogni livello di indagine è stata creata una scheda di raccolta dati *ad hoc*, che è stata inviata ai referenti identificati nel corso dello studio. L'individuazione dei referenti regionali del progetto (I livello di indagine) è avvenuta contestualmente all'adesione al progetto degli *Assessorati alla Salute*. Con il contributo dei referenti regionali è stato possibile identificare i coordinatori dei servizi consultoriali presenti nelle Regioni (a livello di Azienda Sanitaria o di Distretto – referenti del II livello di indagine). A loro volta, i referenti del II livello di indagine hanno individuato un referente in ogni consultorio (III livello di indagine), che ha coordinato lo studio a livello della singola sede di CF.

Per la definizione delle schede di raccolta dati è stata effettuata una disamina dei principali documenti nazionali disponibili su obiettivi e funzioni dei CF per popolazione target (adolescenti, coppie/famiglie, donne e, trasversalmente, la popolazione immigrata) e gli obiettivi in essi contenuti sono stati tradotti in azioni da declinare sotto forma di indicatori misurabili. Sono state quindi identificate le informazioni necessarie a stimare gli indicatori identificati e su tale base sono stati definiti gli strumenti per la raccolta dati.

I documenti di riferimento utilizzati sono stati il POMI (3), l'Intesa Conferenza Unificata 20 settembre 2007 (11), l'Accordo Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010 (12) e i nuovi LEA 2017 (8). Nella messa a punto delle schede si è tenuto conto anche delle informazioni già raccolte dalle precedenti indagini dell'ISS sul percorso nascita, dell'indagine sulle attività dei CF condotta nel 2008 dal Ministero della Salute e dei report regionali disponibili. Tutto ciò per garantire quanto più possibile il confronto dei dati nel tempo e a livello territoriale.

Per ogni livello di indagine si è effettuata una raccolta dati online attraverso l'utilizzo della piattaforma *Limesurvey*. Quest'ultima ha reso possibile elaborare una versione computerizzata delle schede di raccolta dati, semplificando il processo di raccolta delle informazioni, tramite l'utilizzo di un codice identificativo univoco per l'associazione tra ciascun referente e la scheda corrispondente. Inoltre, l'utilizzo della piattaforma online ha permesso all'ISS di acquisire le schede compilate in tempo reale.

La finalità e la metodologia e del progetto sono state condivise con lo *Steering Committee*, composto da rappresentanti di associazioni, ordini professionali e società e federazioni scientifiche di riferimento per i professionisti sociosanitari dei consultori e da rappresentanti del Ministero della Salute. Lo *Steering Committee* ha avuto il compito di sostenere le attività del progetto e di promuovere la diffusione dei risultati.

Nel novembre 2018 è stata condotta l'indagine pilota per testare la validità delle schede e del sistema di raccolta dati online alla quale hanno partecipato le ASST di Mantova e dei Sette Laghi per il Nord, i Distretti del Perugino e del Trasimeno per il Centro e la ASL Napoli 1 Centro per il Sud. Risolte le criticità emerse alla prova sul campo, sono state messe a punto le versioni definitive degli strumenti di indagine. La raccolta dei dati per i 3 livelli di indagine si è svolta tra novembre/dicembre 2018 e giugno/luglio 2019.

La disponibilità in tempo reale delle schede compilate ha reso possibile effettuare centralmente un costante monitoraggio della partecipazione, grazie al quale è stato possibile inviare solleciti e contattare i non rispondenti per dare loro un supporto tecnico alla compilazione.

Risultati delle indagini a livello regionale e a livello di coordinamento aziendale

Partecipazione e rispondenza

Tutte le Regioni e Province Autonome (PA) hanno aderito al progetto e hanno partecipato ai 3 livelli di indagine con alcune diversità. Alle PA non è stata inviata la scheda regionale; la PA di Bolzano ha partecipato solo all'indagine di livello aziendale; la Liguria ha partecipato ai primi 2 livelli di indagine e solo parzialmente al livello di singola sede consultoriale.

Per il primo livello di indagine i risultati descritti si riferiscono a 19 Regioni, con un tasso di rispondenza del 100% da parte dei 19 referenti regionali individuati. I dati sono stati raccolti tra il 21 dicembre 2018 e il 25 marzo 2019.

Per il secondo livello di indagine, nelle 19 Regioni e 2 PA di Trento e Bolzano, sono stati identificati 207 coordinatori dei CF pubblici (per la sola PA di Bolzano anche i CF privati accreditati) a livello di Azienda sanitaria/Distretto. Le schede compilate sono state 183, con un tasso di rispondenza dell'88%, corrispondente a un totale di 1703 sedi coordinate. I dati sono stati raccolti tra il 19 settembre 2018 e il 29 maggio 2019.

Nella Tabella 1 si riportano, per ciascuna Regione o PA, il numero di schede inviate per la compilazione, il numero di schede compilate, la rispondenza calcolata come numero di schede compilate sul totale delle schede inviate per 100 e le aree di riferimento territoriale corrispondenti alle schede compilate. Nell'ultima colonna si riporta il numero di sedi coordinate indicate dai coordinatori dei servizi consultoriali che hanno partecipato al II livello di indagine.

Programmazione e valutazione secondo il POMI a livello regionale e di Azienda sanitaria/Distretto

Livello regionale

Nel POMI viene descritto il modello assistenziale che rappresenta la traduzione operativa dei principi fondanti dei consultori.

Tale modello assistenziale deve basarsi su un'attività di programmazione con obiettivi definiti e misurabili e su un'attività di valutazione periodica finalizzata alla verifica dell'efficacia dell'efficienza delle attività svolte dai CF tramite indicatori di processo, di risultato e di esito.

Nella Tabella 2 sono stati raggruppati e riportati i dati forniti dalle Regioni relativamente agli aspetti che rendono possibile e facilitano l'attivazione del ciclo continuo tra programmazione, definizione di obiettivi, disponibilità di indicatori misurabili, valutazione e ri-programmazione, che consente di redigere periodicamente una relazione consuntiva sugli obiettivi raggiunti.

In particolare, in tabella sono riportate le informazioni sulla disponibilità/redazione di:

- linee guida per l'attività dei CF;
- flusso informativo sulle attività dei CF;
- programmazione regionale periodica relativa a attività e obiettivi dei CF;
- relazione consuntiva sulle attività effettuate dai CF e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Tabella 1. Partecipazione, rispondenza, riferimenti territoriali e numero di sedi di CF coordinate dai rispondenti per il livello di indagine di Azienda sanitaria/Distretto (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/ PA	Schede		Risp.	Riferimento territoriale delle schede per livello di indagine di Azienda sanitaria/Distretto	N. sedi CF coordinate
	inviate	compilate			
Piemonte	12	12	100%	ASL Alessandria; ASL Asti; ASL Biella; ASL Cuneo 1; ASL Cuneo 2; ASL Novara; ASL Città di Torino; ASL Torino 3; ASL Torino 4; ASL Torino 5; ASL Vercelli; ASL Verbano-Cusio-Ossola.	124
Lombardia	26	26	100%	ASST Papa Giovanni XXIII, ASST di Bergamo Est, ASST di Bergamo Ovest; ASST degli Spedali Civili di Brescia, ASST della Franciacorta, ASST del Garda; ASST di Lecco, ASST di Monza, ASST di Vimercate; ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Ovest Milanese, ASST Rhodense, ASST Nord Milano, ASST Melegnano e della Martesana, ASST di Lodi; ASST dei Sette Laghi, ASST della Valle Olona, ASST Lariana; ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, ASST della Valcamonica; ASST di Pavia; ASST di Cremona, ASST di Mantova, ASST di Crema.	171
PA Bolzano	16	13	81%	Comprensorio Sanitario di Merano, Distretto di Bressanone, Distretto di Chiusa Circondario, Distretto dell'Alta Valle Isarco, Distretto di Bolzano, Distretto della Bassa Atesina, Distretto Oltradige, Distretto Laves-Bronzolo-Vadova, Consultorio Familiare Aied, Consultorio Familiare Fabe, Consultorio Familiare Lilith, Consultorio Familiare Mesocops, Consultorio Familiare P.M. Kolbe.	52
PA Trento	1	1	100%	APSS Trento.	10
Veneto	23	18 (21) (unica scheda compilata per più Distretti per un totale di 21 ULSS/ Distretti)	91%	Distretto 2 di Feltre (BL); Distretto di Treviso Quinto di Treviso e Treviso Sud, Distretto di Pieve di Soligo (TV), Distretto di Castelfranco Veneto (TV); ULSS 3 Serenissima; ULSS 4 Veneto Orientale; Distretto 1 di Rovigo, Distretto 2 di Adria (RO); Distretto 1 Padova Bacchiglione, Distretto 2 Padova Terme Colli, Distretto 3 Padova Piovese, Distretto 4 Cittadella e Camposampiero (PD) e Distretto 5 Padova Sud; Distretto 1 di Bassano del Grappa (VI), Distretto 2 di Thiene (VI); Distretto Ovest Valdagno (VI), Distretto Est di Vicenza; Distretto 1 e 2 di Verona e San Bonifacio (VR), Distretto 4 di Bussolengo (VR).	89
Friuli Venezia Giulia	17	13	76%	Distretto di Tarcento, Distretto di Udine; Distretto 1 Trieste, Distretto 2 Trieste, Distretto 3 Trieste, Distretto 4 Trieste; AAS2; Distretto 1 AAS3, Distretto 2 AAS3, Distretto 3 AAS3; Distretto del Noncello, Distretto del Sile, Distretto del Tagliamento.	24
Liguria	5	5	100%	ASL1 Imperiese; ASL2 Savonese; ASL3 Genovese; ASL4 Chiavarese; ASL5 Spezzino.	55
Emilia-Romagna	15	15	100%	AUSL Bologna; AUSL Ferrara; AUSL Imola; AUSL Modena; AUSL Piacenza; AUSL Reggio Emilia; Distretto di Parma, Distretto di Fidenza, Distretto Sud Est, Distretto Valli Tarò e Ceno; Distretto del Rubicone, Distretti di Ravenna-Lugo-Faenza, Distretto di Forlì, Distretto di Riccione, Distretto di Rimini.	192

Regione/ PA	Schede		Risp.	Riferimento territoriale delle schede per livello di indagine di Azienda sanitaria/Distretto	N. sedi CF coordinate
	inviata	compilate			
Toscana	3	3	100%	USL Toscana Centro; USL Toscana Nord ovest; USL Toscana Sud est.	156
Umbria	12	9	75%	Distretto Perugino, Distretto Assisano, Distretto Trasimeno, Distretto Alto Chiascio, Distretto Alto Tevere; Distretto di Terni, Distretto di Foligno, Distretto di Spoleto, Distretto di Orvieto.	32
Marche	5	5	100%	AV1; AV2; AV3; AV4; AV5.	61
Lazio	15	15	100%	ASL Frosinone; ASL Latina; ASL Rieti; ASL Viterbo; Municipi I, II, III, XIII, XIV e XV (ASL RM1); ASL RM2; ASL RM3; ASL RM4; ASL RM5; ASL RM6.	133
Abruzzo	4	4+ 1 CF	100%	Distretto sanitario area L'Aquila, Distretto sanitario area Peligno Sangrina; Area distrettuale di Lanciano; ASL3; ASL4. <i>(Le schede dei Distretti della ASL1 e della ASL2 descrivono solo una parte del territorio delle 2 ASL)</i>	29
Molise	3	2	67%	Distretto 1 di Campobasso; Distretto 3 di Termoli.	3
Campania	7	7	100%	ASL Avellino; ASL Benevento; ASL Caserta; ASL Napoli 1 Centro; ASL Napoli 2 Nord; ASL Napoli 3 Sud; ASL Salerno.	140
Puglia	9	9	100%	ASL Bari; ASL Barletta Andria Trani (BAT); ASL Brindisi; Distretti Foggia-Cerignola, Distretti San Severo-San Marco in Lamis, Distretti Lucera - Troia/Accadia, Distretti Manfredonia-Vico del Gargano; ASL Lecce; ASL Taranto.	144
Basilicata	8	6	88%	Distretto della Salute di Potenza; Distretto della Salute di Val d'Agri; Distretti della Salute di Melfi e Venosa; Distretto di Lauria (ambito Lagonegrese), Distretto di Matera; Distretto Metapontino-Collina Materana.	27
Calabria	5	3	60%	ASP di Catanzaro (dati quantitativi riferiti al solo Distretto di Soverato); ASP di Cosenza; ASP di Reggio Calabria	49
Sicilia	9	8	89%	ASP Caltanissetta; ASP Catania; ASP Enna; ASP Messina; ASP Palermo; ASP Ragusa; ASP Siracusa; ASP Trapani.	174
Sardegna	12	6	50%	ASSL Sassari; ASSL Lanusei; ASSL Sanluri; ASSL Carbonia; Distretto di Sarrabus-Gerrei, Distretto di Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta.	26
Totale	207	183	88%		1703

Nota: Per il livello distrettuale in alcuni casi si sono opportunisticamente accorpate più distretti per i quali è stata compilata un'unica scheda. A Bolzano, l'indagine ha avuto come riferimento i servizi consultoriali pubblici di 2 comprensori sanitari e di 8 Distretti ai quali si sono aggiunti 6 CF privati accreditati (con 15 sedi). Per il livello di indagine di Azienda sanitaria/Distretto si raccomanda cautela nella valutazione dei parametri riferiti alle Regioni Calabria e Sardegna data la bassa rispondenza rilevata in queste Regioni (50-60%).

Risp.: Rispondenza; **ASL:** Azienda Sanitaria Locale; **ASST:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale; **APSS:** Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari; **ULSS:** Azienda Unità Locale Socio Sanitaria; **AAS:** Azienda per l'Assistenza Sanitaria; **AUSL:** Azienda Unità Sanitaria Locale; **USL:** Unità Sanitaria Locale; **AV:** Area Vasta; **ASP:** Azienda Sanitaria Provinciale; **ASSL:** Area Socio Sanitaria Locale

Tabella 2. Disponibilità a livello regionale di documenti/strumenti per effettuare programmazione e valutazione delle attività dei CF (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Programmazione periodica relativa ai CF	Linee guida su attività dei CF	Flusso informativo dedicato ai CF	Relazione annuale su attività svolte e obiettivi raggiunti dai CF
Piemonte	Sì	Sì	Parziale	No
Valle d'Aosta	No	Sì	No	Sì, non specifica per i CF
Lombardia	Sì	Sì	Sì	No
Veneto	Sì	Sì	Sì	Sì
Friuli Venezia Giulia	Sì	Sì	Sì	No
Liguria	Sì	Sì	Sì	No
Emilia-Romagna	Sì	Sì	Sì	Sì
Toscana	Sì	Sì	Sì	Sì
Umbria	No	No	No	No
Marche	No	No	No	No
Lazio	Sì	Sì	No	No
Abruzzo	Sì	No	Parziale	No
Molise	No	No	No	No
Campania	Sì	Sì	Parziale	No
Puglia	Sì	Sì	No	No
Basilicata	Sì	Sì	No	No
Calabria	No	No	Parziale	No
Sicilia	Sì	Sì	Sì	Sì
Sardegna	No	Sì	No	No
Totale Sì	13	14	7	5

In 14 Regioni esistono linee guida per alcune delle attività svolte dai CF. Un flusso informativo dedicato ai CF è stato attivato in 7 Regioni, in 4 Regioni nel 2019 il flusso era in via di definizione o inserito in un flusso di dati non specifico per i CF. La maggioranza delle Regioni (12) effettua una programmazione periodica degli obiettivi ma sono solo 4 (Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Sicilia) quelle che redigono annualmente una relazione consuntiva sugli obiettivi raggiunti. La Valle d'Aosta, che non effettua una programmazione periodica di attività e obiettivi, redige una relazione consuntiva annuale non dedicata specificamente alle attività consultoriali, che è parte della relazione annuale dell'unica Azienda Unità Sanitaria Locale della Regione sulla gestione di esercizio e descrive sinteticamente l'organizzazione dei CF, dando conto del numero di prestazioni da essi effettuate nell'anno. In 4 Regioni (Umbria, Marche, Molise e Calabria) sono assenti tutti gli strumenti indicati.

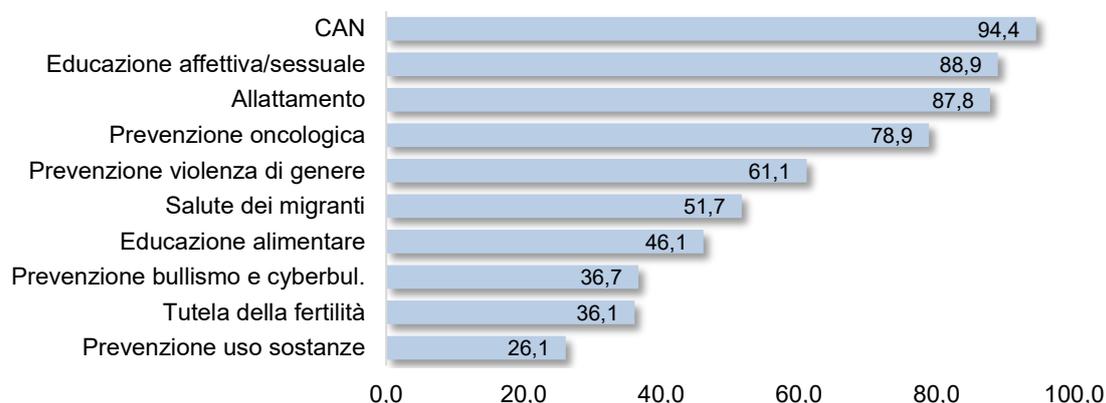
Livello di ASL/Distretto

Nella Tabella 3 si riporta la percentuale di Aziende sanitarie/Distretti che effettuano attività annuale di programmazione, di valutazione e che producono una relazione consuntiva in ogni Regione. Le Regioni in cui almeno l'80% delle Aziende sanitarie/Distretti rispondenti effettuano questi tre tipi di attività sono: Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Campania e Basilicata. Questo risultato indica, per quelle realtà che non dispongono degli strumenti indagati a livello centrale, che un'attività di programmazione e valutazione è tuttavia largamente presente ad un livello di maggiore prossimità con il territorio, mentre per Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Sicilia, che hanno riportato un'attività di programmazione periodica e la stesura di una relazione annuale sugli obiettivi raggiunti riferite all'intera Regione, il livello della programmazione di livello aziendale è sinergico a quello centrale.

Tabella 3. Aziende sanitarie /Distretti che programmano interventi di prevenzione/promozione della salute, effettuano una valutazione delle attività, redigono una relazione consuntiva annuale (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	N. Aziende sanitarie/ Distretti	Aziende sanitarie/ Distretti che effettuano programmazione (%)	Aziende sanitarie/ Distretti dotati di un piano di valutazione annuale (%)	Aziende sanitarie/ Distretti che redigono una relazione consuntiva annuale sulle attività dei CF (%)
Piemonte	12	100,0	83,3	66,7
Valle d'Aosta	2	100,0	0,0	100,0
Lombardia	26	96,2	96,2	88,5
PA Bolzano	13	92,3	53,9	69,2
PA Trento	1	100,0	0,0	0,0
Veneto	18	100,0	94,4	77,8
Friuli Venezia Giulia	13	100,0	92,3	69,2
Liguria	5	100,0	100,0	60,0
Emilia-Romagna	15	100,0	86,7	80,0
Toscana	3	100,0	100,0	33,3
Umbria	9	100,0	100,0	88,9
Marche	5	100,0	40,0	20,0
Lazio	15	100,0	93,3	46,7
Abruzzo	5	100,0	80,0	60,0
Molise	2	50,0	50,0	50,0
Campania	7	100,0	100,0	85,7
Puglia	9	100,0	88,9	77,8
Basilicata	6	83,3	100,0	100,0
Calabria	3	100,0	100,0	0,0
Sicilia	8	100,0	100,0	62,5
Sardegna	6	66,7	83,3	50,0
Totale	183	96,7	86,9	70,0

Dall'indagine è emerso che, complessivamente, gli ambiti nei quali è stata più frequentemente effettuata attività di programmazione a livello aziendale o distrettuale (Figura 1) sono stati i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) (94,4%), l'educazione affettiva e sessuale (88,9%) e l'allattamento (87,8%). A seguire la prevenzione oncologica (78,9%) e poi, con frequenze più basse, seguono gli altri ambiti fino alla prevenzione di uso di sostanze, citata nel 26,1% dei casi. Le quattro attività meno rappresentate sono attività rivolte agli adolescenti/giovani.

**Figura 1. Aziende sanitarie/Distretti (%) che effettuano programmazione per ambito di attività (Indagine CF-ISS 2018)**

L'offerta attiva – definita come la ricerca sul territorio delle persone da coinvolgere nelle attività di promozione della salute anche per contrastare e superare le disuguaglianze – rappresenta un aspetto innovativo e strategico delle attività dei CF. Nella Figura 2 vediamo come circa la metà delle Aziende Sanitarie/Distretti faccia riferimento alle condizioni di svantaggio sociale nelle attività di programmazione, e oltre tre quarti (77,6%) lo faccia nell'ambito delle strategie operative di intervento. Le Regioni in cui la quasi totalità delle Aziende sanitarie/Distretti rispondenti dispone di programmazione e strategie di intervento attente alle condizioni di svantaggio sociale sono Emilia-Romagna, Toscana e Calabria alle quali si aggiunge la PA di Trento, mentre le Regioni che restano sotto il 50% per entrambi gli indicatori sono Valle d'Aosta, Liguria e Marche.

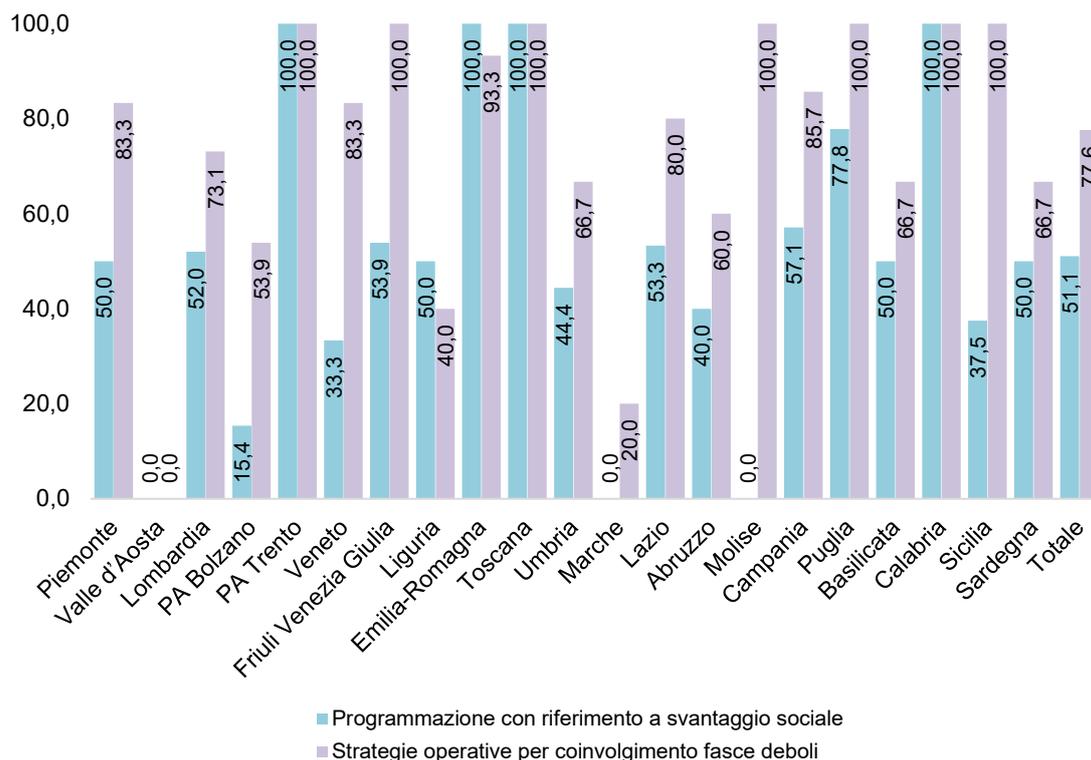


Figura 2. Aziende sanitarie/Distretti (%) che fanno riferimento a condizioni di svantaggio sociale nelle attività di programmazione e nelle strategie operative di intervento (Indagine CF-ISS 2018)

Sono state indagate anche le strategie più utilizzate per coinvolgere le fasce di popolazione più svantaggiate: l'utilizzo di materiale multilingue (88,0%) e l'apertura dei consultori in giorni/fasce orarie rispondenti alle esigenze dell'utenza (75,4%) (Figura 3). Nelle 19 Regioni e 2 PA il 59,2% delle Aziende sanitarie/Distretti partecipanti ha indicato la collaborazione con associazioni del Terzo settore mentre il 35-36% riporta interventi effettuati all'esterno del consultorio, in luoghi pubblici e in aree disagiate. Il 4,9% effettua interventi specificamente nei campi ROM.

Per quanto riguarda l'attività annuale di valutazione con monitoraggio tramite un apposito sistema di indicatori, questa viene effettuata nell'85,8% delle Aziende sanitarie/Distretti rispondenti (Figura 4). Meno frequente è la valutazione della soddisfazione da parte degli utenti (42,6%) che risulta del tutto assente in 5 Regioni e 1 PA.

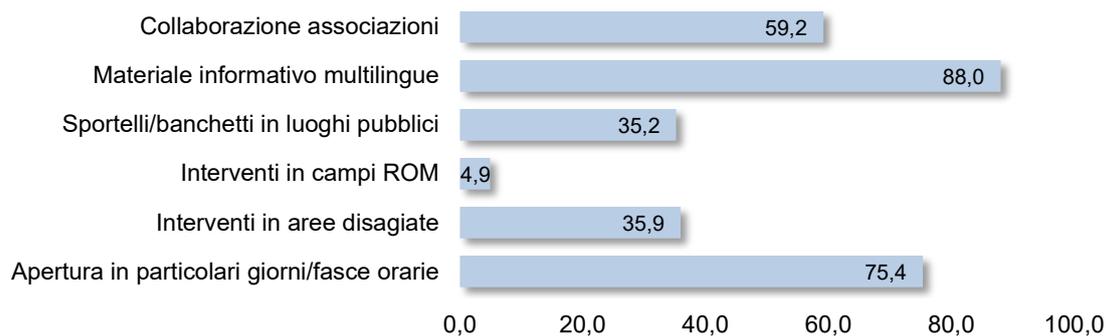


Figura 3. Aziende sanitarie/Distretti (%) che adottano strategie operative per coinvolgere fasce di popolazione più svantaggiate (Indagine CF-ISS 2018)

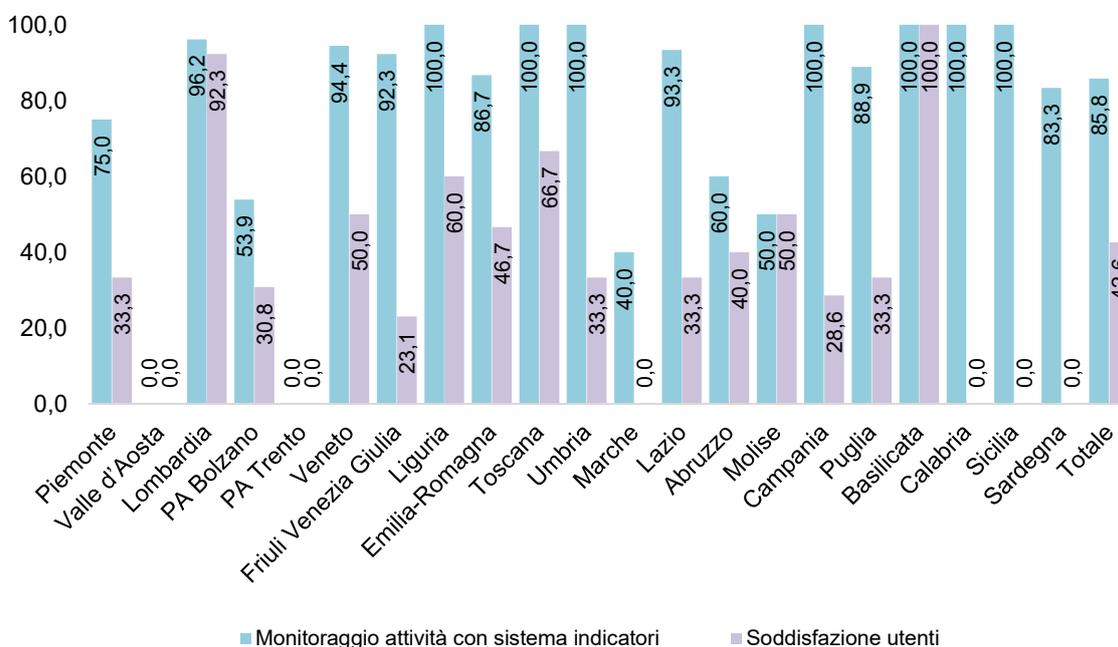


Figura 4. Aziende sanitarie/Distretti (%) che effettuano valutazione sulle attività offerte e sulla soddisfazione degli utenti (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Tabella 4 è riportata la percentuale di Aziende sanitarie/Distretti che hanno effettuato attività di ricerca negli ultimi 5 anni, che riflette una capacità di impegno dei CF in ulteriori attività volte a migliorare la qualità dei servizi offerti. Circa il 20% delle Aziende sanitarie/Distretti riporta di aver effettuato attività di ricerca nei propri CF; si evidenzia tuttavia un'ampia variabilità. Complessivamente gli argomenti che sono stati oggetto di ricerca coinvolgono tutte le popolazioni target dei CF, adolescenti, donne, coppie e famiglia, migranti. Tra gli argomenti più frequentemente studiati emergono il disagio adolescenziale, la salute sessuale e riproduttiva, il disagio psichico/depressione nel pre e post partum, i maltrattamenti e violenza, la salute dei migranti.

Tabella 4. Aziende sanitarie/Distretti che hanno riportato attività di ricerca nei CF negli ultimi 5 anni formalizzate con protocollo scritto e descrizione dell'ambito di ricerca (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	Aziende sanitarie/ Distretti (%)	Argomenti oggetto di attività di ricerca
Piemonte	41,7	Depressione post partum, autismo, disagio psichico pre e postnatale, maltrattamento e abuso, violenza di genere, salute sessuale e riproduttiva, salute dei migranti
Valle d'Aosta	0,0	
Lombardia	11,5	Disagio psichico in gravidanza, adozioni, abuso, maltrattamenti
PA Bolzano	0,0	
PA Trento	0,0	
Veneto	22,2	Disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva, allattamento, salute dei migranti, depressione post partum, genitorialità positiva, adozioni
Friuli Venezia Giulia	7,7	Salute sessuale e riproduttiva, prevenzione depressione post partum
Liguria	0,0	
Emilia-Romagna	26,7	Disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva, allattamento, salute dei migranti, uomini maltrattanti, maltrattamento, violenza domestica in gravidanza
Toscana	33,3	Salute sessuale e riproduttiva
Umbria	11,1	Salute dei migranti
Marche	20,0	Disagio adolescenziale
Lazio	33,3	Salute sessuale e riproduttiva, allattamento, salute dei migranti, CAN e genitorialità, conoscenza e attitudine vaccinazioni, depressione post partum
Abruzzo	20,0	Disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva
Molise	0,0	
Campania	28,6	Disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva, efficacia CAN
Puglia	44,4	Disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva, allattamento, salute dei migranti, assistenza parto e gravidanza, monitoraggio presenza di diossine e policlorobifenili (PCB) nel latte materno
Basilicata	0,0	
Calabria	33,3	Disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva, allattamento, salute dei migranti
Sicilia	25,0	Salute sessuale e riproduttiva, HPV
Sardegna	16,7	Disagio adolescenziale
Totale	19,7	

Assetti organizzativi regionali e organismi gestionali dei CF

Le modalità di realizzazione degli obiettivi programmatici dei CF dipendono dalle caratteristiche degli organismi gestionali creati per il loro funzionamento e dagli assetti organizzativi regionali in cui sono incardinati.

L'assetto organizzativo dei servizi sociosanitari che si osserva nelle regioni italiane è legato alla specifica architettura organizzativa a livello istituzionale-amministrativo presente nelle Regioni che assegna ruoli diversi alle varie componenti (Aziende sanitarie, Distretti, Dipartimenti, Comuni, ecc.). In questo senso, l'indagine ha raccolto alcune informazioni che consentono di tratteggiare un quadro generale del contesto e delle modalità con cui operano i servizi consultoriali che è in parte espressione del riconoscimento dell'importanza strategica assegnata all'area materno-infantile e a questi servizi.

Una prima informazione riguarda gli organismi gestionali per i servizi consultoriali che, se formalizzati, si articolano in genere in Unità Operative Semplici (UOS) o Unità Operative Complesse (UOC), queste ultime presuppongono una maggiore autonomia e possibilità di negoziazione nell'ambito dei servizi socioassistenziali territoriali (Tabella 5).

Tabella 5. Organismi gestionali e assetti organizzativi entro cui operano i CF (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Presenza UOC/UOS nelle aziende	N. UOC	N. UOS	Presenza di un altro livello organizzativo	N. Responsabili altro livello organizzativo	Dipartimento entro cui operano i CF
Piemonte	In tutte	1	8	Sì	3	Materno Infantile, Distretti, Reparto Ostetricia
Valle d'Aosta	No	0	0	Sì	2	Materno infantile, cure primarie
Lombardia	In tutte	4	22	Sì	-	Dipartimenti diversi in ASST diverse
Veneto	In tutte	0	20	No	-	Materno infantile
Friuli V. Giulia	In alcune	0	1	Sì	1	Distretto
Liguria	In tutte	0	5	No	-	Materno infantile
Emilia-Romagna	In tutte	8	18	No	-	Materno infantile, Cure primarie
Toscana	In tutte	0	35	No	-	Materno infantile, Cure primarie
Umbria	In alcune	0	12	Sì	2	Materno infantile, Distretti
Marche	In alcune	3	7	Sì	1	Cure primarie
Lazio	In alcune	5	5	No	-	Dipartimenti diversi nelle diverse ASL
Abruzzo	In alcune	0	2	Sì	2	Distretto, aree territoriali
Molise	In tutte	0	3	No	-	Distretto
Campania	In alcune	4	0	Sì (UOMI)	3	Materno infantile
Puglia	In tutte	0	25	No	-	Distretto
Basilicata	In alcune	0	3	Sì	3	Dipartimenti diversi nelle diverse ASP
Calabria	In tutte	1	14	Sì	1	Materno infantile
Sicilia	In alcune	7	29	Sì	1	Materno infantile
Sardegna	In tutte	0	8	-	-	Distretto

In tutte le Aziende sanitarie di 10 Regioni esistono UOS/UOC con un responsabile che coordina più CF/équipe consultoriali; in 8 Regioni solo alcune Aziende sanitarie hanno questo livello organizzativo mentre una Regione riporta di non avere alcuna Unità Operativa consultoriale. In 11 Regioni esiste un altro livello di coordinamento dei servizi consultoriali oltre le UOS/UOC che non è stato specificato salvo nella Regione Campania che ha indicato le Unità Operative Materno Infantili (UOMI). La Tabella 5 descrive gli organismi gestionali aziendali entro cui operano i CF. Quelli citati più frequentemente dalle Regioni sono il Dipartimento Materno Infantile (in 9 Regioni), il Distretto (7) e a seguire le Cure Primarie (4), mentre in 3 Regioni è stato indicato “Dipartimenti diversi nelle diverse ASL” senza ulteriori specifiche. Sono 5 le Regioni dove il Dipartimento Materno Infantile è presente in tutte le ASL.

Presenza del privato accreditato

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

Fondi dedicati alle attività consultoriali e gratuità delle prestazioni

La disponibilità certa e continuativa di fondi da dedicare alle attività dei CF consente e facilita in particolare la programmazione delle attività strategiche rivolte alla comunità così importanti per i CF. Solo 6 Regioni dispongono di fondi dedicati ad attività consultoriale e di queste sono 5 quelle che possono contare su un budget vincolato in un capitolo di bilancio specifico (Tabella 6).

Tabella 6. Disponibilità di fondi dedicati e gratuità delle prestazioni (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Budget dedicato ai CF	Budget vincolato in un capitolo di bilancio	Gratuità di tutte le prestazioni
Piemonte	Sì	No	Sì
Valle d'Aosta	No	-	No
Lombardia	Sì	Sì	No
Veneto*	Sì	Sì	No
Friuli Venezia Giulia	No	-	Sì
Liguria	No	-	No
Emilia-Romagna	No	-	No
Toscana**	Sì	Sì	No
Umbria	No	-	No
Marche	No	-	No
Lazio	No	-	Sì
Abruzzo	Sì	Sì	Sì
Molise	No	-	Sì
Campania	Sì	Sì	Sì
Puglia	No	-	Sì
Basilicata	No	-	Sì
Calabria	No	-	Sì
Sicilia	No	-	Sì
Sardegna	No	-	Sì

*Veneto: budget dedicato vincolato dal 2018;

**Toscana: fondi vincolati su obiettivi specifici definiti dai Piani Sanitari e dalla programmazione regionale.

Tutte le prestazioni consultoriali vengono erogate gratuitamente in 11 Regioni. In 8 Regioni sono gratuite le prestazioni che rientrano in alcuni ambiti assistenziali come il percorso nascita, in alcune di queste sono gratuite anche prestazioni offerte a particolari fasce di età, ad esempio la contraccezione per i giovani mentre è previsto il pagamento di un ticket per prestazioni al di fuori di tali percorsi. Questa informazione va letta anche alla luce delle attività effettivamente offerte e delle funzioni attribuite ai CF, in alcuni casi ad esempio nei CF oltre alle attività prettamente consultoriali gratuite, si svolge anche attività specialistica ambulatoriale soggetta a ticket. Un maggiore dettaglio è disponibile negli approfondimenti regionali (*vedi* Pt. 2 del Rapporto 22/16).

Integrazione con altri servizi sociosanitari e con i comitati percorso nascita aziendali

L'integrazione dei servizi consultoriali con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio costituisce un principio fondante e qualificante dei CF. Tuttavia, tale integrazione può essere formalizzata a vari livelli, regionale, aziendale e distrettuale a seconda del modello organizzativo adottato. Pertanto una corretta valutazione in questo ambito non può prescindere da uno sguardo di insieme all'articolazione del sistema assistenziale complessivo nella Regione. Si riportano a seguire le informazioni sull'integrazione raccolte sia a livello regionale che di Azienda sanitaria/Distretto.

Integrazione a livello regionale

Atti formali di integrazione tra i servizi consultoriali e gli altri servizi sociosanitari ospedalieri e territoriali a livello regionale sono presenti in 11 Regioni (Tabella 7).

Tabella 7. Disponibilità di atti formali di integrazione stipulati dalle Regioni con i servizi sociosanitari, la scuola e il terzo settore (dati scheda regionale) (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Servizi sociosanitari territoriali	Scuola	Associazioni di volontariato	Associazioni di cittadini	Altro (attività non formalizzate)
Piemonte	Sì	Sì	Sì	No	No
Valle d'Aosta	Sì	Sì	No	No	No
Lombardia	Sì	No	No	No	Sì
Veneto	No	No	No	No	No
Friuli Venezia Giulia	No	No	No	No	No
Liguria	Sì	Sì	No	No	No
Emilia-Romagna	Sì	No	No	No	No
Toscana	Sì	Sì	Sì	No	No
Umbria	Sì	No	No	No	Sì
Marche	No	No	No	No	No
Lazio	No	No	No	No	Sì
Abruzzo	No	No	No	No	No
Molise	No	Sì	No	No	No
Campania	No	No	No	No	No
Puglia	Sì	Sì	No	No	Sì
Basilicata	No			No	No
Calabria	Sì	No	No	No	No
Sicilia	Sì	No	No	No	Sì
Sardegna	Sì	No	No	No	Sì
Totale Sì	11	6	2	0	6

A livello di comunità, la scuola rappresenta l'istituzione con cui più frequentemente vengono formalizzate collaborazioni (6 Regioni). In altrettante Regioni si realizzano collaborazioni non formalizzate. Sono assenti in tutte le Regioni atti regionali di collaborazione con associazioni di cittadini mentre atti di collaborazione con associazioni di volontariato sono presenti in 2 Regioni. In 6 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche e Veneto) è assente qualunque tipo di integrazione di livello centrale, formalizzata o non formalizzata, sia con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio che con la comunità.

Nel Lazio a livello regionale sono state riportate solo attività integrate non formalizzate.

I Comitati Percorso Nascita (CPN) aziendali, istituiti dalle Regioni, come previsto dall'accordo Stato Regioni del 16/12/2010, rappresentano un organismo periferico che si avvale della partecipazione e collaborazione di varie rappresentanze dei punti nascita e dei servizi consultoriali in un'ottica di integrazione su una tematica che appartiene di elezione ai CF. I CPN aziendali sono stati istituiti in tutte le regioni tranne Calabria e Emilia-Romagna (Tabella 8). In quest'ultima Regione esisteva già prima della loro istituzione una Commissione nascita regionale che prevede l'inclusione dei referenti aziendali del percorso nascita. In 15 su 17 Regioni i CPN aziendali prevedono la presenza di un responsabile/coordinatore dei CF. In 9 Regioni su 17 i CPN aziendali hanno prodotto documenti scritti.

Tabella 8. Regioni che hanno istituito i Comitati Percorso Nascita aziendali (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Istituzione CPN aziendali	Presenza responsabile dei CF nei CPN aziendali	Presenza di documenti scritti dai CPN aziendali
Piemonte	Sì	Sì	No
Valle d'Aosta	Sì	No	Sì
Lombardia	Sì	Sì	Sì
Veneto	Sì	Sì	No
Friuli Venezia Giulia	Sì	Sì	Sì
Liguria	Sì	No	No
Emilia-Romagna*	No		
Toscana	Sì	Sì	No
Umbria	Sì	Sì	Sì
Marche	Sì	Sì	Sì
Lazio	Sì	Sì	Sì
Abruzzo	Sì	No	Sì
Molise	Sì	Sì	No
Campania	Sì	Sì	No
Puglia	Sì	Sì	Sì
Basilicata	Sì	Sì	No
Calabria	No		
Sicilia	Sì	Sì	No
Sardegna	Sì	Sì	Sì
Totale Sì	17	15/17	9/17

* In Emilia-Romagna i Comitati percorso nascita aziendali non sono stati attivati stabilmente, ma i referenti aziendali del percorso nascita partecipano alla Commissione nascita regionale.

Integrazione a livello di Azienda sanitaria/Distretto

Nella Tabella 9 sono presentati complessivamente il numero di atti formali di collaborazione (delibere, accordi, protocolli) stipulati dalle Aziende sanitarie/Distretti delle 19 Regioni e 2 PA con i diversi servizi sociosanitari e con rappresentanze della comunità. La collaborazione più

frequentemente formalizzata (155 atti) è con i servizi sociali seguita dalle collaborazioni con la rete anti violenza, l'ospedale e i punti nascita (149-151 atti); con 126 atti segue la scuola e poi con 100-105 atti, i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e l'Autorità giudiziaria. In ambito sanitario, appare poco diffusa la collaborazione formalizzata con i Pediatri di Libera Scelta (PLS) o i Medici di Medicina Generale (MMG) e con i centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), mentre in ambito sociale sono meno frequenti le collaborazioni con le associazioni di cittadini e di volontariato.

Tabella 9. Atti formali di collaborazione stipulati dalle Aziende sanitarie/Distretti con i servizi sociosanitari territoriali e con il terzo (Indagine CF-ISS 2018)

Regioni/PA	N. Aziende sanitarie/ Distretti	N. atti formali di collaborazione con:										
		Ospedale	Punti nascita	DSM	PLS/MMG	Centri PMA	Servizi sociali	Rete anti violenza	Scuola	Autorità giudiziaria	Associazioni volontariato	Associazioni cittadini
Piemonte	12	9	11	7	2	3	9	9	7	4	5	1
Valle d'Aosta	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0
Lombardia	26	25	24	17	5	3	25	25	14	14	7	3
PA Bolzano	13	10	9	6	3	1	9	5	6	3	1	1
PA Trento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Veneto	18	16	15	9	9	1	16	18	10	12	11	0
Friuli V.Giulia	13	11	11	8	5	5	13	9	12	10	8	8
Liguria	5	4	4	2	2	2	5	4	4	2	1	0
Emilia-Romagna	15	15	15	12	7	7	13	14	14	6	13	7
Toscana	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	1
Umbria	9	8	7	4	4	1	4	6	8	2	3	2
Marche	5	4	2	2	2	0	4	5	0	3	1	1
Lazio	15	13	14	11	9	1	13	13	11	14	9	4
Abruzzo	5	3	2	0	0	1	4	5	3	3	0	1
Molise	2	1	1	1	1	0	2	1	2	2	1	0
Campania	7	4	4	3	4	1	6	4	6	4	3	3
Puglia	9	7	6	2	2	0	9	8	8	6	4	3
Basilicata	6	6	6	6	3	2	5	6	6	4	6	5
Calabria	3	0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	0
Sicilia	8	5	7	3	1	0	6	6	6	5	3	2
Sardegna	6	4	5	1	0	0	5	6	2	4	1	1
Totale	183	151	149	100	66	31	155	151	126	105	83	43

Operativamente, l'integrazione a livello di Azienda sanitaria/Distretto implica la definizione di percorsi assistenziali finalizzati a promuovere la continuità della presa in carico degli utenti, in particolare se portatori di bisogni complessi. In questa sede, si è adottata come proxy del livello di integrazione il numero medio di atti formali di collaborazione stipulati dalle Aziende sanitarie/Distretti. L'indicatore, calcolato come rapporto tra la somma degli atti stipulati dalle Aziende sanitarie/Distretti e il numero di Aziende sanitarie/Distretti rispondenti della Regione/PA, può assumere valori tra 0 (tutte le Aziende sanitarie/Distretti della Regione/PA riportano 0 atti di collaborazione) a 11 (tutte le Aziende/Distretti riportano atti di collaborazione con tutti i servizi presi in esame). Il valore dell'indicatore risulta minimo in Calabria (2,3) e massimo nella PA di Trento (10) (Figura 5).

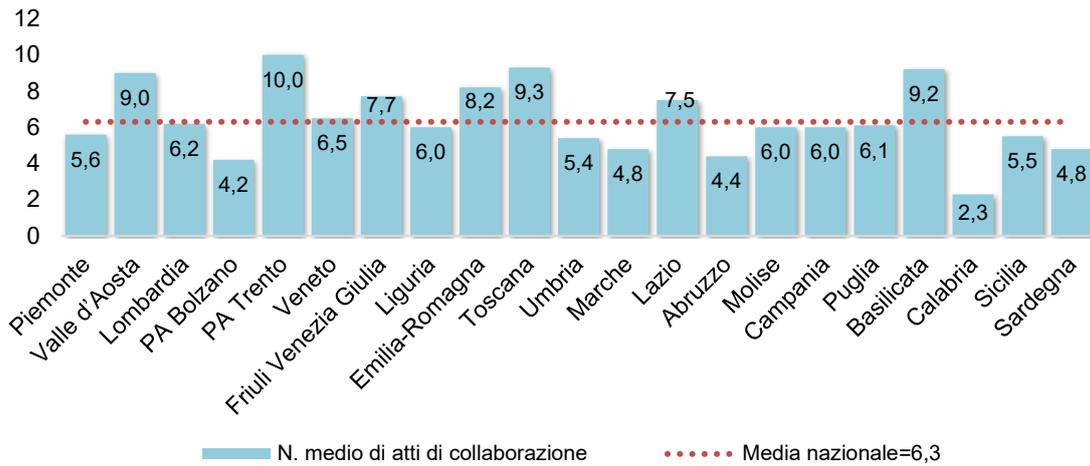


Figura 5. Atti di collaborazione stipulati dalle Aziende sanitarie/Distretti (Indagine CF-ISS 2018)

L'indicatore di integrazione è stato calcolato anche facendo una distinzione tra ambito sanitario (ospedale, punti nascita, PLS/MMG, DSM, centri PMA) e ambito sociale (servizi sociali, autorità giudiziaria, scuola, centri antiviolenza, associazioni di cittadini e associazioni di volontariato). Le due misure di integrazione risultano fortemente correlate ($r=0,77$): le Regioni/PA le cui Aziende sanitarie/Distretti hanno più elevati livelli di integrazione sanitaria tendono ad avere anche alti livelli di integrazione sociale. Più precisamente possiamo vedere come si collocano le Regioni in un grafico di dispersione delle due misure (Figura 6).

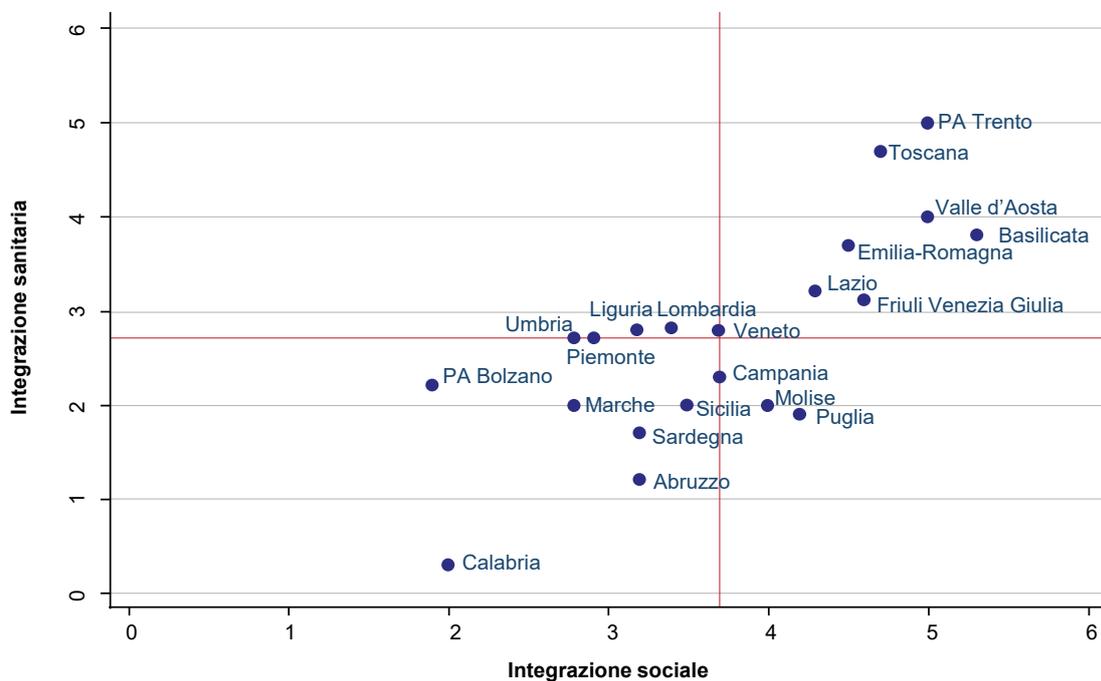


Figura 6. Relazione tra integrazione sanitaria e integrazione sociale (Indagine CF-ISS 2018)

Nel quadrante in alto a destra si collocano le Regioni/PA con livelli di integrazione sanitaria e sociale superiori alla media (PA di Trento, Toscana, Valle d'Aosta, Basilicata ed Emilia-Romagna) e quelle superiori alla media per integrazione sociale ma in linea con la media nazionale per integrazione sanitaria (Lazio e Friuli Venezia Giulia); nel quadrante in basso a sinistra si collocano le Regioni con livelli di integrazione sanitaria e sociale inferiori alla media (Calabria, Abruzzo, Sardegna, Sicilia, Marche e la PA di Bolzano). La posizione della PA di Bolzano – bassa integrazione sanitaria e sociale – riflette il particolare modello organizzativo che vede la separazione delle attività ostetrico-ginecologiche offerte dai consultori pubblici da quelle psicosociali offerte dai CF privati accreditati. Le Regioni Umbria, Piemonte, Liguria hanno un livello di integrazione sanitaria in linea con il valore medio ma un livello di integrazione sociale inferiore al valore medio. Il Veneto e tendenzialmente la Lombardia e la Campania sono vicini alla media per entrambi gli indicatori. La figura mostra anche come, con l'eccezione della Basilicata, un minor livello di integrazione si riscontri nelle Regioni del Sud e le Isole e riguarda soprattutto l'integrazione con i servizi sanitari.

Formazione e aggiornamento professionale

Formazione e aggiornamento continuo sono particolarmente importanti per il personale di servizi integrati, che si basano su un lavoro di équipe multidisciplinare, sono chiamati a svolgere una molteplicità di interventi e a intercettare anche i cambiamenti e i nuovi bisogni di salute espressi dal proprio territorio di competenza. La Figura 7 descrive la disponibilità aziendale di un programma di aggiornamento multi-professionale rivolto al personale dei CF. Il Paese sembra essere diviso in due, da una parte il Centro-Nord con percentuali alte (>85% circa) di disponibilità di programmi di aggiornamento e dall'altra le Regioni del Sud e le Isole con una disponibilità costantemente inferiore (<75%).

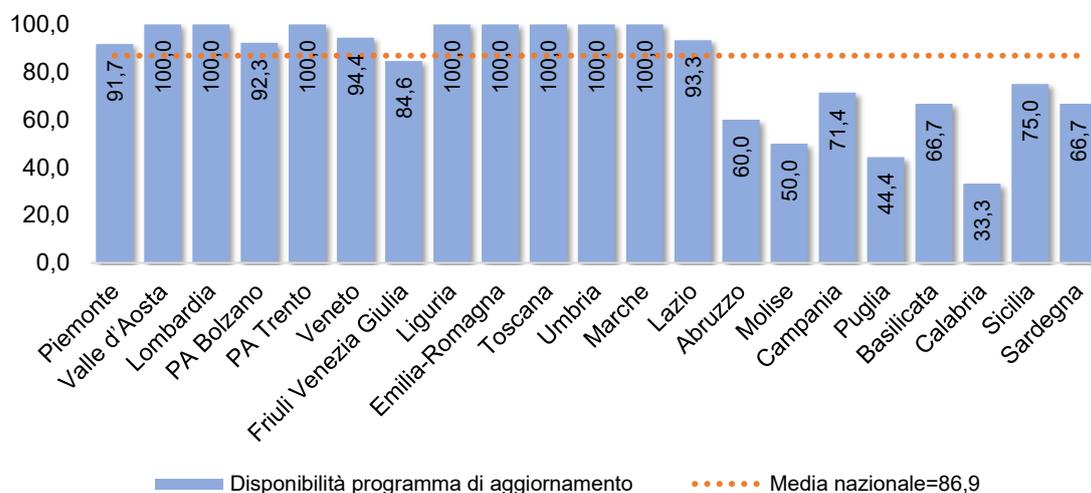


Figura 7. Aziende sanitarie/Distretti (%) che dispongono di un programma di aggiornamento multiprofessionale rivolto al personale dei CF (Indagine CF-ISS 2018)

Anche le iniziative di formazione congiunte tra ospedale e CF sono state riportate con percentuali maggiori al Centro-Nord (ad eccezione delle Marche) e inferiori nel Sud e Isole, sebbene in questo caso singole Regioni del Sud registrino percentuali superiori all'85% (Molise, Campania e Sicilia) (Figura 8).

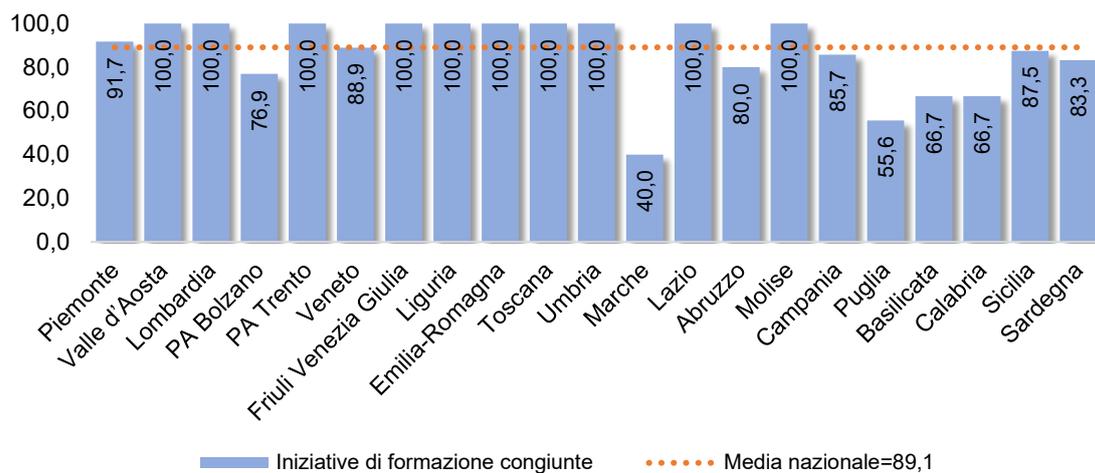


Figura 8. Aziende sanitarie/Distretti (%) con iniziative di formazione congiunte con l'ospedale (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Figura 9 si riporta il numero complessivo di unità di personale che hanno partecipato a eventi formativi accreditati di Educazione Continua in Medicina (ECM) per tematica. L'area tematica per la quale un maggior numero di professionisti ha ricevuto formazione accreditata è stata quella dell'identità di genere e delle persone Lesbiche, Gay, Bisessuali, Transgender (LGBT), con un netto scarto rispetto agli altri ambiti formativi, tra i quali troviamo a seguire la salute sessuale e riproduttiva e la salute degli adolescenti/giovani.

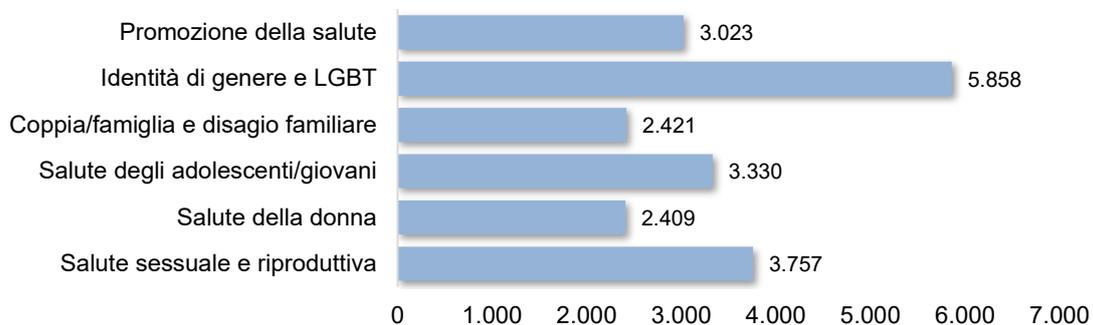


Figura 9. Numero di unità di personale partecipanti negli ultimi 3 anni a eventi formativi ECM per tematica (Indagine CF-ISS 2018)

Aspetti legati all'organizzazione del lavoro

Riunioni organizzative

La programmazione di riunioni che prevedano la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nei CF è un aspetto organizzativo che dovrebbe facilitare l'approccio multidisciplinare che caratterizza questi servizi. In quasi tutte le Aziende sanitarie/Distretti di tutte le Regioni/PA (97,3%) vengono effettuate riunioni organizzative rivolte a tutte le figure professionali dei CF. Nella Figura 10 si riporta la frequenza con cui tali riunioni sono programmate.

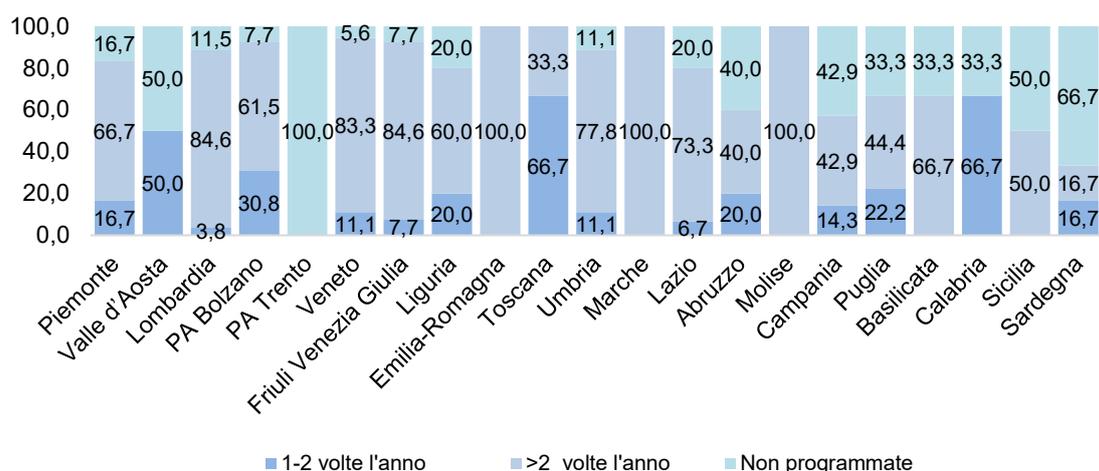


Figura 10. Aziende sanitarie/Distretti (%) per frequenza con la quale sono previste le riunioni organizzative rivolte a tutte le figure professionali del CF (Indagine CF-ISS 2018)

La modalità più frequentemente riportata dalle Aziende sanitarie/Distretti delle Regioni/PA è >2 volte l'anno, ad eccezione della Toscana e della Calabria che riportano più frequentemente la modalità 1-2 volte l'anno e della PA di Trento e la Sardegna dove le riunioni sono più spesso non programmate.

Collegamento tramite rete informatica

Il collegamento dei servizi consultoriali tramite rete informatica interna ed esterna ai servizi rappresenta uno strumento che facilita la gestione delle attività e il coordinamento dei servizi. Nella Figura 11 è riportata la disponibilità di una rete di collegamento interna tra i CF e la Direzione del servizio. Questa è presente in tutte le Aziende sanitarie/Distretti di 7 Regioni di cui 4 del Nord, una del Centro e una del Sud.

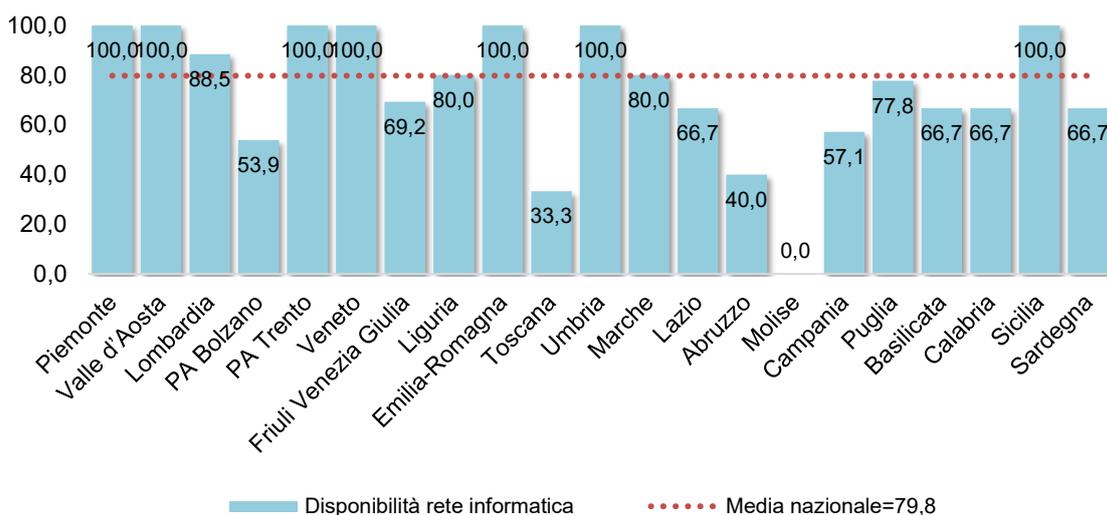


Figura 11. Aziende sanitarie/Distretti (%) che dispongono di una rete informatica di collegamento per i CF e tra i CF e la Direzione del Servizio (Indagine CF-ISS 2018)

La disponibilità di una rete informatica tra i CF e altri servizi della Azienda sanitaria o della Regione/PA a sostegno di percorsi assistenziali integrati è riportata nella Figura 12. Le Regioni/PA in cui almeno l'80% delle Aziende sanitarie/Distretti dispone della rete di collegamento sono Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna e Campania, Regioni che tendenzialmente registrano anche un elevato livello di integrazione dei servizi. Poco diffusa ($\leq 40\%$) è la disponibilità della rete informatica nelle Regioni Toscana, Marche, Abruzzo, Calabria, Sicilia e Sardegna; in Toscana è stata segnalata l'attivazione di un progetto per l'informatizzazione dell'attività territoriale. Ad eccezione della Toscana, dove il livello di integrazione è elevato, le altre si collocano tra le realtà con i più bassi livelli di integrazione.

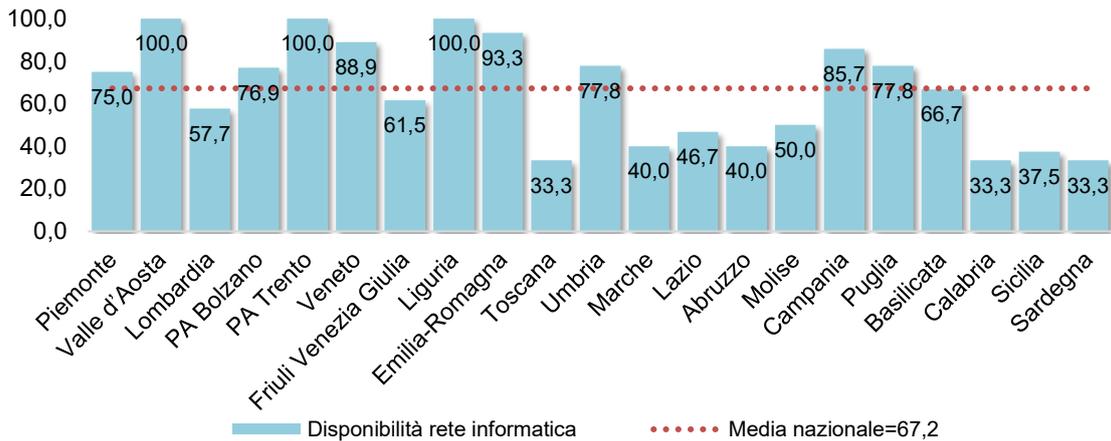


Figura 12. Aziende sanitarie/Distretti (%) che dispongono di una rete informatica di collegamento tra i CF e altri servizi della Azienda sanitaria o della Regione (Indagine CF-ISS 2018)

Se consideriamo nello specifico la disponibilità di una rete informatica di collegamento tra i CF e l'ospedale, particolarmente importante nell'ambito del percorso nascita, la percentuale si riduce notevolmente (Figura 13). La rete di collegamento è infatti del tutto assente in 7 Regioni e 1 PA mentre la disponibilità maggiore si registra in Emilia-Romagna con il 73,3% di Aziende sanitarie/Distretti che l'hanno attivata, seguita dalla PA di Bolzano e dalle altre Regioni con percentuali inferiori al 54%.

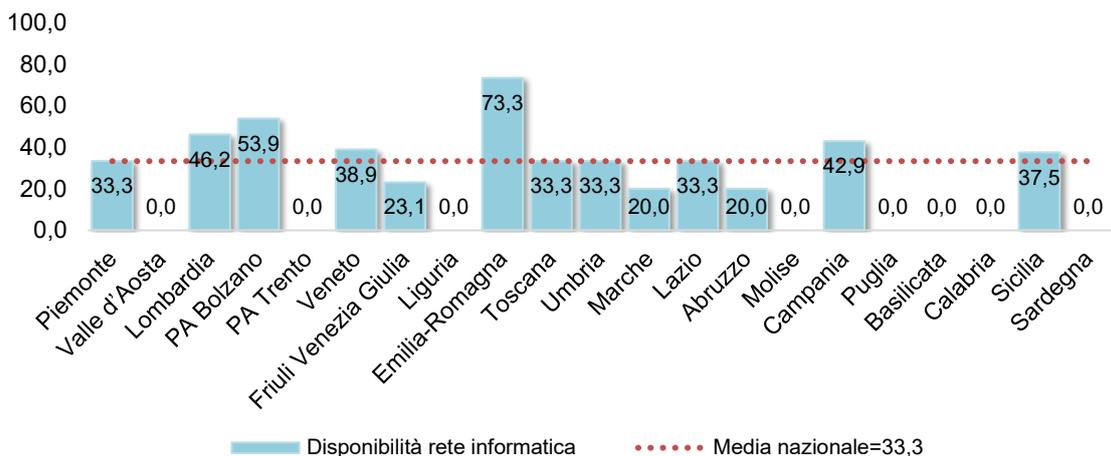


Figura 13. Aziende sanitarie/Distretti (%) che dispongono di una rete informatica di collegamento tra i CF e l'ospedale (Indagine CF-ISS 2018)

Visibilità dei CF

Sebbene i CF siano servizi di prossimità, quindi diffusi sul territorio, e a bassa soglia di accesso cui si dovrebbe poter accedere direttamente senza bisogno di intermediari o certificazioni e gratuitamente, questa grande opportunità di trovare risposta ai propri bisogni di salute non è pienamente disponibile per tutta la popolazione, come emerso anche da indagini che l'ISS ha condotto in passato sul percorso nascita e sulla fertilità che hanno evidenziato una scarsa conoscenza dei CF, specialmente tra i giovani (13, 14). In un'ottica di promozione della salute e di offerta attiva delle misure di promozione della salute alla popolazione, i CF possono utilizzare strumenti in grado di renderli più visibili e accessibili agli utenti. Nella Tabella 10 sono mostrate alcune informazioni riportate dai referenti regionali e aziendali. Un sito web dedicato ai CF è presente a livello regionale in 13 su 19 Regioni mentre è possibile consultare online l'elenco regionale dei CF con informazioni di contatto in 14 su 19 Regioni. Complessivamente, l'83,6% di Aziende sanitarie/Distretti hanno attivato un sito web aziendale dedicato ai CF. Circa il 91% delle Aziende sanitarie/Distretti si è dotata di un documento (es. carta dei servizi) da fornire all'utenza in cui vengono descritte le attività e le modalità di accesso ai CF. Tutte le Aziende sanitarie/Distretti di 13 Regioni/PA forniscono tale documento (100%) mentre nelle altre Regioni la percentuale è comunque superiore al 66,7%.

Tabella 10. Presenza di siti web regionali e aziendali dedicati ai CF e disponibilità documenti informativi per l'utenza (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Sito web regionale dedicato ai CF	Elenco regionale online dei CF che consenta all'utenza di contattarli	Aziende sanitarie/Distretti con un sito web aziendale dedicato ai CF (%)	Aziende sanitarie/Distretti dotate di un documento per l'utenza su attività e modalità di accesso ai CF (%)
Piemonte	Sì	Sì	83,3	100,0
Valle d'Aosta	Sì	Sì	100,0	100,0
Lombardia	Sì	Sì	92,3	100,0
PA Bolzano	-	-	69,2	100,0
PA Trento	-	-	100,0	100,0
Veneto	Sì	Sì	83,3	77,8
Friuli Venezia Giulia	No	No	69,2	100,0
Liguria	Sì	Sì	100,0	100,0
Emilia-Romagna	Sì	Sì	66,7	100,0
Toscana	Sì	Sì	100,0	100,0
Umbria	Sì	Sì	100,0	77,8
Marche	No	No	80,0	80,0
Lazio	Sì	Sì	100,0	86,7
Abruzzo	Sì	Sì	40,0	100,0
Molise	No	No	50,0	100,0
Campania	No	No	85,7	85,7
Puglia	Sì	Sì	77,8	66,7
Basilicata	No	No	100,0	100,0
Calabria	No	Sì	100,0	100,0
Sicilia	Sì	Sì	87,5	75,0
Sardegna	Sì	Sì	83,3	66,7
Totale Sì	13	14	83,6	90,7

Nota: Nelle 2 PA è presente un sito WEB provinciale dedicato ai consultori familiari; nella PA di Bolzano il sito è dedicato ai CF privati accreditati (vedi approfondimenti volume 2).

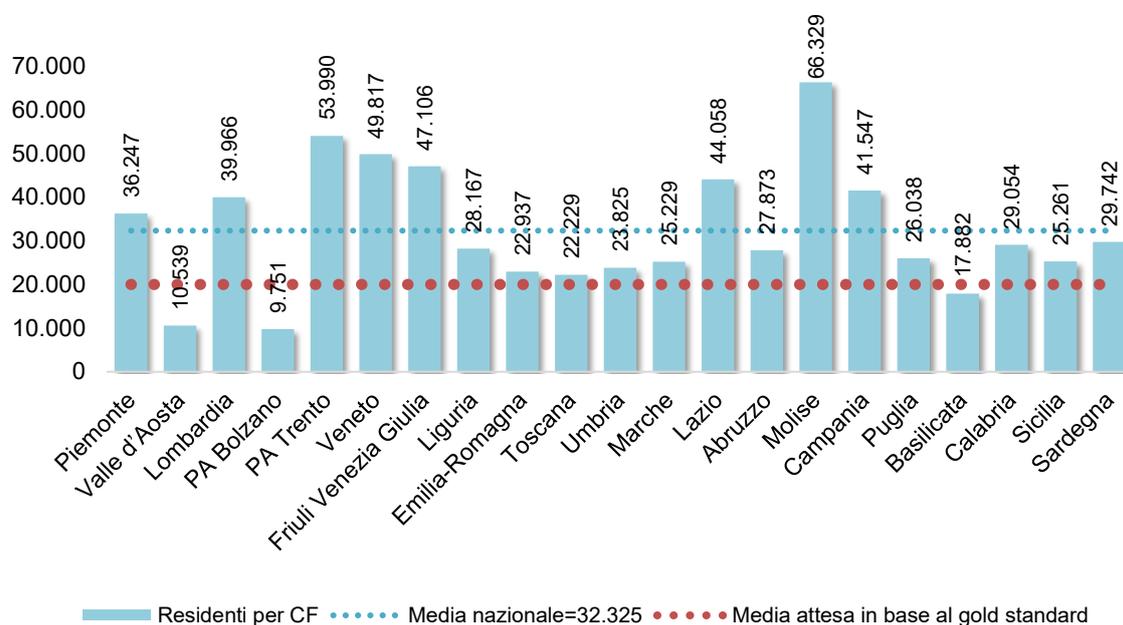
Diffusione dei CF, disponibilità di risorse umane e volumi di attività

Dall'analisi degli indicatori che utilizzano al denominatore la popolazione residente nell'area bacino di utenza dei CF, sono state escluse per indisponibilità dell'informazione 4 Aziende sanitarie/Distretti della PA di Bolzano, una del Friuli Venezia Giulia, una dell'Emilia-Romagna, una dell'Umbria e una della Calabria. I dati analizzati si riferiscono quindi a 175 su 183 Aziende sanitarie/Distretti rispondenti.

Diffusione dei CF

La Legge 34/1996 prevede la disponibilità di un CF ogni 20.000 residenti, stimando che un servizio che prevede la prossimità territoriale e il libero accesso non possa soddisfare appieno i bisogni di salute di popolazioni bersaglio più ampie. Nel POMI si è ritenuto opportuno distinguere fra zone rurali, per le quali sarebbe auspicabile un CF ogni 10.000 residenti, e zone urbane con un CF ogni 25.000. Per semplicità si è adottato nell'indagine un unico riferimento, acquisendo la disponibilità di un CF ogni 20.000 abitanti come *gold standard*. L'indicatore, calcolato come rapporto tra popolazione residente e numero di sedi di CF relativi all'anno 2017, rende disponibile il numero medio di residenti serviti da una singola sede di CF e rappresenta una misura della diffusione dei CF nella Regione/PA.

Dalla nostra indagine risulta che in media sul territorio nazionale è presente un CF ogni 32.325 residenti (Figura 14). Solo in 5 Regioni e una PA il numero medio di residenti per CF è compreso entro i 25.000, mentre in altre 5 Regioni e una PA il numero medio è superiore a 40.000 residenti per CF, con un bacino di utenza per sede consultoriale più che doppio rispetto a quanto previsto dal legislatore. Nel 1993 era disponibile circa un CF ogni 20.000 residenti, un CF ogni 28.000 residenti nel 2008 (2). Si evidenzia quindi una progressiva riduzione del numero delle sedi di CF sul territorio nazionale.



Nota: Per la PA di Bolzano e per la Lombardia è incluso anche il privato accreditato. Nelle altre Regioni con CF privati accreditati non è stato possibile ricostruire i bacini di utenza corrispondenti a questi servizi

**Figura 14. Numero medio di residenti per sede consultoriale (diffusione dei CF)
(Indagine CF-ISS 2018)**

Disponibilità di personale

Relativamente al personale, l'indagine restituisce un quadro estremamente variegato delle figure professionali che contribuiscono all'attività dei servizi consultoriali nei diversi territori. I risultati qui presentati sono principalmente centrati sulle quattro figure professionali – ginecologo, ostetrica, psicologo e assistente sociale – che complessivamente sono emerse come le più rappresentate e che costituiscono le figure di base dell'équipe consultoriale, alle quali si possono aggiungere l'infermiere e l'assistente sanitario, oltre a operatori con un rapporto di consulenza o di lavoro part-time fra i quali più spesso troviamo il pediatra e il mediatore culturale.

Le équipe complete operanti nei consultori, secondo quanto riportato dai coordinatori sono 921, quindi con un rapporto tra numero di équipe e numero di sedi pari a 0,5 circa (Tabella 11). Mediamente abbiamo una équipe completa ogni 2 consultori. Le realtà territoriali che riportano una maggiore disponibilità di équipe complete (rapporto > 0,8) sono Valle d'Aosta, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Molise.

Tabella 11. Numero di sedi di CF coordinate e di équipe consultoriali complete e mobilità del personale fra diverse sedi (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	N. sedi CF	N. équipe complete	N. équipe/ N.sedi	CF con équipe/singoli professionisti operanti in più sedi (%)
Piemonte	124	55	0,4	83,3
Valle d'Aosta	12	9	0,8	100,0
Lombardia	171	160	0,9	73,1
PA Bolzano*	52	-	-	-
PA Trento	10	10	1,0	100,0
Veneto	89	80	0,9	88,9
Friuli Venezia Giulia	24	18	0,8	38,5
Liguria	55	28	0,5	80,0
Emilia-Romagna	192	86	0,4	100,0
Toscana	156	43	0,3	100,0
Umbria	32	9	0,3	77,8
Marche	61	25	0,4	40,0
Lazio	133	61	0,5	93,3
Abruzzo	29	15	0,5	40,0
Molise	3	3	1,0	100,0
Campania	140	77	0,6	71,4
Puglia	144	98	0,7	100,0
Basilicata	27	10	0,4	66,7
Calabria	49	25	0,5	100,0
Sicilia	174	74	0,4	87,5
Sardegna	26	13	0,5	83,3
Totale	1703	921	0,5	75,4

*La PA di Bolzano vede la separazione delle attività ostetrico-ginecologiche che fanno capo ai consultori pubblici da quelle dei consultori privati accreditati. L'équipe del consultorio pubblico non prevede la presenza di psicologo e assistente sociale.

Una gestione più complessa e articolata che prevede lo spostamento delle équipe complete o anche solo di alcuni professionisti dell'équipe in più sedi, è riportata dal 100% delle Aziende sanitarie/Distretti rispondenti di Valle d'Aosta, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Molise e Calabria. In alcuni casi la gestione e la pianificazione del lavoro di équipe in più sedi è dovuto al modello operativo adottato che si basa su una visione unitaria e centralizzata del proprio

territorio di competenza e delle risorse umane disponibili, in una ottica di efficienza del servizio garantita uniformemente su tutto il territorio (es. Emilia-Romagna, PA di Trento); in altri casi, è la carenza di personale che costringe alcuni operatori a spostarsi fra diverse sedi per poter garantire una risposta assistenziale.

Nella Tabella 12 si confronta il numero medio di ore di lavoro settimanali delle 4 figure professionali dell'équipe rapportato a 20.000 residenti rilevato dall'indagine, sia con la media delle ore stimate per rispondere al mandato istituzionale dei CF sia con la media delle ore necessarie per le sole attività strategiche prese in esame dal POMI. Il numero di ore standard per rispondere al mandato istituzionale dei CF è riportato nella Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge 194 al Senato nell'anno 1995 mentre la stima dei carichi di lavoro effettuata per le sole attività strategiche relative a percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori del collo dell'utero è pubblicata sul portale di epidemiologia Epicentro dell'ISS in un focus dedicato a "Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)".

Rispetto allo standard di riferimento il valore medio delle ore di lavoro settimanali rilevato dall'indagine è inferiore di 6 ore per la figura del ginecologo, di 11 ore per l'ostetrica, di un'ora per lo psicologo e di 25 ore per l'assistente sociale.

Tabella 12. Ore lavorative settimanali delle 4 figure professionali per 20.000 residenti

Figura professionale	Media ore rilevate dall'Indagine CF-ISS 2018	Media ore standard per rispondere al mandato istituzionale*	Media ore per le sole attività strategiche**
Ginecologi	12	18	14
Ostetriche	25	36	27
Psicologi	17	18	14
Assistenti sociali	11	36	15

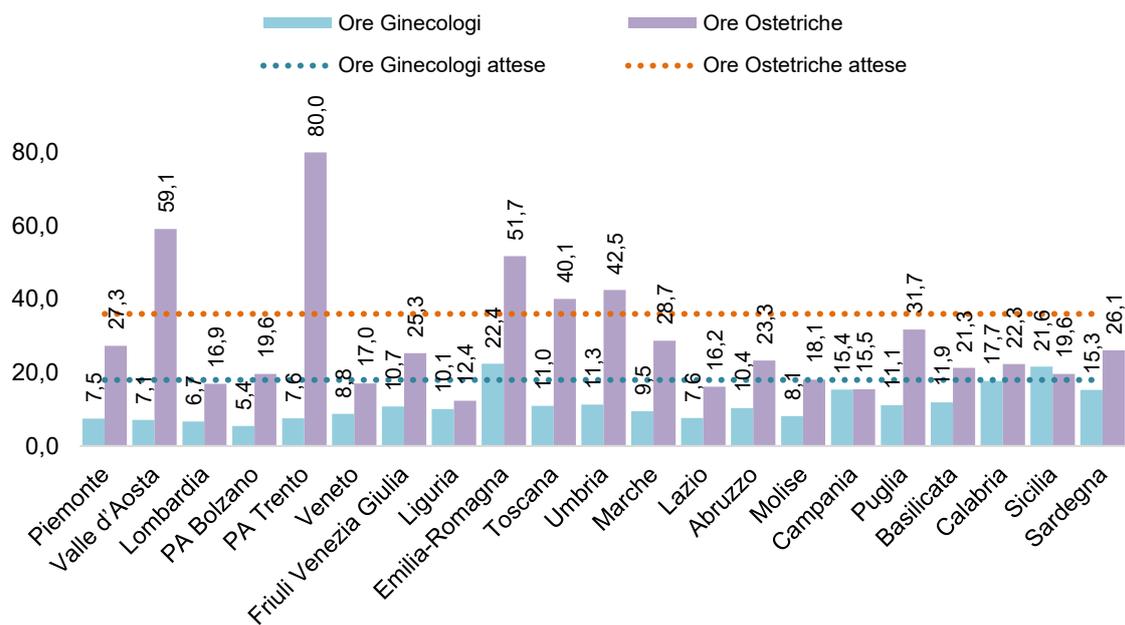
* Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati 1993/1994. Anno 1995.

** Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)
<https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo>

A livello regionale e di PA si registra una grande variabilità nella disponibilità delle diverse figure professionali. La Figura 15 riporta la disponibilità di ore settimanali per 20.000 residenti riferite al ginecologo e all'ostetrica. La disponibilità della figura del ginecologo varia da 5,4 (PA Bolzano) a 22,4 ore (Emilia-Romagna) mentre quella dell'ostetrica varia da 12,4 (Liguria) a 80 ore (PA Trento). Si evidenzia un generale sottodimensionamento del personale per quanto in 5 Regioni la disponibilità dell'ostetrica superi lo standard previsto e una (Emilia-Romagna) raggiunga lo standard per entrambe le figure. Lo standard di riferimento di 36 ore settimanali del 1995 per la figura dell'ostetrica appare sottodimensionato nei contesti, come l'Emilia-Romagna e la PA di Trento, in cui il modello di assistenza territoriale al percorso nascita è centrato su questa figura, in linea con le raccomandazioni della Linea Guida sulla gravidanza fisiologica del SNLG-ISS e con le evidenze ormai consolidate della letteratura.

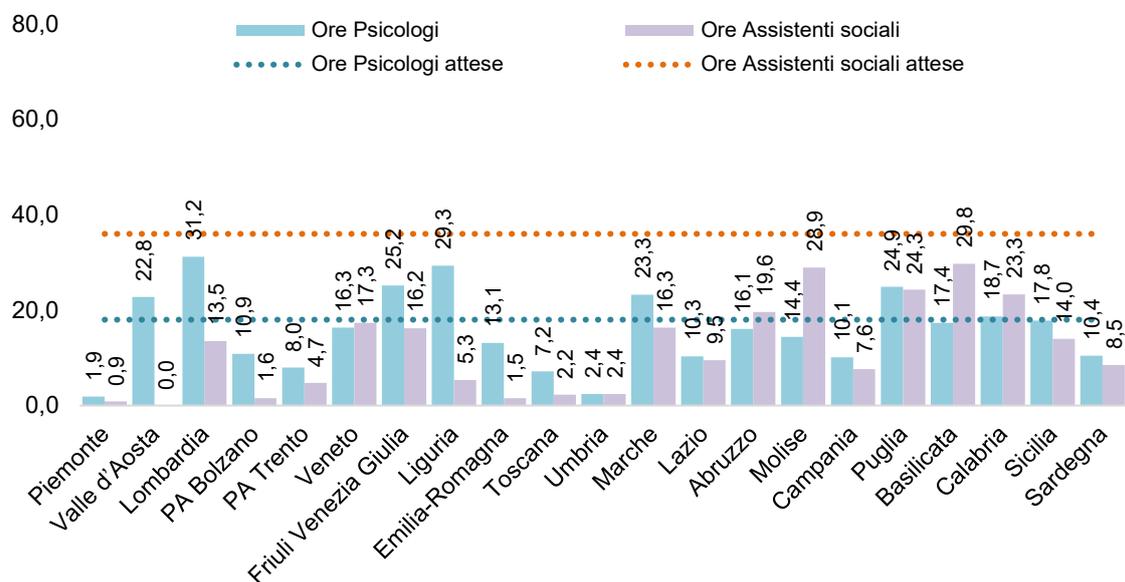
Anche la disponibilità di psicologi e assistenti sociali appare generalmente sottodimensionata e molto variabile (Figura 16). Le ore settimanali della figura dello psicologo variano da 1,9 (Piemonte) a 31,2 (Lombardia) mentre quelle dell'assistente sociale variano da 0 (Valle d'Aosta) a 29,8 (Basilicata). Per la figura dello psicologo 7 Regioni superano lo standard previsto.

Più in generale uno sguardo di insieme sulla disponibilità delle quattro figure professionali che compongono l'équipe consultoriale, a fronte di una carenza generalizzata di personale, fa emergere un ruolo diversificato dei CF nella rete sociosanitaria a livello regionale e di PA.



Nota: Per la Lombardia e la PA di Bolzano è incluso anche il privato accreditato

Figura 15. Media delle ore lavorative settimanali di Ginecologi e Ostetriche per 20.000 residenti (Indagine CF-ISS 2018)



Nota: Per la Lombardia e la PA di Bolzano è incluso anche il privato accreditato

Figura 16. Media delle ore lavorative settimanali di Psicologi e Assistenti sociali per 20.000 residenti (Indagine CF-ISS 2018)

Sembrano delinearsi infatti tre tipologie principali di servizi consultoriali: servizi orientati alle attività dell'area ostetrico-ginecologica (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria); servizi che mettono al centro le competenze psicosociali (Lombardia, Liguria e Molise); servizi che abbinano la doppia linea di attività sanitaria e psicosociale (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Regioni del Sud e Isole). Si rimanda ai report regionali nella seconda parte di questo rapporto (Rapporto ISTISAN 22/16 Pt. 2) per una interpretazione contestualizzata della composizione dell'équipe consultoriale in relazione all'organizzazione più generale dell'assistenza sociosanitaria nelle Regioni/PA e in particolare ai livelli di integrazione e alla presenza di servizi alternativi al consultorio per alcune attività. Riguardo alle altre figure professionali che operano nei CF la più presente è quella dell'infermiere con circa 10 ore di lavoro consultoriale settimanale ogni 20.000 residenti (Figura 17).

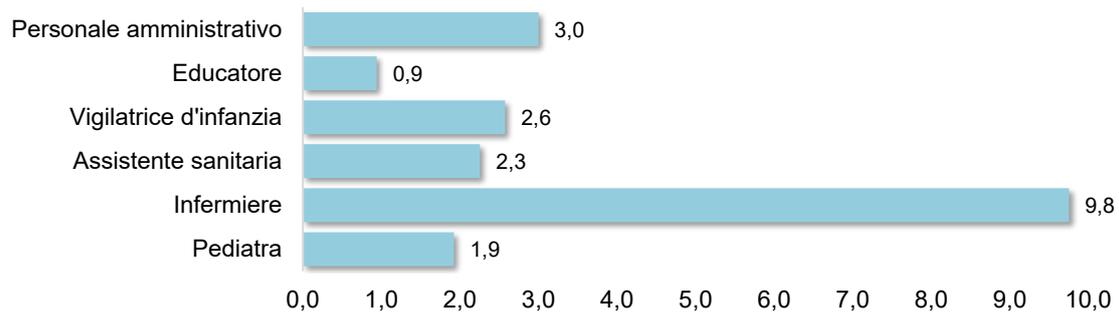


Figura 17. Media delle ore lavorative settimanali di altre figure professionali presenti nei CF per 20.000 residenti (Indagine CF-ISS 2018)

Per poter dare risposta a bisogni di salute dell'utenza che richiedono una competenza non presente nel proprio organico i CF possono avvalersi di consulenze. Nella Figura 18 è riportata la distribuzione di Aziende sanitarie/Distretti in cui tale modalità viene adottata. Mediamente è una modalità adottata nel 65% delle Aziende sanitarie/Distretti; non è prevista o è usata poco frequentemente in 5 Regioni dell'Italia sud-insulare.

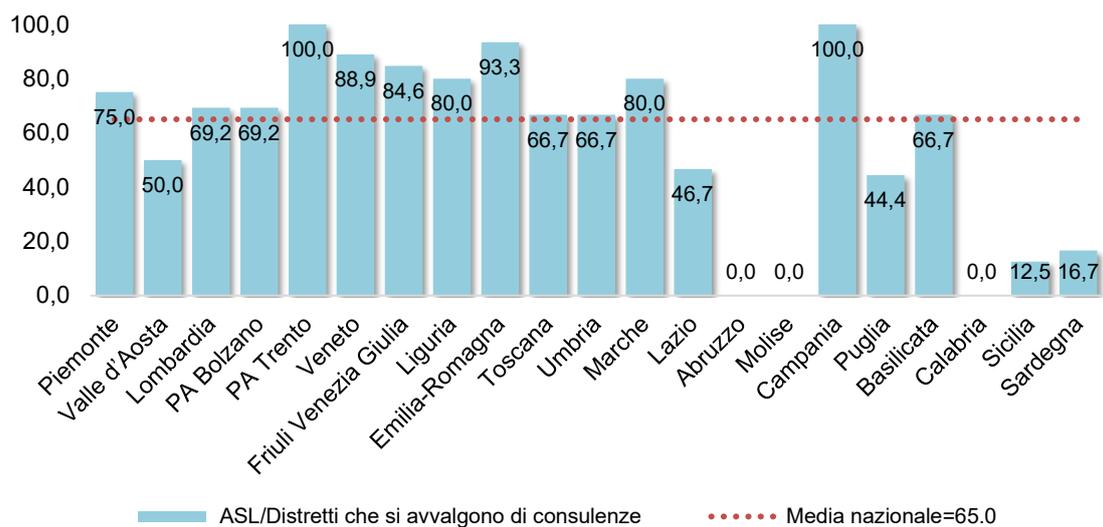


Figura 18. Aziende sanitarie/Distretti (%) che si avvalgono di consulenze per le attività dei CF (Indagine CF-ISS 2018)

Entrando più nel dettaglio, la Tabella 13 mostra le figure professionali a cui viene richiesta più frequentemente una consulenza. Circa una Azienda sanitaria/Distretto su 3 si avvale della consulenza del neuropsichiatra infantile e dello psichiatra e una su due ricorre alla consulenza del mediatore culturale.

Tabella 13. Aziende sanitarie/Distretti (%) che si avvalgono di consulenze di specifiche figure professionali (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Neuropsichiatra infantile %	Psichiatra %	Mediatore culturale %
Piemonte	16,7	33,3	58,3
Valle d'Aosta	50,0	50,0	50,0
Lombardia	11,5	11,5	57,7
PA Bolzano	30,8	30,8	61,5
PA Trento	0,0	0,0	100,0
Veneto	55,6	33,3	72,2
Friuli Venezia Giulia	23,1	15,4	76,9
Liguria	60,0	40,0	60,0
Emilia-Romagna	33,3	73,3	93,3
Toscana	33,3	66,7	66,7
Umbria	11,1	44,4	66,7
Marche	80,0	60,0	60,0
Lazio	13,3	20,0	20,0
Abruzzo	0,0	0,0	0,0
Molise	0,0	0,0	0,0
Campania	71,4	57,1	42,9
Puglia	33,3	11,1	0,0
Basilicata	50,0	16,7	16,7
Calabria	0,0	0,0	0,0
Sicilia	12,5	12,5	12,5
Sardegna	16,7	0,0	16,7
Totale	28,4	28,4	50,3

Volumi di attività

Durante la fase di raccolta dati che ha implicato un contatto diretto con i referenti per la compilazione delle schede, è emersa una importante criticità sulla definizione delle misure adottate. In particolare, si è rilevata una interpretazione non uniforme sul significato di utenti, accessi e prestazioni. Un problema che è particolarmente evidente per le attività di tipo psicosociale dove a complicare la definizione concorre il fatto che spesso, l'intervento è rivolto non solo al singolo utente ma alla coppia o alla famiglia, con la conseguente necessità di distinguere il numero di accessi "singoli" da quelli "multipli". Non avendo previsto questa distinzione in fase di raccolta dati, le Aziende sanitarie/Distretti che hanno riportato dati non coerenti sono state escluse dalle analisi successive. In particolare sono state escluse le Aziende sanitarie/Distretti le cui informazioni, non rispettavano il criterio – numero di utenti \leq numero di accessi \leq numero di prestazioni – e/o che non hanno fornito l'informazione sulla popolazione residente nell'area territoriale di competenza. Complessivamente le analisi riguardano 157 Aziende sanitarie/Distretti corrispondenti all'86% del totale dei partecipanti all'indagine. Nella Figura 19 è riportato il numero medio di utenti dei CF per 100 residenti del bacino di utenza, individuato come indicatore della capacità attrattiva dei CF rispetto al proprio bacino di utenza. Per la PA di Bolzano non è stato possibile calcolare questo indicatore.

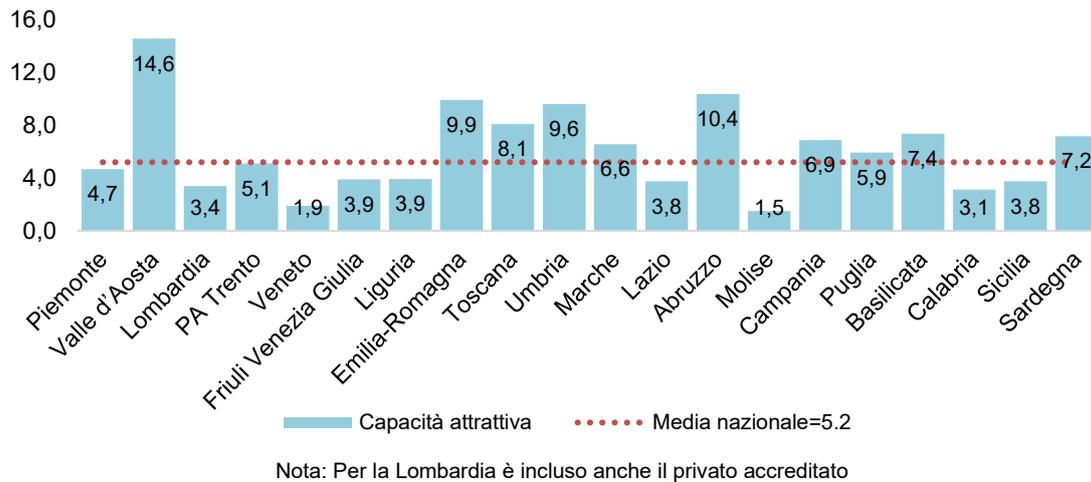


Figura 19. Numero medio di utenti per 100 residenti (capacità attrattiva) (Indagine CF-ISS 2018)

La Valle d'Aosta presenta la capacità attrattiva più elevata (14,6%); seguita da Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Abruzzo, con valori compresi tra 8 e 10%. Sebbene la capacità attrattiva dipenda in parte dalle attività offerte dai CF che possono non essere omogenee tra le Regioni, in un'ottica di benchmarking possiamo supporre che una capacità attrattiva in linea con l'8% registrato in 5 Regioni, potrebbe essere un obiettivo raggiungibile in tutti i contesti se le condizioni organizzative e la dotazione di risorse fossero adeguate.

Nella Figura 20 si riporta il numero di prestazioni per 100 residenti, una misura del volume di attività dei servizi in rapporto alla popolazione del bacino di utenza. La grande variabilità regionale compresa tra 10,1 (Lombardia) e 34,6 (PA Trento), è in parte spiegata dalla diversa modalità di registrazione delle prestazioni erogate, in particolare quelle relative a singoli utenti o a gruppi di utenti e alle prestazioni relative al Pap-test che sono incluse in alcune Aziende sanitarie e non in altre, anche nell'ambito della stessa Regione. Pertanto, questi risultati sono utili a delineare un profilo del volume di attività ma non consentono di quantificare con precisione le prestazioni che risentono della mancanza di una definizione standard e/o di un criterio univoco di segnalazione ai fini dell'indagine.

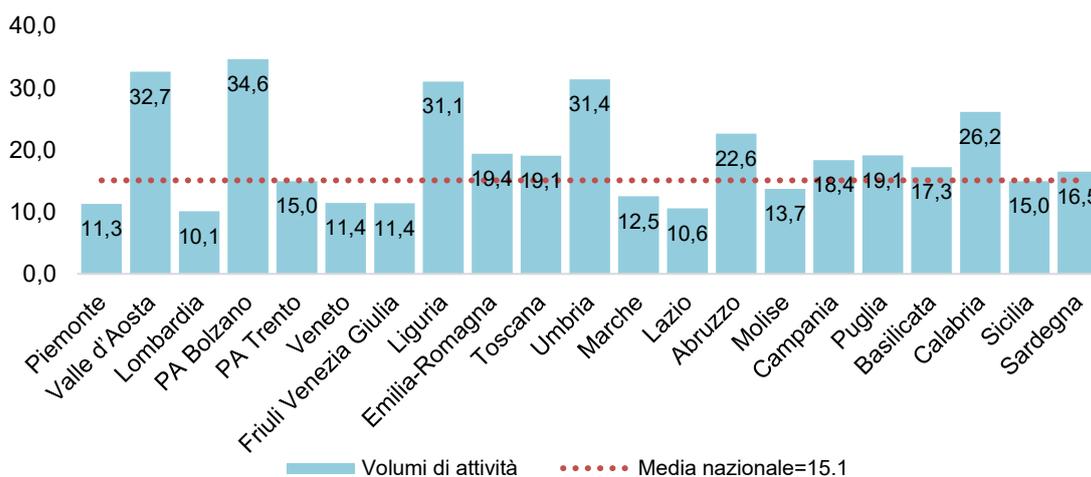


Figura 20. Numero medio di prestazioni per 100 residenti (volume di attività) (Indagine CF-ISS 2018)

Relazione tra diffusione dei CF e capacità attrattiva

Nella Figura 21 è stata messa in relazione la capacità attrattiva dei CF (il numero medio di utenti dei CF per 100 residenti del bacino di utenza) con il numero medio di residenti per sede consultoriale. Si rileva una correlazione negativa elevata ($r=-0,71$).

All'aumentare del numero medio di residenti per sede consultoriale, cioè con il ridursi della diffusione delle sedi, diminuisce la capacità attrattiva. Nel quadrante in alto a sinistra si collocano le Regioni con maggiore diffusione dei CF e maggiore capacità attrattiva mentre nel quadrante in basso a destra si collocano le Regioni con una minore diffusione delle sedi e una minore capacità attrattiva.

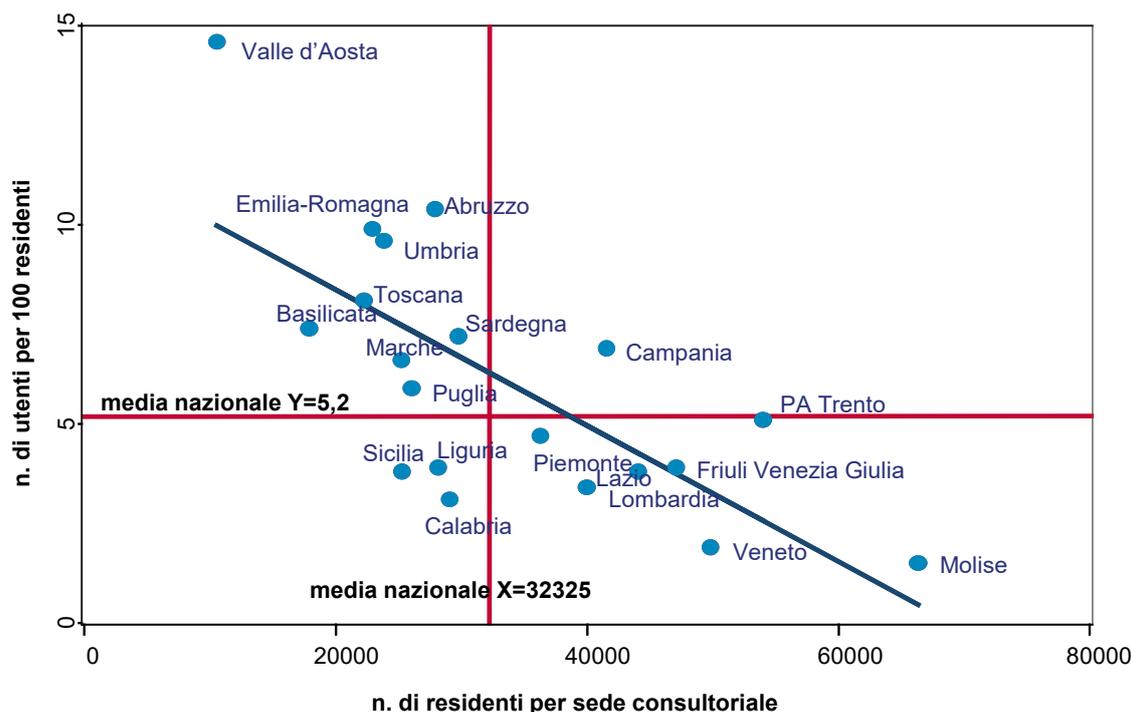


Figura 21. Relazione tra diffusione dei CF e capacità attrattiva (Indagine CF-ISS 2018)

Risultati dell'indagine a livello di sede consultoriale

Partecipazione e rispondenza

I CF pubblici e privati accreditati attivi sul territorio nazionale secondo quanto rilevato nel 2017 dal Ministero della Salute sono 2.279. Dall'elenco del Ministero la nostra indagine ha escluso:

- 38 sedi della PA di Bolzano, che non ha partecipato a questo livello di indagine;
- 22 sedi delle ASL della Liguria per la sopravvenuta interruzione della partecipazione all'indagine;
- 53 sedi dell'Emilia-Romagna in quanto indicate come sedi non consultoriali o dove si svolge solo attività pediatrica;
- 50 sedi circa in totale perché temporaneamente o definitivamente non attive;
- 257 sedi circa in totale perché sede fisica condivisa tra più consultori.

Complessivamente, per questo livello di indagine, le schede informative inviate sono state 1.859 (Tabella 14). Le schede compilate sono state 1.557 con un tasso di rispondenza complessivo dell'83,7%. Per 4 Regioni, Liguria, Molise, Sardegna e Sicilia si è registrata una rispondenza inferiore al 75%.

Tabella 14. Rispondenza all'indagine a livello di sede consultoriale (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Schede inviate n.	Schede compilate n.	Rispondenza %
Piemonte	142	122	85,9
Valle d'Aosta	11	11	100,0
Lombardia	245	215	87,8
PA Trento	11	11	100,0
Veneto	104	82	78,8
Friuli Venezia Giulia	27	24	88,9
Liguria*	36	23	63,9
Emilia-Romagna	169	144	85,2
Toscana	176	165	93,8
Umbria	39	34	87,2
Marche	64	59	92,2
Lazio	140	127	90,7
Abruzzo	52	42	80,8
Molise**	5	3	60,0
Campania	145	126	86,9
Puglia	137	113	82,5
Basilicata	30	28	93,3
Calabria	69	53	76,8
Sicilia	187	131	70,1
Sardegna	70	44	62,9
Totale	1859	1557	83,7

* La rispondenza per la Regione Liguria è stata calcolata considerando le schede compilate dai 36 CF delle ASL2 Savonese e ASL3 Genovese, le uniche che hanno partecipato all'indagine.

** Si fa presente che il basso numero di CF per la Regione Molise (n=3) rende i relativi indicatori, creati come percentuali di CF, molto variabili.

Caratteristiche strutturali e dotazione di risorse strumentali

Gli ambiti territoriali prevalenti di competenza dei CF descritti nella Figura 22, classificati a seconda che siano parte di un unico comune o comprensivi di più comuni e sulla base del numero di abitanti, sono legati alle caratteristiche geografiche delle Regioni e hanno ricadute sugli aspetti organizzativi di offerta dei servizi e sulla loro fruibilità da parte dell'utenza. In tutte le Regioni la maggioranza dei CF ha un ambito di competenza riferito a più Comuni. Nelle Regioni Lazio, Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Piemonte per il 30-41% dei CF l'ambito di competenza è la città.

Non sembrano emergere particolari difficoltà rispetto all'accessibilità dei CF e al collegamento con i trasporti pubblici, poiché l'88% dei CF è indicato come facilmente accessibile (Figura 23). Le Regioni dove la facilità di accesso è meno frequente (73-74%) sono Valle d'Aosta, Campania e Basilicata.

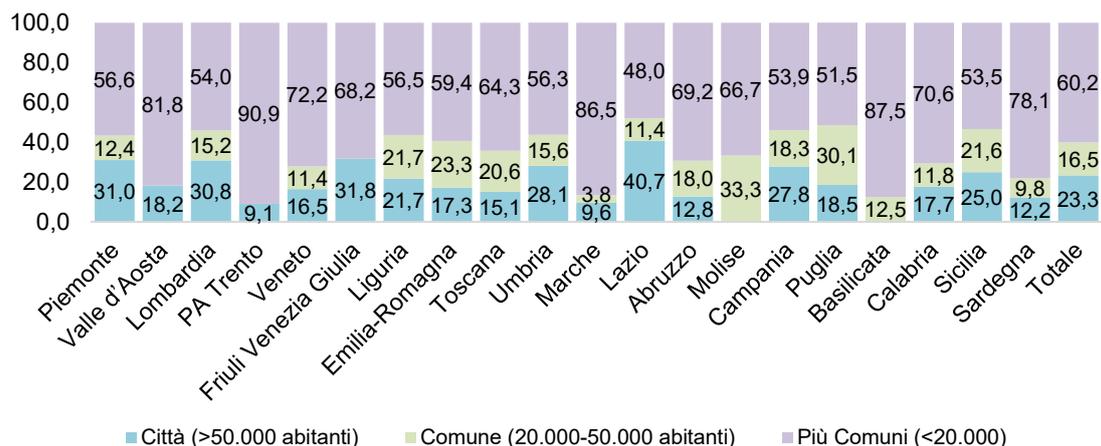


Figura 22. CF (%) per ambito territoriale di competenza (Indagine CF-ISS 2018)

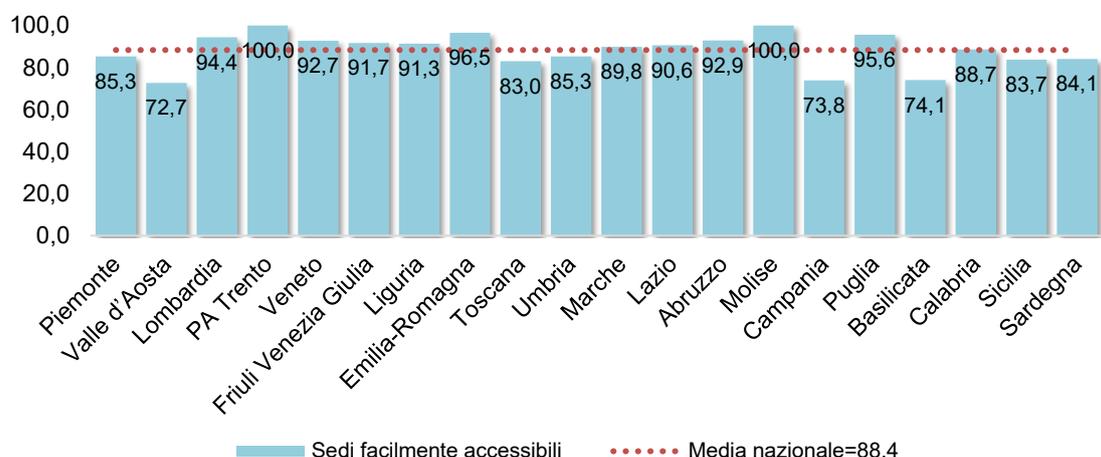


Figura 23. CF (%) facilmente accessibili e ben collegati con i trasporti pubblici (Indagine CF-ISS 2018)

Relativamente alle condizioni strutturali delle sedi valutate dai referenti, la Figura 24 presenta in alto le Regioni dove le condizioni strutturali delle sedi sono state indicate come migliori (percentuali più elevate di referenti hanno descritto la condizione della struttura come “ottima, buona, sufficiente”), in basso quelle dove le condizioni strutturali sono più critiche (condizione strutturale più spesso descritta come “insufficiente, pessima”). Complessivamente il 14,3% dei rispondenti ha riportato un giudizio di qualità strutturale negativo. Le realtà territoriali dove il giudizio è più frequentemente negativo sono la Basilicata (40,7%), il Molise (33,3%) e la PA di Trento (27,3%). Quelle che hanno dato meno frequentemente (<10%) un giudizio negativo sono Valle d’Aosta (0), Lombardia (5,1%), Friuli Venezia Giulia (8,3%) ed Emilia-Romagna (9%).

Il POMI indica la necessità che il consultorio sia “facilmente raggiungibile e possibilmente in sede limitrofa ai servizi sanitari e socio-assistenziali, preferibilmente al piano terra e senza barriere architettoniche”. Mediamente il 17,5% delle sedi consultoriali presenta barriere architettoniche, erano il 22% nel 2008 (Figura 25). Questo problema è nettamente più frequente nelle Regioni del Sud – ad eccezione del Molise – e nelle Isole.

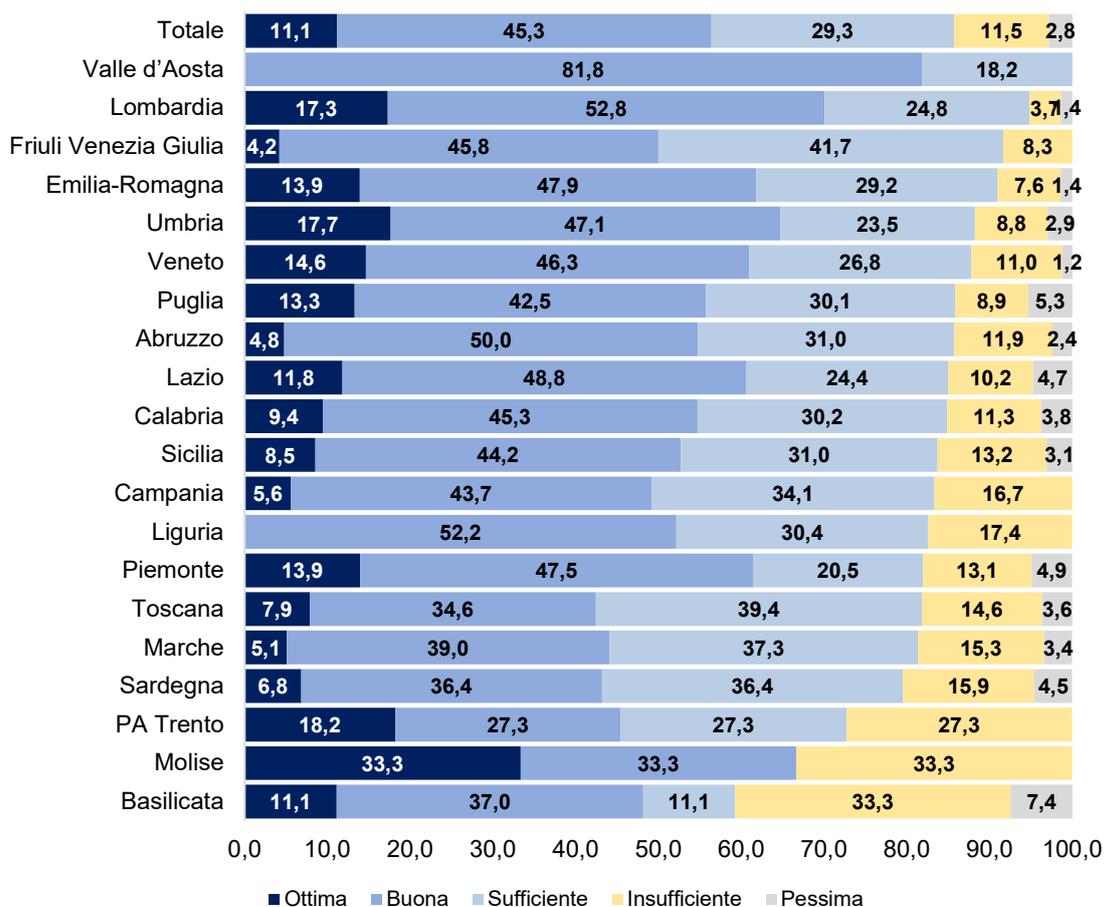


Figura 24. CF (%) per giudizio sulla qualità strutturale della sede consultoriale (Indagine CF-ISS 2018)

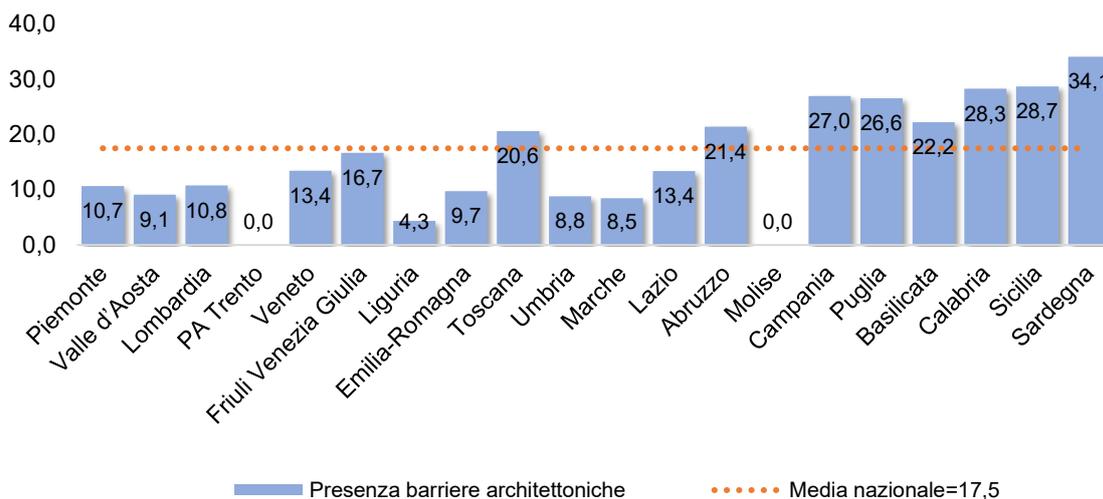


Figura 25. CF (%) con presenza di barriere architettoniche (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Tabella 15 sono state riportate le distribuzioni dei CF per dotazione di spazi, strumentazione e reti informatiche. In generale nei CF si rileva una elevata disponibilità di spazi dedicati a incontri di gruppo (90,2%) mentre la percentuale scende al 62,1% per gli spazi dedicati all'osservazione dell'allattamento, riduzione che tendenzialmente riguarda le Regioni del Sud e Isole, con l'eccezione della Sardegna. Dal 25,5% dei CF della Toscana al 100% dei CF del Molise sono dotati di strumenti audiovisivi (proiettore, schermi, ecc.) che possono essere importanti in particolare per le attività di gruppo. Per quanto riguarda la disponibilità di un ecografo necessario all'offerta di alcune attività ostetrico-ginecologiche da parte dei CF, la disponibilità è molto variabile, assente in Molise, e compresa tra il 10,2% (Lazio) al 72,7% (PA Trento). I computer e il collegamento ad Internet sono presenti nella quasi totalità dei CF di tutte le Regioni/PA. Un collegamento in rete informatica in ambito aziendale e/o regionale – presupposto necessario per il lavoro in rete con gli altri servizi sanitari – è meno diffuso al Sud e nelle Isole, con l'eccezione della Sicilia.

Tabella 15. CF (%) con disponibilità di spazi e strumentazione (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/ PA	Spazi per		Strumenti audiovisivi	Ecografo	Computer	Computer collegati in	
	incontri di gruppo	osservazione allattamento				Internet	rete informatica
	%	%				%	%
Piemonte	77,0	69,7	27,9	29,5	95,1	94,3	95,1
V. d'Aosta	100,0	36,4	27,3	27,3	100,0	100,0	100,0
Lombardia	96,3	93,0	53,7	50,5	100,0	99,5	74,3
PA Trento	72,7	100,0	81,8	72,7	100,0	100,0	100,0
Veneto	67,1	69,5	41,5	34,2	100,0	98,8	100,0
Friuli V. Giulia	79,2	75,0	70,8	58,3	95,8	100,0	87,5
Liguria	95,7	69,6	43,5	21,7	100,0	100,0	100,0
Emilia- Romagna	86,1	54,2	28,5	55,6	99,3	99,3	99,3
Toscana	87,9	49,7	25,5	41,2	89,1	90,9	87,3
Umbria	88,2	61,8	47,1	32,4	100,0	100,0	100,0
Marche	94,9	59,3	30,5	40,7	100,0	100,0	96,6
Lazio	96,1	80,3	28,4	10,2	97,6	91,3	62,2
Abruzzo	88,1	40,5	40,5	61,9	90,5	90,5	59,5
Molise	100,0	33,3	100,0	0,0	100,0	100,0	33,3
Campania	92,9	42,9	27,8	50,8	92,9	92,9	86,5
Puglia	92,0	62,0	32,7	49,6	98,2	95,6	73,5
Basilicata	96,3	40,7	59,3	55,6	81,5	81,5	18,5
Calabria	100,0	52,8	41,5	58,5	94,3	77,4	52,8
Sicilia	98,5	34,1	51,9	52,7	98,5	96,9	79,1
Sardegna	95,5	70,5	63,6	22,7	95,5	95,5	63,6
Totale	90,2	62,1	38,6	43,0	96,4	95,0	81,2

Caratteristiche organizzative e modalità di lavoro

Riunioni periodiche che coinvolgano tutte le figure professionali che operano nei CF, sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi che la discussione di casi clinici, sono state individuate come proxy di una gestione del servizio orientata a un approccio multidisciplinare alla salute.

Le Regioni/PA nelle quali la quasi totalità dei CF organizzano periodicamente riunioni sia organizzative che di discussione di casi clinici a livello di singola sede a cui partecipano tutte le

figure professionali sono Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e, solo per le riunioni organizzative, il Molise (Figura 26). Le Regioni dove questa modalità di lavoro è meno frequente sono Liguria, Toscana e Umbria; in Valle d'Aosta è una modalità mai riportata.

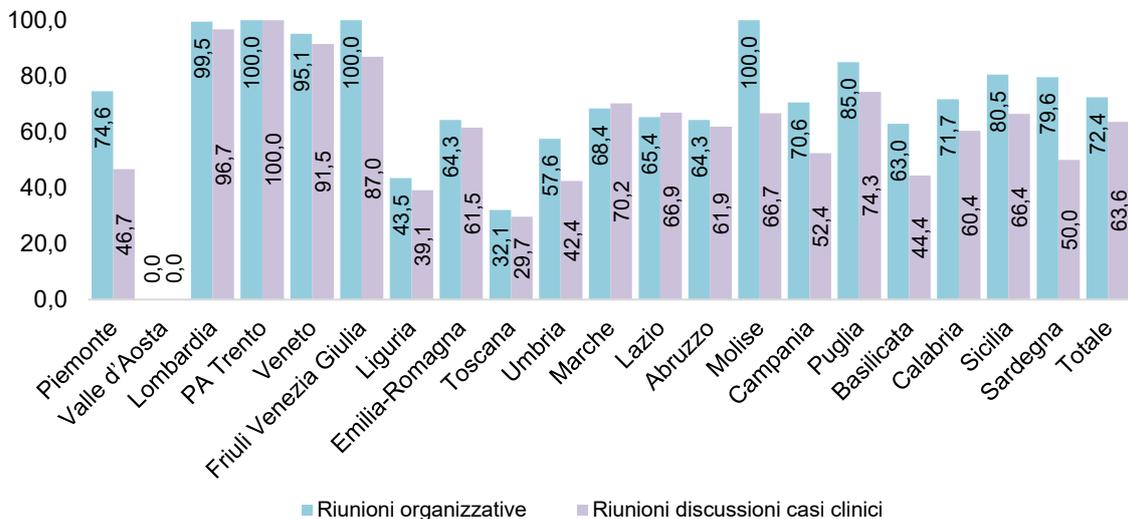


Figura 26. CF (%) che effettuano riunioni organizzative e per la discussione dei casi clinici con tutte le figure professionali (Indagine CF-ISS 2018)

L'utilizzo dell'offerta attiva qualifica e valorizza l'assistenza consultoriale e rappresenta uno dei principi fondamentali su cui si basa il modello operativo descritto dal POMI. Tale modalità non è però diffusamente adottata nei CF della maggioranza delle Regioni/PA (Figura 27). Solo nella PA di Trento l'offerta attiva è adottata da tutti i CF, seguono con valori superiori all'80% Umbria, Friuli Venezia Giulia e Basilicata, con valori tra il 70 e il 75% Puglia, Campania, Emilia-Romagna e Veneto. La situazione più critica riguarda la regione Marche (19%) e la Valle d'Aosta dove solo un unico consultorio giovani di riferimento per tutta la Regione riferisce di adottare la modalità dell'offerta attiva.

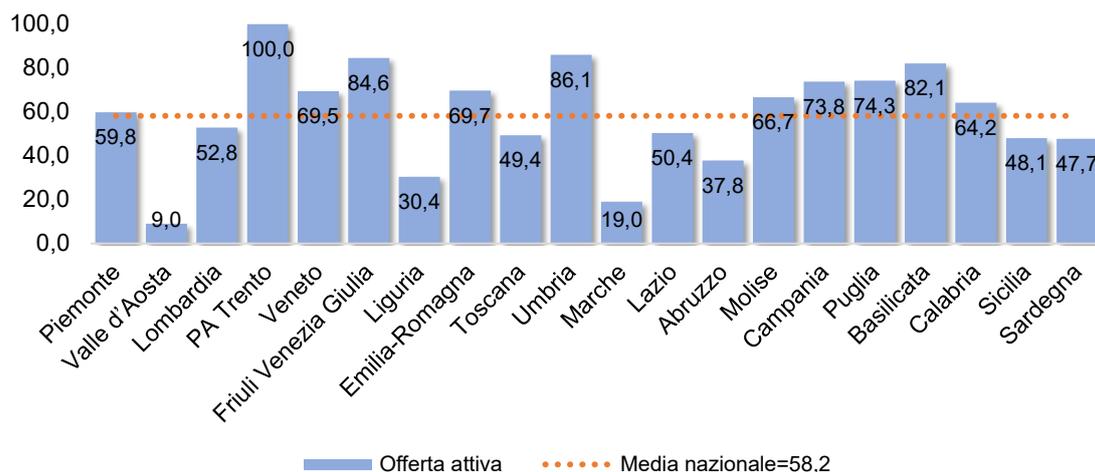


Figura 27. CF (%) che utilizzano la modalità dell'offerta attiva (Indagine CF-ISS 2018)

La rilevazione sistematica della soddisfazione degli utenti è parte integrante delle attività di valutazione e miglioramento di qualità dei servizi sanitari. L'effettuazione sistematica di questo tipo di rilevazione presenta un'ampia variabilità: del tutto assente in Basilicata e Valle d'Aosta, è invece presente in quasi tutti i CF in Lombardia (98%). Si tratta di una valutazione rilevata mediamente da un consultorio su 3 più diffusamente al Nord rispetto a Centro, Sud e Isole (Figura 28).

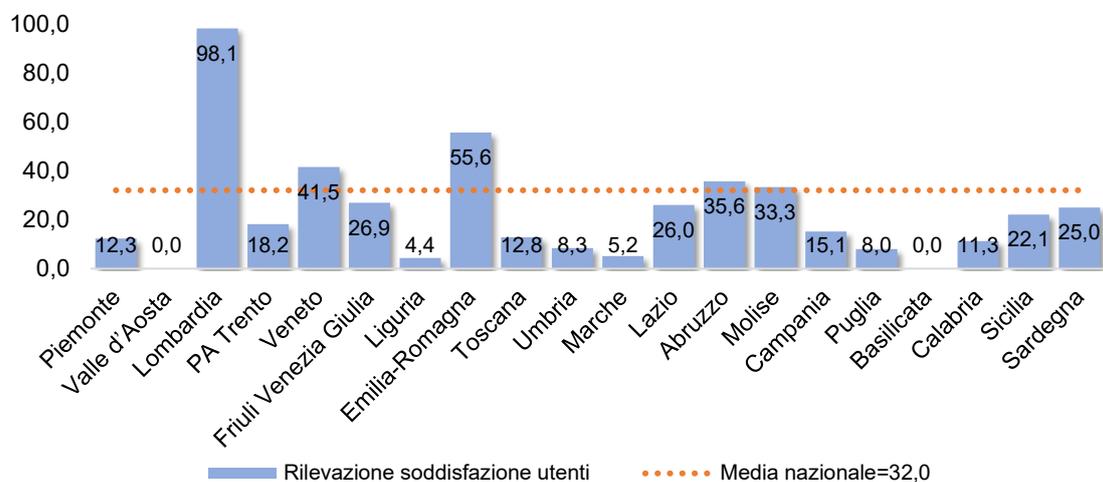


Figura 28. CF (%) che rilevano sistematicamente la soddisfazione degli utenti (Indagine CF-ISS 2018)

L'accessibilità dei servizi consultoriali da parte degli utenti è legata anche a ore e giorni di apertura delle strutture. Nella Figura 29 sono riportate le medie di ore di apertura settimanale dei CF al mattino, nel pomeriggio e complessive. In totale, le medie più basse, 22-26 ore a settimana, si registrano per i CF di Piemonte, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata mentre quelle più elevate, 35-37 ore settimanali, si registrano in Lombardia, PA di Trento, Molise e Calabria. Tendenzialmente nelle Regioni del Sud e Isole sono minori le ore di apertura pomeridiana (6 ore a settimana in media) a fronte di un'apertura più prolungata al mattino mentre in quelle del Nord le aperture pomeridiane sono più prolungate e diffuse.

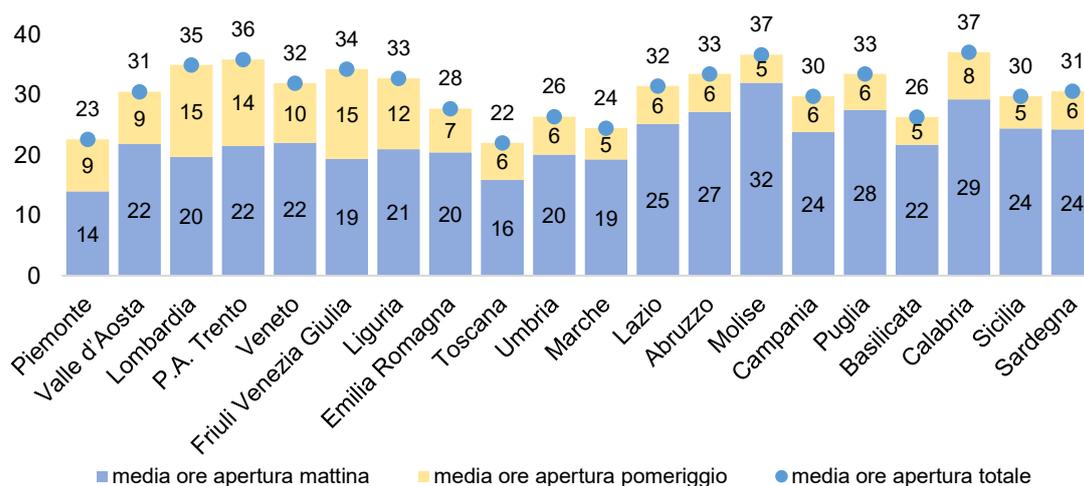


Figura 29. Numero medio di ore di apertura settimanale dei CF per fascia oraria (Indagine CF-ISS 2018)

L'apertura dei CF di sabato è una modalità che, rispondendo alle esigenze lavorative e familiari dell'utenza, può concorrere ad aumentare l'accessibilità ai servizi. Complessivamente il 10,2% dei CF sono aperti di sabato, erano il 14% nel 2008 (2) (Figura 30). In Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Campania questa modalità è del tutto assente ed è poco diffusa (<4%) in Piemonte, Veneto, Lazio, Sicilia e Sardegna. Le sedi aperte il sabato hanno una media di ore di apertura pari a 5,6 senza differenze per area geografica.

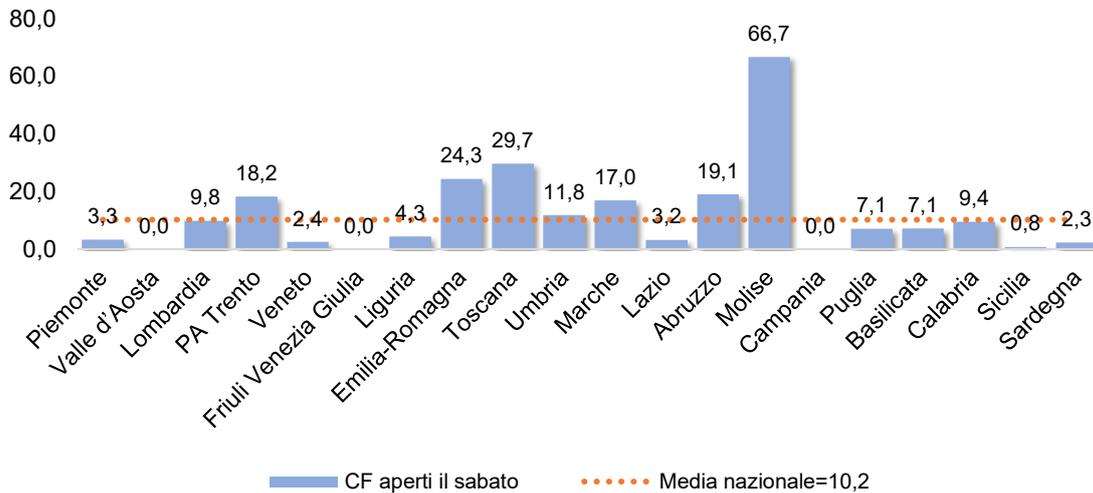


Figura 30. CF (%) aperti il sabato (Indagine CF-ISS 2018)

Aree e ambiti di attività dei CF

La quasi totalità dei CF, 1.535 in totale, svolge attività nell'ambito della salute della donna (Figura 31).

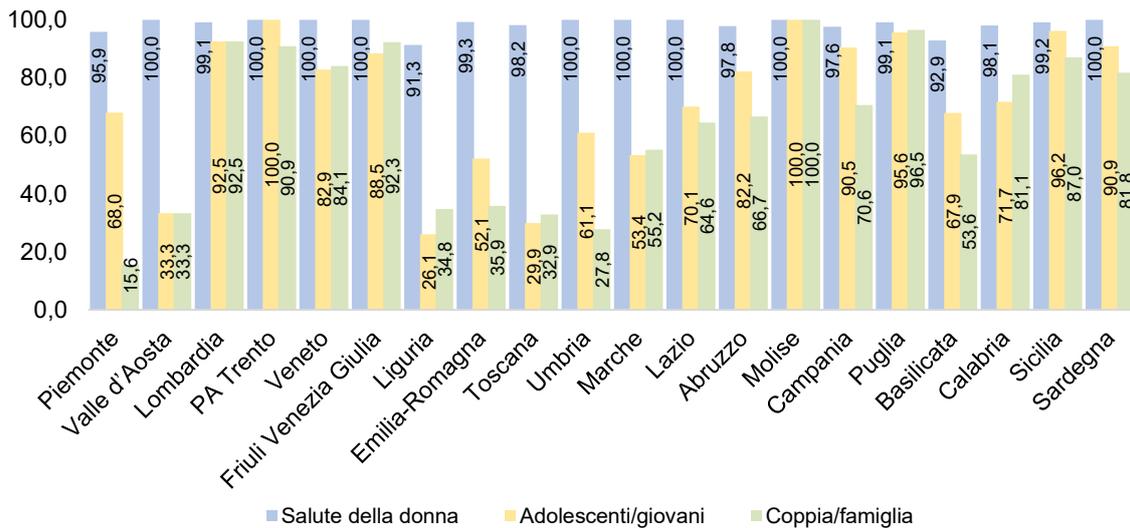


Figura 31. CF (%) che svolgono attività nell'ambito salute della donna, adolescenti/giovani e coppia/famiglia (Indagine CF-ISS 2018)

I CF che effettuano attività nell'area degli adolescenti/giovani, 1.142 in totale, variano dal 26,1% della Liguria al 100% del Molise e della PA di Trento. Svolgono attività nell'area della coppia/famiglia 999 CF in totale, dal 15,6% dei CF del Piemonte al 100% del Molise. Queste variazioni devono essere lette alla luce dei diversi modelli operativi socioassistenziali adottati dalle Regioni. Da una parte ci sono Regioni/PA che hanno identificato sedi consultoriali cui è stato assegnato un ruolo di Centro di Riferimento Aziendale (CRA) e dove sono state accentrate alcune attività; dall'altra, in alcuni casi sono stati creati a livello regionale servizi complementari ai CF, come i centri per la famiglia. Inoltre, è opportuno ricordare che non in tutte le Regioni, in particolare del Nord, i CF sono i servizi di riferimento per l'area adozioni/affidi. Si rimanda alla lettura dei report regionali per un approfondimento.

Nella Figura 32, gli ambiti di attività dei CF riportati per area geografica, sono ordinati per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. La maggior parte delle attività elencate sono riportate da oltre l'84% dei CF; con minor frequenza sono citate le patologie ginecologiche (75,8%), la depressione post partum e l'infertilità/sterilità (entrambe 69%) e le patologie mammarie (42,8%). Gli screening oncologici sono più frequentemente appannaggio dei CF del Centro e del Sud e Isole rispetto al Nord (92-97% vs. 78%). Questo risultato relativo a un'attività strategica per i CF va letto alla luce dell'organizzazione dei servizi che fa sì che alcune attività, pur non disponibili in tutte le sedi, siano comunque accessibili per l'utente nell'ambito della rete dei servizi aziendali/distrettuali, e della capacità di programmazione effettiva dei programmi di screening. L'attività sulla depressione post partum è invece più frequentemente offerta dai CF del Nord rispetto al Centro e al Sud e Isole (82,3% vs. 55,0-64,8%). Maggiori dettagli sono disponibili negli approfondimenti regionali (Volume 2) e nei focus dedicati a queste attività.

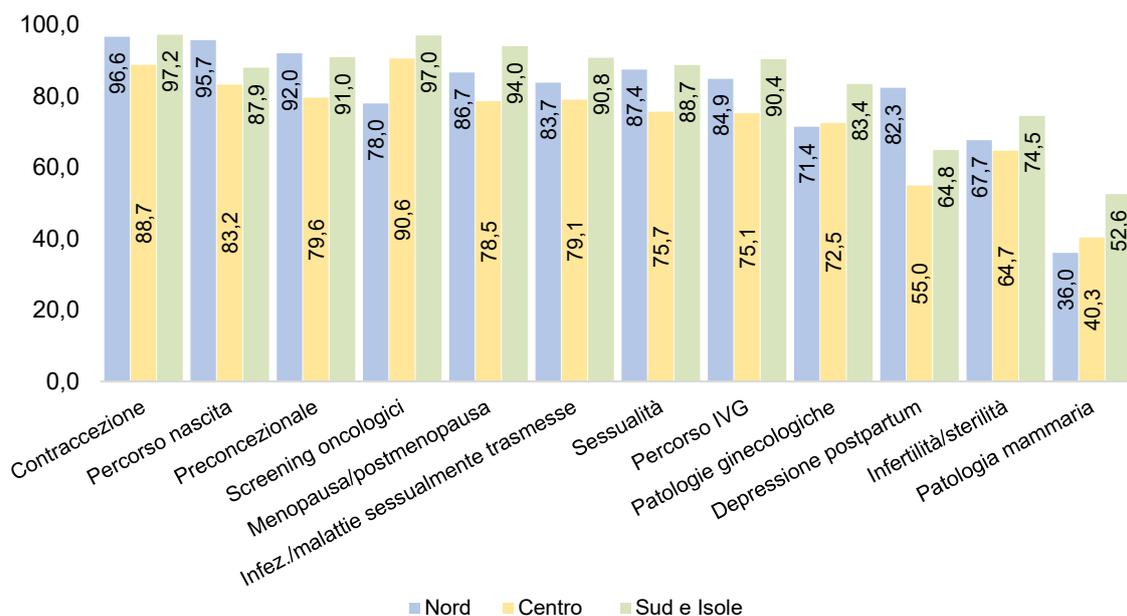


Figura 32. CF (%) che offrono attività specifiche dell'ambito salute della donna per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Figura 33 sono riportate per area geografica le attività dei CF nell'area coppia/famiglia, ordinate per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. L'ambito di attività più rappresentato (96,7%) senza differenze tra aree geografiche è quello dei problemi della coppia mentre l'ambito meno trattato (70,4%) è quello della sterilità/infertilità. Una differenza rilevante

riguarda le adozioni di cui si occupano il 50% dei CF del Nord a fronte dell'84-86% dei CF del Centro e del Sud e Isole. Ciò è dovuto al fatto che nelle Regioni del Nord più frequentemente le adozioni fanno capo a servizi comunali. Si rimanda ai report regionali per approfondimenti.

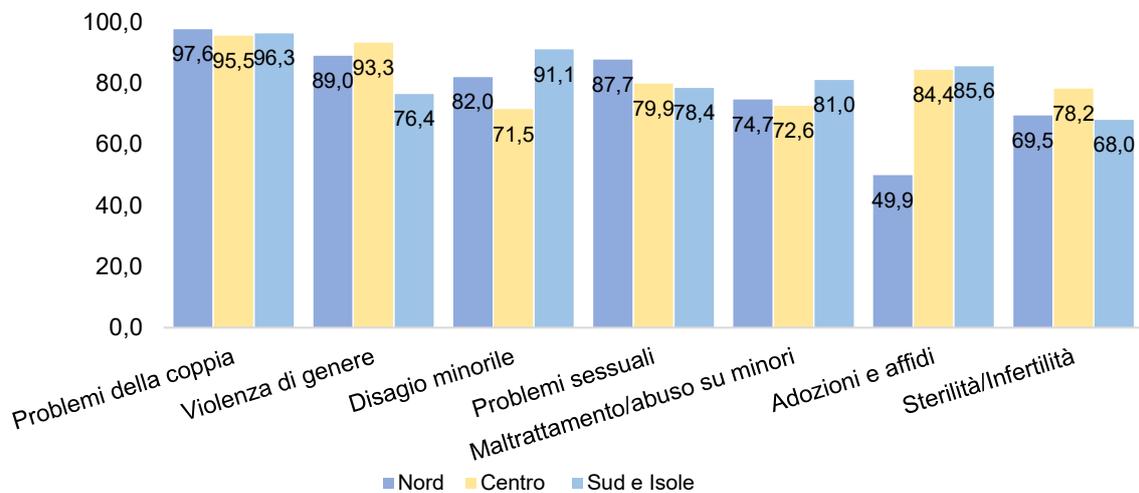


Figura 33. CF (%) che svolgono attività specifiche dell'ambito coppia/famiglia per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Le attività relative all'area giovani di cui i CF si occupano maggiormente, con valori superiori all'87% e senza grandi differenze tra aree geografiche, sono contraccezione, sessualità, salute riproduttiva, infezioni/malattie sessualmente trasmesse e disagio relazionale. La Figura 34 le presenta per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. Tra le tematiche meno trattate si osserva l'identità di genere e LGBT (52,9%), che è peraltro una delle tematiche più frequentemente oggetto di formazione e aggiornamento da parte del personale dei CF (vedi Figura 9), seguita dalle tematiche delle dipendenze (21,6%), di competenza anche di altri servizi, e delle patologie andrologiche (17,9%).

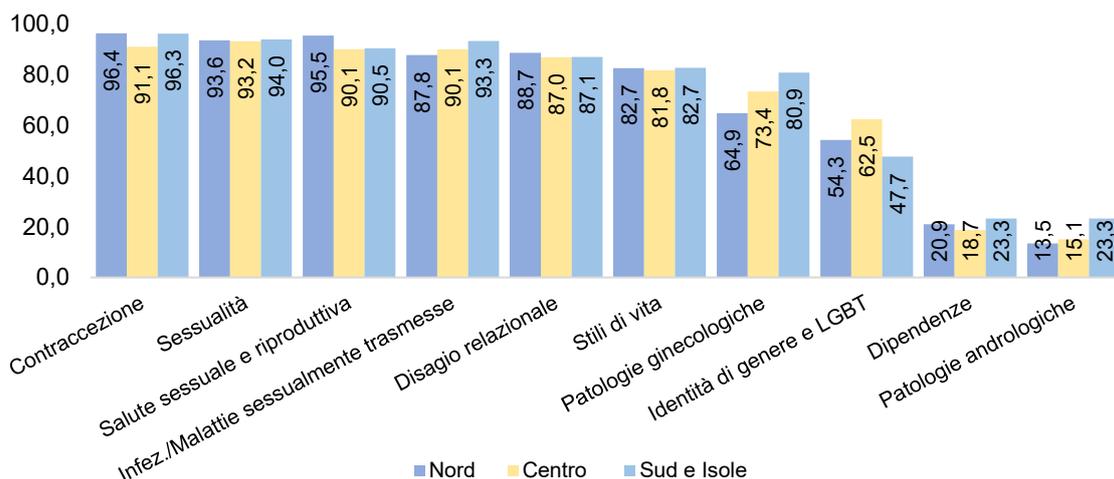


Figura 34. CF (%) che svolgono attività specifiche dell'ambito adolescenti/giovani per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Salute della donna *life-course*

Contracezione e percorso IVG

Su 1.438 CF che dichiarano di svolgere attività sul tema della contraccezione, 510 (35,5%) offrono gratuitamente i contraccettivi di cui 202 del Nord, 133 del Centro e 175 del Sud e Isole.

L'offerta gratuita dei contraccettivi, presente nel 35-40% dei CF delle 3 aree geografiche, mostra tuttavia profili diversi per le modalità dell'offerta (Figura 35).

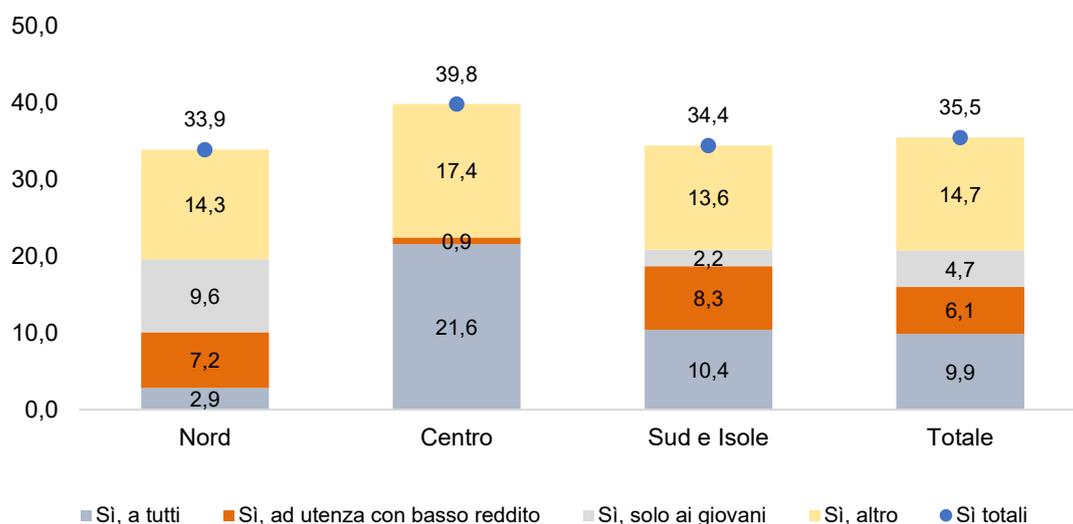


Figura 35. CF (%) che offrono gratuitamente i contraccettivi per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Quella gratuita a tutta l'utenza è molto più frequente nei CF del Centro (21,6%) rispetto al Nord (2,9%) e al Sud (10,4%). Nel Nord del Paese sono invece più diffuse l'offerta gratuita per fasce di reddito e fasce d'età. La voce "altro", la più rappresentata in tutte le aree, comprende prevalentemente una combinazione di criteri che tengono conto sia dell'età che dello status economico, oppure contiene un riferimento a una normativa regionale o a linee guida non meglio specificate. Il dettaglio regionale e di PA (Tabella 16) evidenzia come ci siano 8 Regioni, 6 del Sud e Isole e 2 del Nord, in cui il 95% o più dei CF non prevedono alcuna modalità di offerta gratuita dei contraccettivi; in 3 di queste, nessun consultorio prevede forme di offerta gratuita di contraccettivi.

Se si entra nel merito del tipo di contraccezione offerta gratuitamente (Figura 36), emerge una situazione completamente diversa tra Nord, Centro e Sud e Isole. Nei CF del Nord si offre con maggiore frequenza lo *Intra-Uterin Device* (IUD, spirale) (72,6%) e la contraccezione di emergenza (63,2%); la quasi totalità dei CF del Centro offre lo IUD (97,3%) e la quasi totalità dei CF del Sud offre la pillola anticoncezionale (92,5%). A parte IUD e pillola anticoncezionale, tutti gli altri contraccettivi sono offerti con frequenze maggiori al Nord rispetto a Centro e Sud e Isole.

Tra le attività volte alla promozione di una procreazione consapevole e responsabile quelle più citate (>90%), indipendentemente dall'area geografica, sono la spiegazione dell'uso di metodi contraccettivi meccanici e la prescrizione di contraccettivi ormonali (Figura 37). Con minore frequenza e maggiore variabilità territoriale sono citati l'inserimento di IUD e l'applicazione di dispositivi sottocutanei.

Tabella 16. CF (%) che offrono gratuitamente i contraccettivi per Regione (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	A tutti %	A utenza a basso reddito %	Solo ai giovani %	Altro %	A nessuno %
Piemonte	0,8	3,4	27,1	7,6	61,0
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Lombardia	5,4	10,9	0,5	4,5	78,7
PA Trento	0,0	50,0	0,0	30,0	20,0
Veneto	0,0	6,3	0,0	0,0	93,8
Friuli Venezia Giulia	0,0	4,3	8,7	21,7	65,2
Liguria	5,0	0,0	0,0	0,0	95,0
Emilia-Romagna	3,0	4,4	16,3	43,7	32,6
Toscana	3,8	1,5	0,0	38,4	56,4
Umbria	26,7	0,0	0,0	6,7	66,7
Marche	9,3	0,0	0,0	5,6	85,2
Lazio	46,2	0,9	0,0	1,7	51,3
Abruzzo	0,0	0,0	0,0	2,8	97,2
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Campania	0,8	0,0	0,0	0,8	98,4
Puglia	7,3	21,1	6,4	52,3	12,8
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Calabria	2,0	0,0	0,0	0,0	98,0
Sicilia	34,7	15,3	3,2	6,5	40,3
Sardegna	0,0	0,0	0,0	5,0	95,0
Totale	9,9	6,1	4,7	14,7	64,5

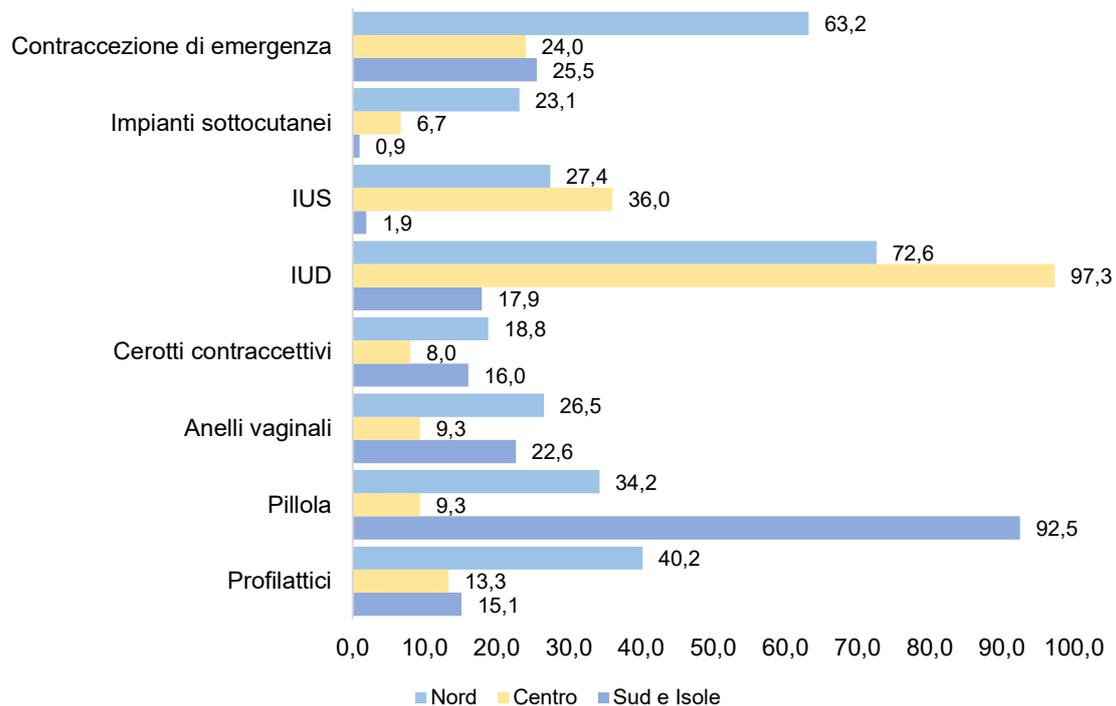


Figura 36. Offerta (%) di specifici contraccettivi resi disponibili gratuitamente dai CF per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

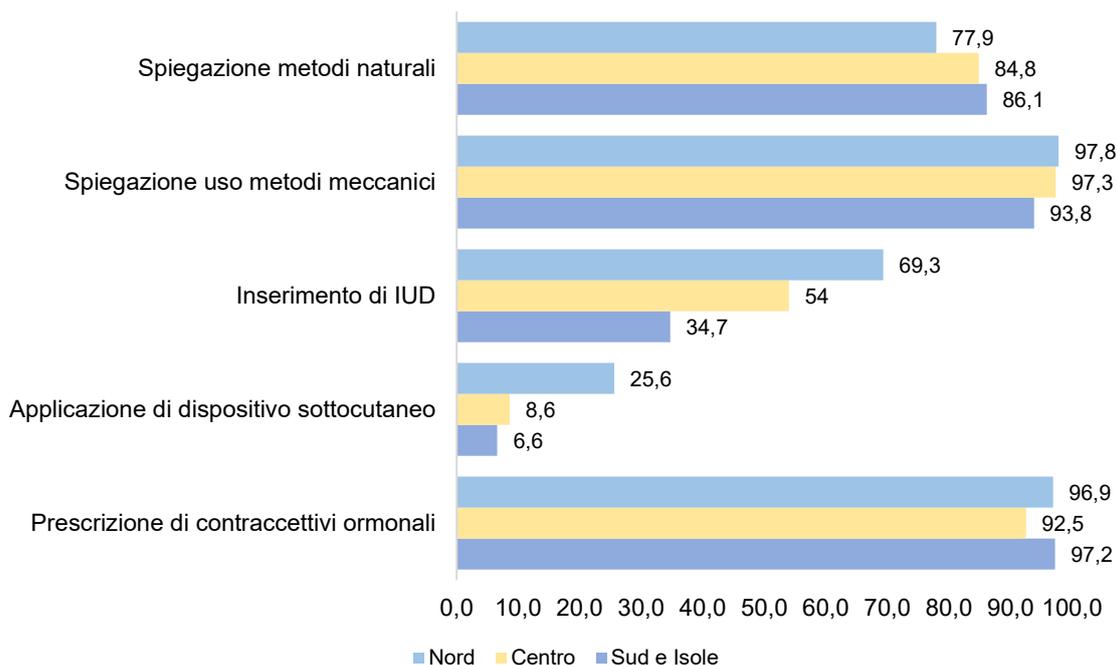


Figura 37. CF (%) che offrono attività finalizzate alla procreazione consapevole e responsabile per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

La disponibilità di un distributore automatico di profilattici all'interno della sede è riportata solo da 11 CF di cui 8 della PA di Trento e 1 ciascuno delle Regioni Lombardia, Campania e Puglia.

Tra i 1.535 CF che offrono attività nell'area salute della donna, quelli che offrono attività sul percorso per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) sono complessivamente 1.295 (84,3%) di cui 528 del Nord, 287 del Centro e 480 del Sud (Figura 38). L'offerta di questa attività è meno frequente nei CF della Valle d'Aosta e delle Marche.

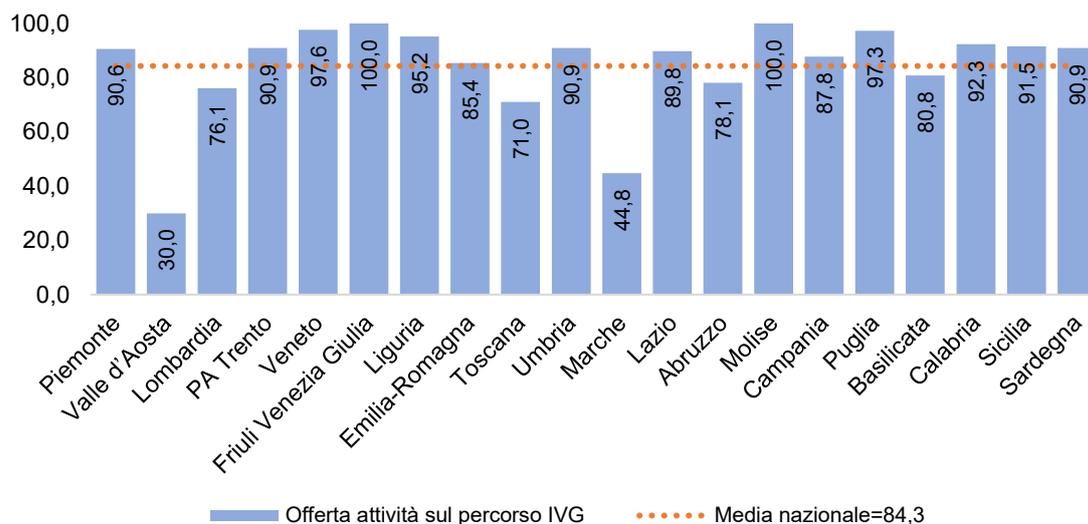


Figura 38. CF (%) che offrono attività relative al percorso IVG (Indagine CF-ISS 2018)

Tutte le attività inerenti al percorso IVG, dal *counselling* pre-procedura al *counselling* contraccettivo post IVG, sono offerte con percentuali superiori al 90% dai CF del Nord, Centro e Sud e Isole (Figura 39).

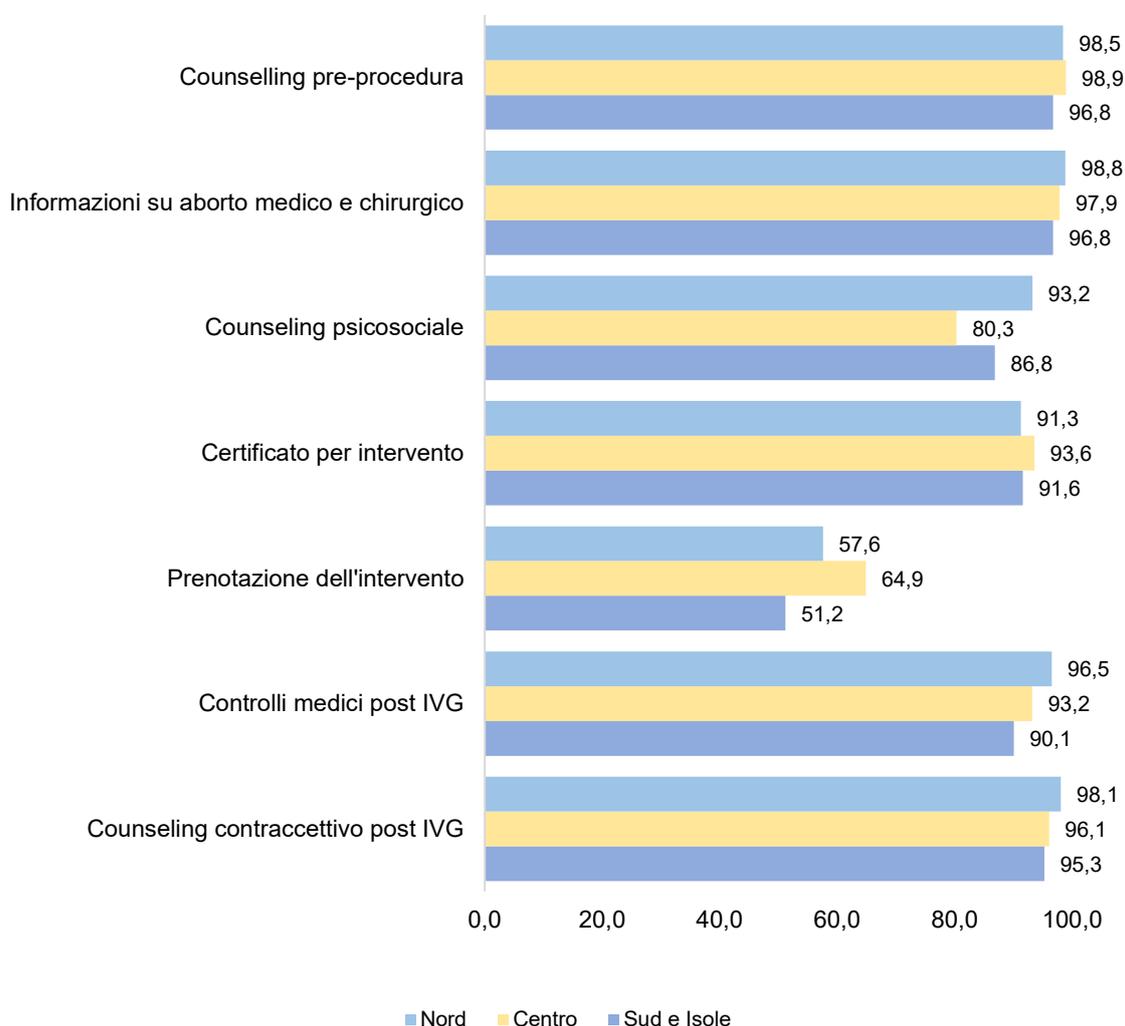


Figura 39. CF (%) che offrono attività relative al percorso IVG per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Le percentuali riferite al *counselling* psicosociale al Centro (80,3%) e nel Sud e Isole (86,8%) sono di poco inferiori; l'unica eccezione è rappresentata dall'offerta della prenotazione dell'intervento direttamente tramite CF che presenta valori compresi tra 52 e 65%.

Nella Tabella 17 si può osservare il dettaglio regionale del percorso offerto in caso di richiesta di IVG. La continuità del percorso – definita come percentuale di offerta di tutte le attività nell'80% o più delle sedi di CF – è presente soltanto nei servizi del Piemonte e della PA di Trento.

Questa mancanza di continuità del percorso può rappresentare per le utenti una criticità che sarebbe auspicabile risolvere.

Tabella 17. CF (%) che offrono specifiche attività nell'ambito del percorso IVG per Regione (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	Counselling pre-procedura	Informazioni su aborto medico e chirurgico	Counselling psicosociale	Certificato per intervento	Prenotazione intervento	Controlli medici post IVG	Counselling contraccettivo post IVG
	%	%	%	%	%	%	%
Piemonte	100,0	100,0	83,0	95,3	89,6	98,1	100,0
Valle d'Aosta	66,7	66,7	66,7	0,0	0,0	66,7	66,7
Lombardia	98,7	99,4	99,4	91,8	36,5	98,7	99,4
PA Trento	100,0	100,0	100,0	100,0	90,0	100,0	100,0
Veneto	100,0	97,4	100,0	96,1	42,9	92,2	96,1
Friuli Venezia Giulia	95,7	95,7	100,0	91,3	73,9	91,3	91,3
Liguria	80,0	95,0	60,0	100,0	35,0	95,0	95,0
Emilia-Romagna	100,0	100,0	94,1	83,9	66,1	96,6	98,3
Toscana	99,1	100,0	72,8	93,0	59,7	93,9	98,3
Umbria	100,0	100,0	70,4	100,0	25,9	100,0	100,0
Marche	95,8	75,0	83,3	79,2	79,2	66,7	70,8
Lazio	99,1	100,0	89,3	95,5	75,9	96,4	98,2
Abruzzo	100,0	100,0	90,6	93,8	68,8	84,4	96,9
Molise	100,0	66,7	66,7	0,0	33,3	66,7	66,7
Campania	96,2	98,1	83,0	95,3	56,6	93,4	96,2
Puglia	95,3	95,3	94,3	90,6	50,0	89,6	95,3
Basilicata	100,0	100,0	85,7	81,0	47,6	81,0	90,5
Calabria	90,9	90,9	84,1	93,2	54,6	81,8	86,4
Sicilia	99,1	98,2	84,8	93,8	50,9	95,5	99,1
Sardegna	97,4	97,4	84,2	86,8	23,7	86,8	94,7
Totale	97,9	97,9	88,0	91,9	56,7	93,4	96,6

Problematiche ginecologiche/sexuali prese in carico dai CF

Nella Figura 40 sono riportate per area geografica le problematiche ginecologiche/sexuali prese in carico dai CF, ordinate per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. La presa in carico diretta o attraverso la disponibilità di protocolli integrati con altri servizi per una serie di problematiche è più diffusa tra i CF del Nord rispetto a Centro e Sud e Isole.

Questo dato può essere un riflesso del maggiore livello di integrazione riscontrata dall'indagine nelle Regioni del Nord. Particolarmente poco frequente è la presa in carico per le mutilazioni genitali femminili nei CF del Sud e Isole, con l'eccezione della Basilicata.

Nella Tabella 18 si riporta il dettaglio regionale. Si rileva una grande variabilità di presa in carico per tutte le problematiche indicate.

Riguardo al dolore pelvico/endometriosi, si sottolinea l'importanza che i CF possono assumere nel riconoscimento precoce della patologia e nell'indirizzare le donne ai percorsi specialistici grazie alle numerose occasioni di incontro con le donne in età riproduttiva già dall'adolescenza.

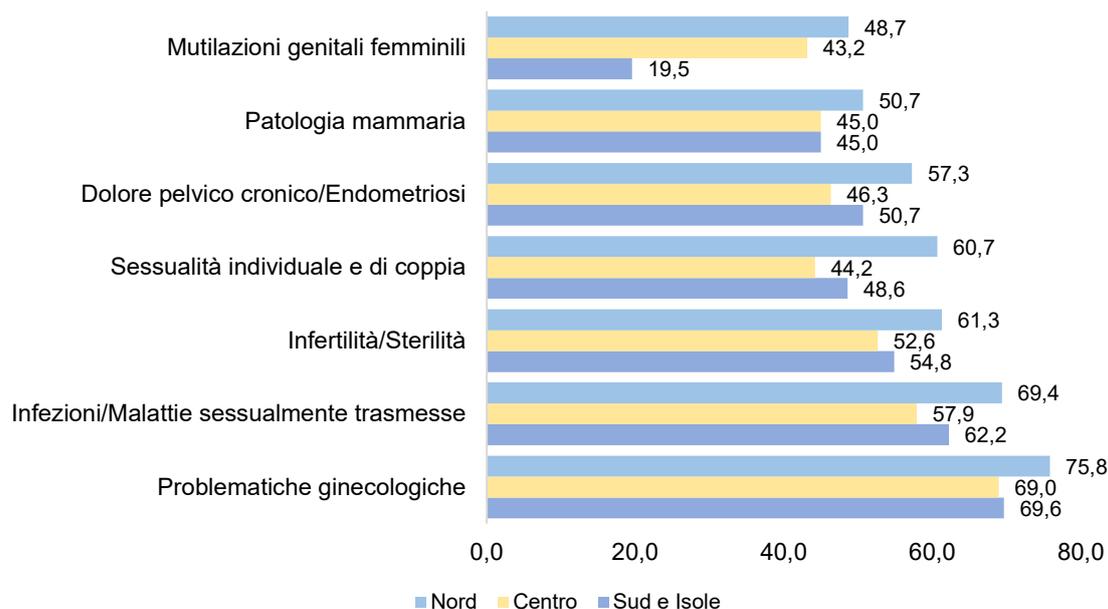


Figura 40. CF (%) che prendono in carica o dispongono di un protocollo per l'invio delle utenti a strutture specializzate per tipo di problematica e area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Tabella 18. CF (%) che prendono in carica o dispongono di un protocollo per l'invio delle utenti a strutture specializzate per tipo di problematica e Regione (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	Problematiche ginecologiche	Sessualità individuale e di coppia	Infez./Malattie sessualmente trasmesse	Dolore pelvico cronico / endometriosi	Patologia mammaria	Mutilazioni genitali femminili	Infertilità/sterilità
	%	%	%	%	%	%	%
Piemonte	89,3	75,4	89,3	73,8	69,7	77,9	67,2
Valle d'Aosta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0	100,0
Lombardia	58,0	46,7	46,2	38,2	34,0	20,3	40,6
PA Trento	81,8	90,9	100,0	54,6	63,6	54,6	100,0
Veneto	63,3	64,6	62,0	51,9	45,6	57,0	59,5
Friuli Venezia Giulia	82,6	52,2	73,9	60,9	60,9	56,5	65,2
Liguria	82,6	69,6	69,6	82,6	82,6	39,1	69,6
Emilia-Romagna	93,6	61,4	85,7	67,1	50,7	63,6	80,7
Toscana	57,9	53,7	61,0	50,6	43,3	52,4	61,0
Umbria	96,9	21,9	40,6	40,6	53,1	40,6	46,9
Marche	71,9	38,6	77,2	50,9	40,4	64,9	70,2
Lazio	74,8	40,2	49,6	40,2	47,2	22,1	35,4
Abruzzo	57,1	38,1	57,1	35,7	31,0	33,3	45,2
Molise	66,7	66,7	66,7	33,3	66,7	33,3	33,3
Campania	81,5	55,7	68,6	59,7	71,0	11,3	59,7
Puglia	61,1	46,0	54,0	39,8	22,1	12,4	44,3
Basilicata	63,0	66,7	66,7	44,4	25,9	48,2	66,7
Calabria	67,3	44,2	55,8	48,1	36,5	26,9	50,0
Sicilia	77,2	48,0	65,9	59,4	50,4	17,1	63,4
Sardegna	55,8	39,5	65,1	51,2	48,8	27,9	53,5
Totale	72,0	52,4	64,1	52,3	47,3	37,3	56,9

Coinvolgimento dei CF nella rete antiviolenza

La Figura 41 mostra la distribuzione dei CF che fanno parte della rete antiviolenza, complessivamente 366 al Nord, 254 al Centro e 182 al Sud e Isole. Tendenzialmente i CF del Sud sono meno frequentemente inseriti in una rete antiviolenza, ad eccezione dei CF del Molise. Al Nord fa eccezione la Valle d'Aosta dove nessuna sede di CF ha indicato la partecipazione alla rete, che è tuttavia presente a livello aziendale/distrettuale (cfr Tabella 9). Per quanto riguarda la Liguria, il valore estremamente basso è da correlarsi alla partecipazione dei CF di due sole ASL a questo livello di indagine, una delle quali non ha riportato la presenza di atti di collaborazione con i centri antiviolenza (cfr Tabella 9). Complessivamente le donne vittime di violenza seguite nel 2017 dai CF in collaborazione con altri servizi sono state 1.575 al Nord, 1.283 al Centro e 1.039 nel Sud e Isole.

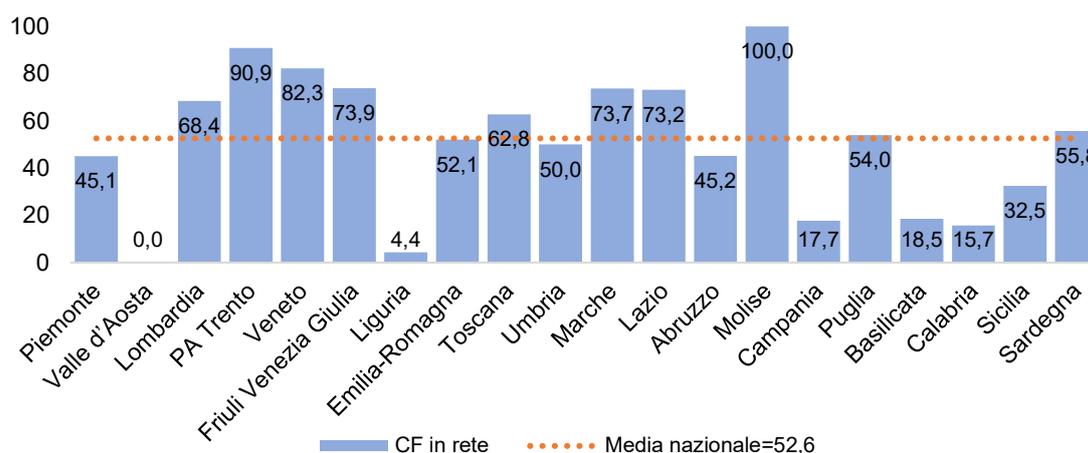


Figura 41. CF (%) che fanno parte della rete antiviolenza (Indagine CF-ISS 2018)

Prevenzione oncologica

Le attività di screening descritte nella Figura 42 descrivono quanto riferito dai 1.535 CF che svolgono attività nell'ambito della salute della donna.

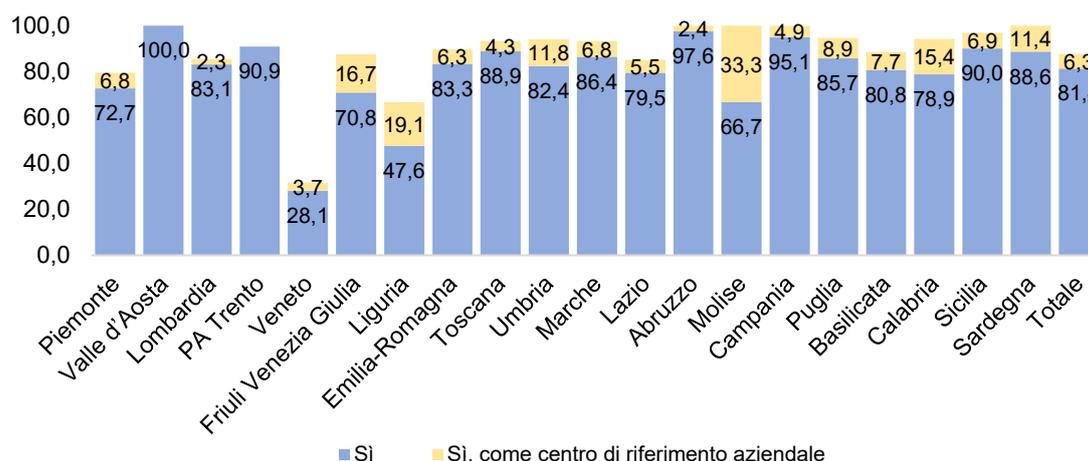


Figura 42. CF (%) che offrono screening oncologici come singola sede o come centro di riferimento aziendale (Indagine CF-ISS 2018)

La Figura 42 mostra la distribuzione dei CF rispetto all'offerta di attività, anche come Centro di riferimento aziendale (CRA), nell'ambito degli screening oncologici. Tra tutte si distingue il Veneto per un'offerta molto bassa, che risente di una scelta strategica dell'assistenza sociosanitaria regionale che vede l'assegnazione dei programmi di screening a un servizio diverso dai CF. In Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise e Calabria sono più frequenti le sedi CRA in cui si concentrano queste attività.

Nella Tabella 19 è riportata la distribuzione dei CF che svolgono attività di prevenzione oncologica tramite l'offerta attiva di informazioni rispettivamente per tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto. Per il tumore della cervice uterina l'offerta attiva di informazioni riguarda la quasi totalità dei CF (96,2%), scende al 73,8% per il tumore della mammella e al 31,5% per quanto riguarda il tumore del colon-retto. Solo in Valle d'Aosta questa attività di prevenzione è offerta da tutti i CF per tutti e tre i tipi di tumore.

Tabella 19. CF (%) che offrono attivamente informazioni sulla prevenzione di specifici tumori (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Cervice uterina %	Mammella %	Colon-retto %
Piemonte	98,3	64,1	19,7
Valle d'Aosta	100,0	100,0	100,0
Lombardia	89,1	68,6	21,4
P.A. Trento	90,9	90,9	18,2
Veneto	93,7	84,8	15,2
Friuli Venezia Giulia	87,0	87,0	39,1
Liguria	85,7	76,2	0,0
Emilia-Romagna	99,3	63,3	30,9
Toscana	96,9	45,3	18,0
Umbria	100,0	87,5	75,0
Marche	91,2	77,2	56,1
Lazio	97,6	79,5	53,5
Abruzzo	100,0	87,8	46,3
Molise	100,0	66,7	0,0
Campania	100,0	94,2	58,7
Puglia	99,1	71,4	17,9
Basilicata	92,3	92,3	3,8
Calabria	98,0	84,0	14,0
Sicilia	98,4	82,1	37,4
Sardegna	97,7	83,7	32,6
Totale	96,2	73,8	31,5

I CF che svolgono attività di prevenzione tramite l'offerta di screening del tumore della cervice uterina sono complessivamente 1.346 (485 al Nord, 346 al Centro, 515 al Sud e Isole). Nella Tabella 20 si riporta la distribuzione dei CF per tipo di test di screening utilizzato. I dati vanno letti alla luce di quanto era previsto nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e cioè che tutti i programmi di screening italiani entro il 2018 passassero dal Pap-test al test HPV come test primario per le donne a partire dai 30-35 anni. L'81,8% dei CF utilizza nei programmi di screening il Pap-test e solo il 38,4% utilizza anche l'HPV-test. In Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia e Sardegna i CF che utilizzano l'HPV-test sono meno del 5% indicando che il processo di adeguamento a quanto previsto dal PNP era probabilmente ancora in fase iniziale tra il 2018-2019, quando i dati sono stati raccolti.

Tabella 20. CF (%) che utilizzano le diverse tipologie di test per lo screening del tumore della cervice uterina e per figura professionale che li esegue (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	Tipo di test* (%)		Figura professionale che prevalentemente esegue il test (%)		
	Pap-test	HPV-test	Ginecologo	Ostetrica	Entrambe le figure
Piemonte	87,1	87,1	1,1	87,1	11,8
Valle d'Aosta	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Lombardia	56,6	1,6	18,1	78,0	3,8
PA Trento	100,0	100,0	0,0	90,0	10,0
Veneto	53,9	53,9	53,9	38,5	7,7
Friuli Venezia Giulia	71,4	0,0	23,8	76,2	0,0
Liguria	35,7	57,1	14,3	85,7	0,0
Emilia-Romagna	90,7	93,8	0,8	96,1	3,1
Toscana	89,4	69,5	0,0	98,7	1,3
Umbria	65,6	62,5	0,0	87,5	12,5
Marche	94,6	1,8	0,0	94,6	5,5
Lazio	87	31,5	13,9	85,2	0,9
Abruzzo	65,9	97,6	9,8	82,9	7,3
Molise	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0
Campania	90,2	17,9	55,3	39,8	4,9
Puglia	93,4	3,8	7,5	85,9	6,6
Basilicata	47,8	78,3	52,2	39,1	8,7
Calabria	75,5	14,3	20,4	73,5	6,1
Sicilia	91,3	11,1	42,1	48,4	9,5
Sardegna	93,2	4,5	0,0	95,5	4,5
Totale	81,8	38,4	16,8	78,0	5,2

* Pap-test offerto attivamente ogni 3 anni alle donne di età compresa tra 25 e 64 anni; HPV-test offerto attivamente ogni 5 anni alle donne partore dai 30-35 anni.

La figura professionale che esegue più spesso il Pap-test/HPV-test è l'ostetrica nel 78% dei CF e il ginecologo nel 16,8%.

Sono 3 le Regioni dove è la figura del ginecologo a essere prevalentemente incaricata di questa procedura: Veneto, Campania e Basilicata.

Menopausa

Complessivamente il 77,9% dei CF offre attività rivolte alle donne in menopausa e post menopausa. Tendenzialmente queste attività sono più frequenti nei CF del Sud e Isole rispetto a Nord e Centro (Figura 43).

La Valle d'Aosta è l'unica Regione che non prevede questa attività nei propri CF.

Nei 1.174 CF che offrono attività alle donne in menopausa quelle offerte dalla quasi totalità dei CF, senza differenze per area geografica, sono il *counselling* e le visite mediche (Figura 44).

Le campagne informative sono offerte da un CF su 4 al Nord e al Centro e con maggiore frequenza nei CF del Sud e Isole (44,1%). Circa un CF su 10 organizza gruppi di supporto/confronto tra pari.

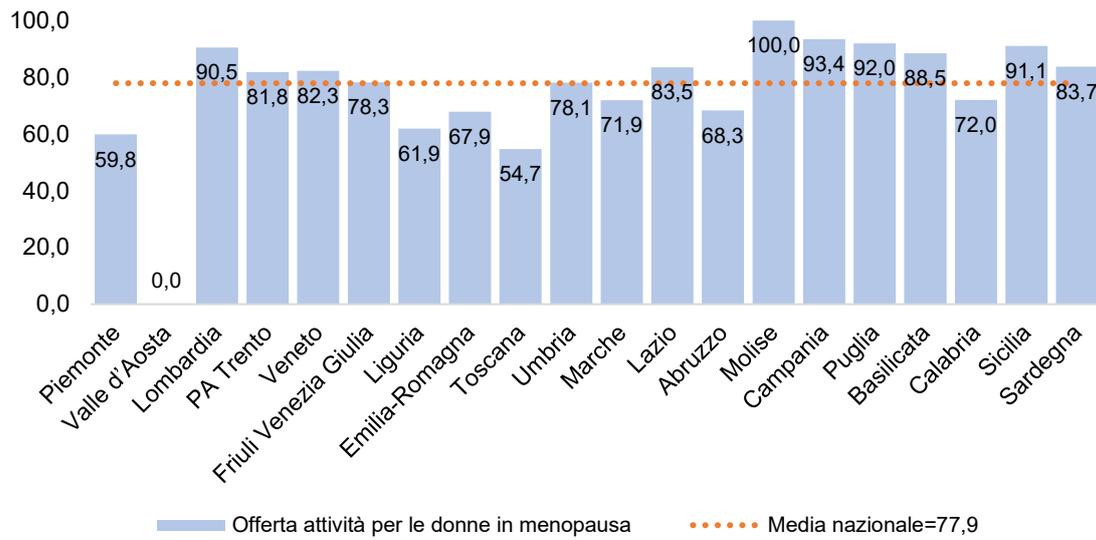


Figura 43. CF (%) che prevedono attività rivolte alle donne in menopausa e postmenopausa (Indagine CF-ISS 2018)

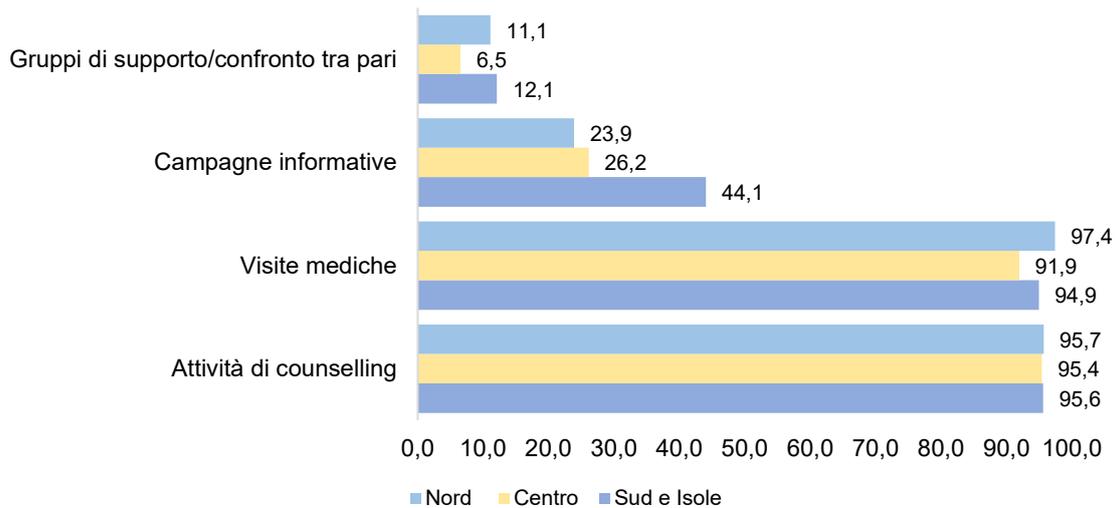


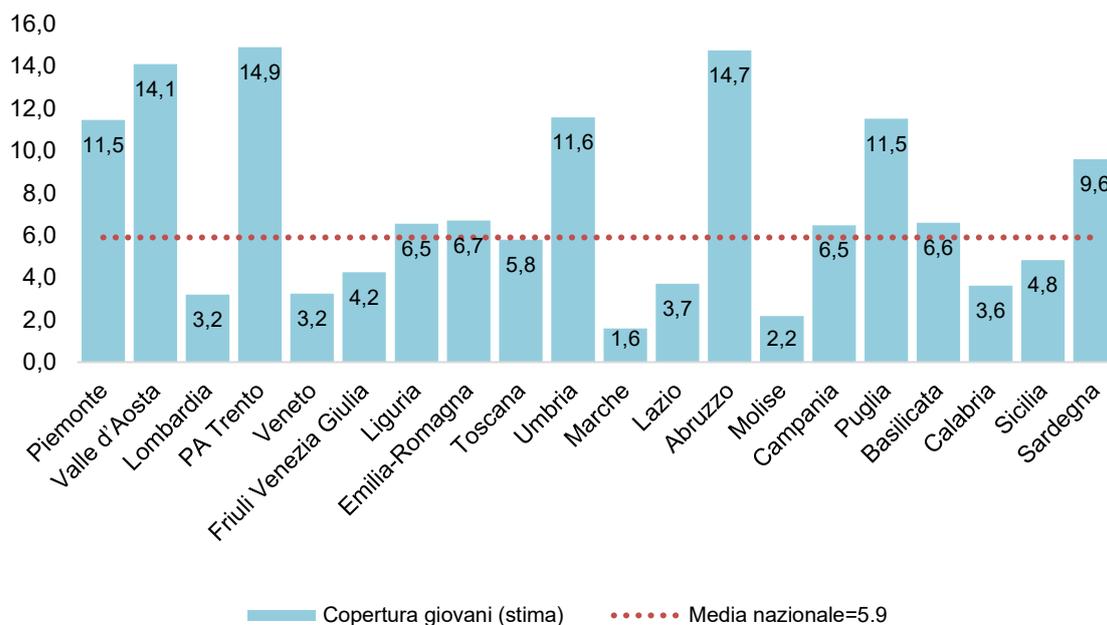
Figura 44. CF (%) che offrono specifiche attività alle donne in menopausa (Indagine CF-ISS 2018)

Area Adolescenti/giovani e Coppia/famiglia

I risultati di seguito riportati, se non diversamente indicato, si riferiscono a 1.226 CF (504 del Nord, 224 del Centro e 498 del Sud e Isole) che hanno riportato di effettuare attività nell'area Adolescenti/giovani o nell'area Coppia/famiglia. Sono esclusi 331 CF che effettuano attività solo nell'area salute della donna.

Capacità attrattiva dei servizi consultoriali rispetto agli adolescenti/giovani

Nella Figura 45 è riportata la stima di un indicatore di capacità attrattiva dei consultori rispetto agli adolescenti/giovani definito come numero medio di utenti dei CF adolescenti/giovani (dati scheda aziendale) per 100 residenti di 14-19 anni (popolazione ISTAT 2017). Le Regioni/PA che presentano la capacità attrattiva più elevata, superiore al 10%, sono Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Umbria, Abruzzo e Puglia mentre la capacità attrattiva più bassa, compresa tra 1 e 2%, si riscontra nelle Marche e nel Molise.



Nota: Per il metodo di stima si veda la definizione operativa degli indicatori nell'Appendice della Pt. 2

Figura 45. Numero medio di utenti giovani dei CF per 100 residenti di 14-19 anni (Indagine CF-ISS 2018)

Attività di counselling

Nella Figura 46 sono riportati per area geografica gli ambiti specifici su cui viene offerta attività di *counselling* dai CF, ordinati per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. Tra i CF che offrono attività nell'area adolescenti/giovani e coppia/famiglia, più del 70% dei CF, tanto al Nord come al Centro e al Sud e Isole, offre attività di *counselling* su sessualità e disagio psicologico in adolescenza. Il *counselling* sulla violenza di genere e sessuale è offerto con maggiore frequenza nei CF del Centro (80,4%) rispetto al Nord (70,8%) e al Sud e Isole (61,9%). Le tematiche su cui, indipendentemente dall'area geografica, vi è una minore offerta di *counselling* sono l'identità di genere e la mediazione familiare.

Nella Figura 47 si riporta il dettaglio regionale per l'offerta di *counselling* sulla violenza di genere e sessuale. Le realtà territoriali nelle quali almeno l'85% dei CF offre questa attività sono PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche e Lazio. I valori più bassi, intorno al 50%, si riscontrano in Piemonte, Campania, e Calabria. In Valle d'Aosta il *counselling* su questa tematica non viene mai citato.

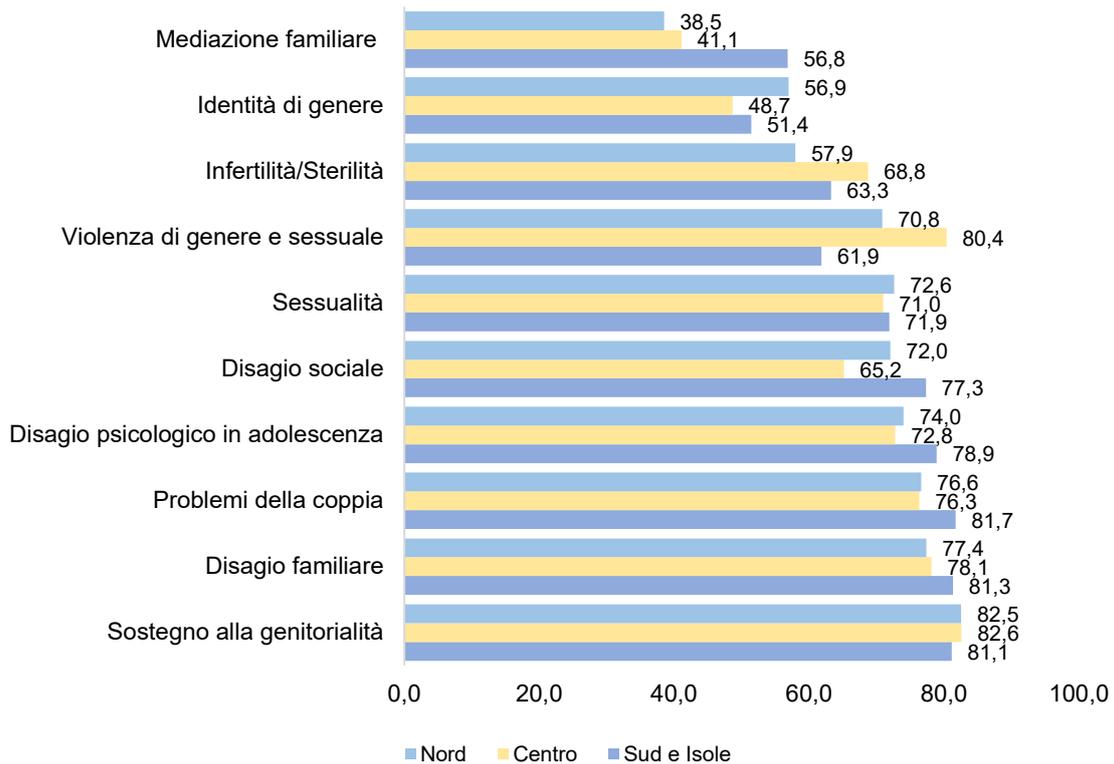


Figura 46. CF (%) che offrono *counseling* in specifici ambiti di attività per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

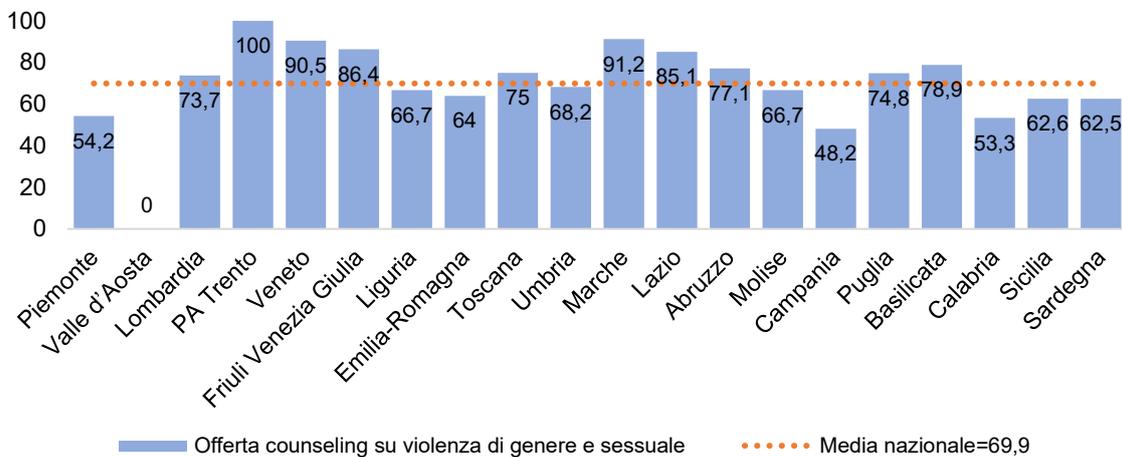
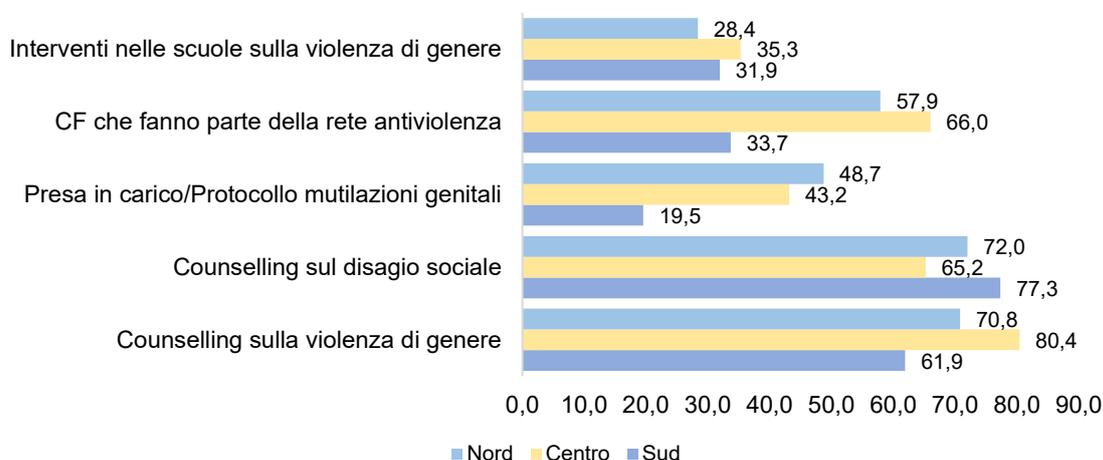


Figura 47. CF (%) che offrono attività di *counseling* sulla violenza di genere e sessuale (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Figura 48 sono state raggruppate informazioni relative ai temi della violenza contro le donne e del disagio sociale. Nei CF del Centro, rispetto al Nord e al Sud e Isole, si svolgono più spesso attività di contrasto alla violenza di genere – nell’ambito di interventi nelle scuole (35,3%)

o tramite offerta di *counselling* (80,4%) – e più frequentemente riferiscono di far parte della rete anti violenza (66,0%). La presa in carico o la disponibilità di un protocollo per la presa in carico delle mutilazioni genitali femminili sono più frequenti nei CF del Nord (48,7%) mentre nei CF delle Regioni del Sud e Isole rispetto alle altre aree si offre più frequentemente il *counselling* sul disagio sociale (77,3%).



Nota: Le % sono calcolate sui consultori che svolgono attività nell'area adolescenti/giovani e/o nell'area coppia/famiglia tranne le % di CF che fanno parte della rete anti violenza e che prendono in carico o hanno un protocollo per le mutilazioni genitali femminili che sono calcolate sul totale dei CF.

Figura 48. CF (%) che offrono specifiche attività nell'ambito del disagio sociale o del contrasto alla violenza contro le donne per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Offerta di percorsi di psicoterapia

L'offerta di percorsi di psicoterapia, valutata sul totale dei CF, è molto diversificata tra le Regioni e PA: mentre in Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Molise oltre l'80% dei CF rende disponibile questa opzione, in Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Umbria e Basilicata il 70% o più delle sedi di CF non offre percorsi di psicoterapia (Figura 49).

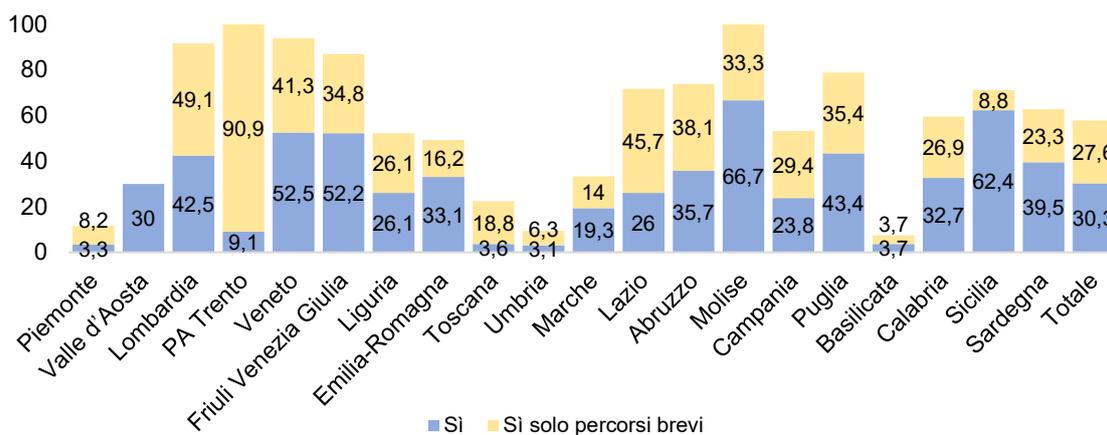


Figura 49. CF (%) che offrono percorsi di psicoterapia (Indagine CF-ISS 2018)

Su 397 CF che hanno riportato l'informazione sul numero massimo di incontri previsto per le psicoterapie brevi (185 al Nord, 96 al Centro e 116 al Sud e Isole), si rileva qualche differenza a livello territoriale. Nelle Regioni del Nord il 60,9% dei CF prevede un numero massimo di 10 incontri e il 17,2% prevede 8 incontri (Figura 50); in quelle del Centro e del Sud si rilevano picchi anche pari a 16 incontri al Centro (13,5%) o 20 incontri al Sud (12,1%).

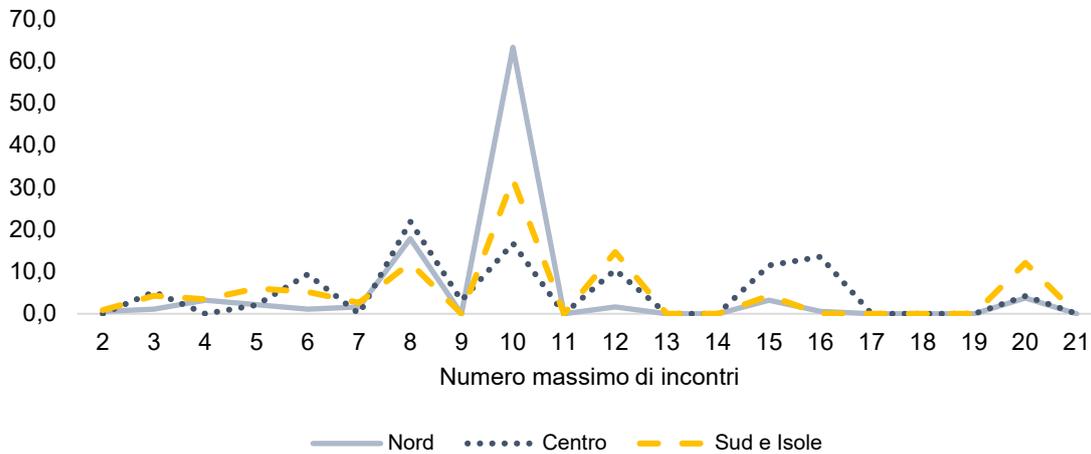


Figura 50. CF (%) per numero massimo di incontri previsto per le psicoterapie brevi per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Affidamenti/adozioni

Mediamente, poco più di un consultorio su due prende in carico coppie e/o minori per l'affidamento familiare e l'adozione, con una grande variabilità regionale (Figura 51). Questa attività è molto più presente nelle Regioni del Sud e Isole (71,7%) rispetto al Centro (60,3%) e soprattutto al Nord (33,9%). Si segnala che nella maggior parte delle Regioni del Nord e in Umbria questo servizio specifico è di competenza di altri servizi territoriali.

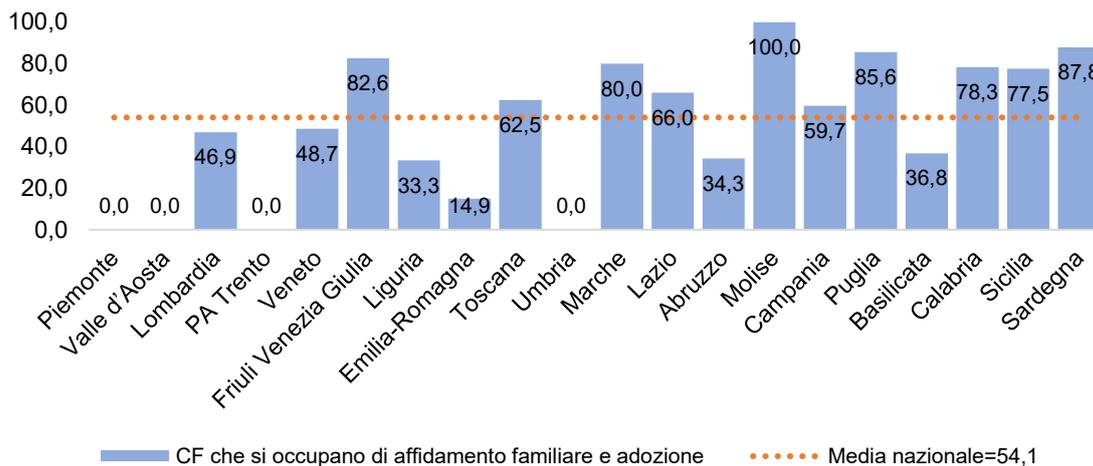


Figura 51. CF (%) che prendono in carico coppie e/o minori per l'affidamento familiare e l'adozione (Indagine CF-ISS 2018)

Tra i CF che prendono in carico coppie/minori per affidamento/adozioni, le attività più frequentemente offerte (>88%) sono il supporto psicologico e sociale, i colloqui di idoneità, e il supporto psicologico anche nelle fasi successive all'adozione (Figura 52); meno frequentemente vengono citati un percorso di orientamento all'adozione (71,5%) e la disponibilità di gruppi di orientamento (41,2%).

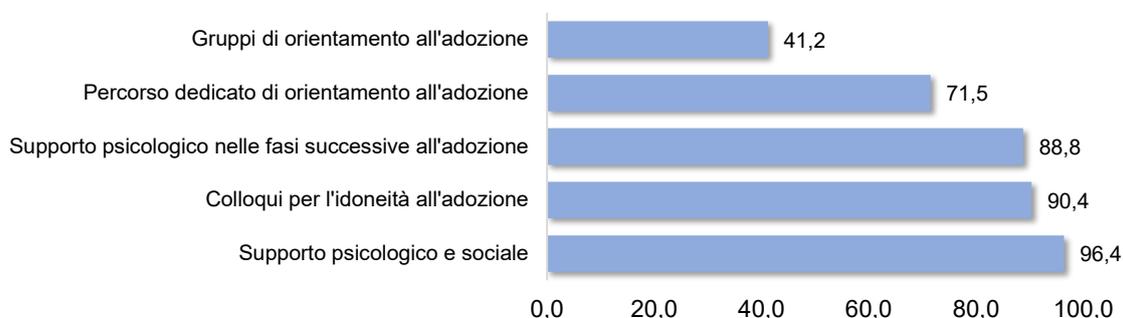


Figura 52. CF (%) che offrono specifiche attività nell'ambito dell'affidamento familiare/adozioni (Indagine CF-ISS 2018)

Spazi giovani e interventi nelle scuole

Lo spazio giovani è un punto di ascolto ad accesso libero riservato ai giovani (singoli, coppie o gruppi) fra i 14 e i 24 anni, che ha la finalità di rendere disponibili presso il CF un ambiente e professionisti dedicati ad affrontare esigenze legate alla sessualità, alla vita affettiva e relazionale e alla prevenzione rivolta a questa specifica fascia d'età. Sono stati attivati complessivamente 643 spazi giovani (251 al Nord, 114 al Centro e 278 al Sud e Isole) di cui 115 (68, 29 e 18 rispettivamente al Nord, al Centro e al Sud e Isole) come Centri di riferimento aziendale (CRA), ossia servizi in cui vengono accorpate specifiche attività che, pur non disponibili in tutte le sedi, sono accessibili per l'utente nell'ambito della rete dei servizi dell'Azienda sanitaria/Distretto (Figura 53).

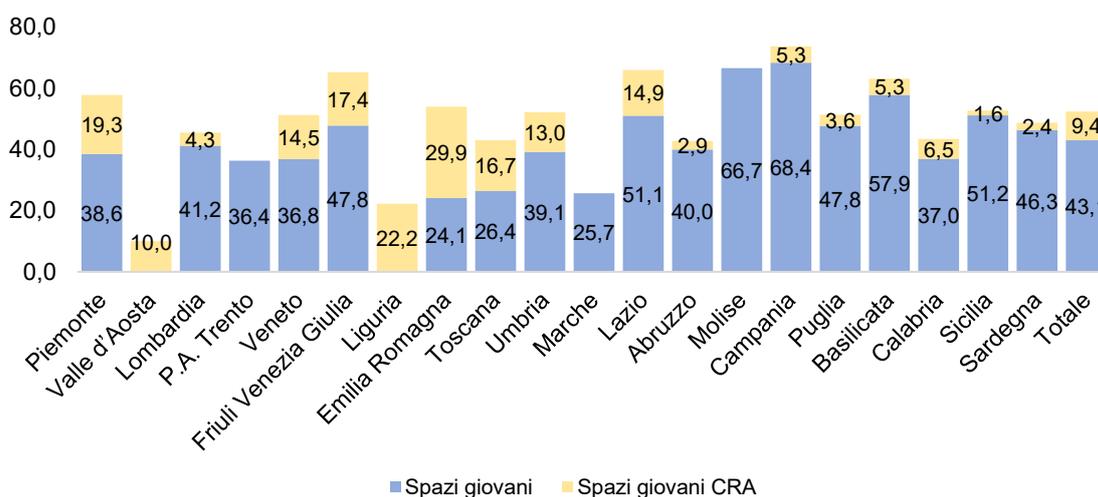


Figura 53. CF (%) che dispongono di spazi giovani per singola sede o come Centro di Riferimento Aziendale (Indagine CF-ISS 2018)

In Valle d'Aosta una delle 10 sedi di CF presenti nella Regione è specificamente dedicata agli adolescenti e ai giovani e funge da unico centro di riferimento per tutto il territorio regionale. Tendenzialmente gli spazi giovani a livello di singola sede sono maggiormente disponibili nei CF delle Regioni del Sud e Isole, mentre nelle Regioni del Centro Nord sono più frequenti gli spazi giovani con funzione di CRA.

Per quanto riguarda l'attività di promozione della salute esterna al CF, effettuata dal 65,5% dei 1.226 CF che offrono attività nell'area giovani o della coppia/famiglia (67,9% al Nord, il 51,4% al Centro e il 69,5% al Sud e nelle Isole), quelli che effettuano in autonomia interventi nelle scuole sono il 44,8%; il 12,6% partecipa a interventi coordinati a livello di Azienda sanitaria/Distretto e l'8,2% li effettua in collaborazione con altri servizi aziendali (Figura 54). Nel Sud e Isole sono più diffusi gli interventi effettuati in autonomia, mentre nel Centro e nel Nord rispetto al Sud e Isole sono tendenzialmente più diffusi gli interventi di promozione della salute effettuati in collaborazione con altri servizi aziendali o coordinati a livello aziendale/distrettuale.

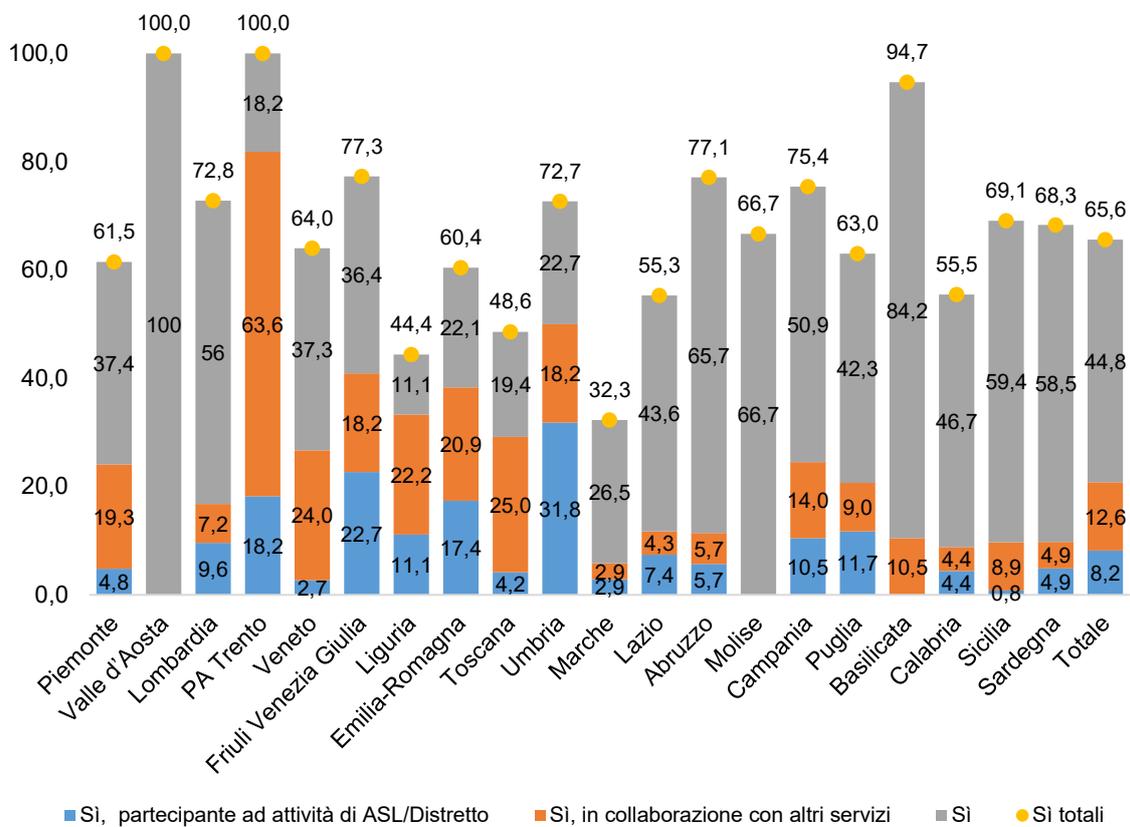


Figura 54. CF (%) che effettuano interventi di prevenzione e promozione della salute nelle scuole, in autonomia o in collaborazione con altri servizi (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Figura 55 sono riportate per area geografica le tematiche affrontate negli interventi effettuati dai CF nelle scuole, ordinate per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. L'educazione affettiva e sessuale è la tematica affrontata più spesso negli interventi nelle scuole (>94%) (Figura 55). Le tematiche meno trattate sono le nuove dipendenze (<30%) e l'uso di sostanze (<40%). La violenza di genere è più spesso oggetto di interventi dei CF nelle Regioni del Centro (69,3%) rispetto alle altre aree geografiche.

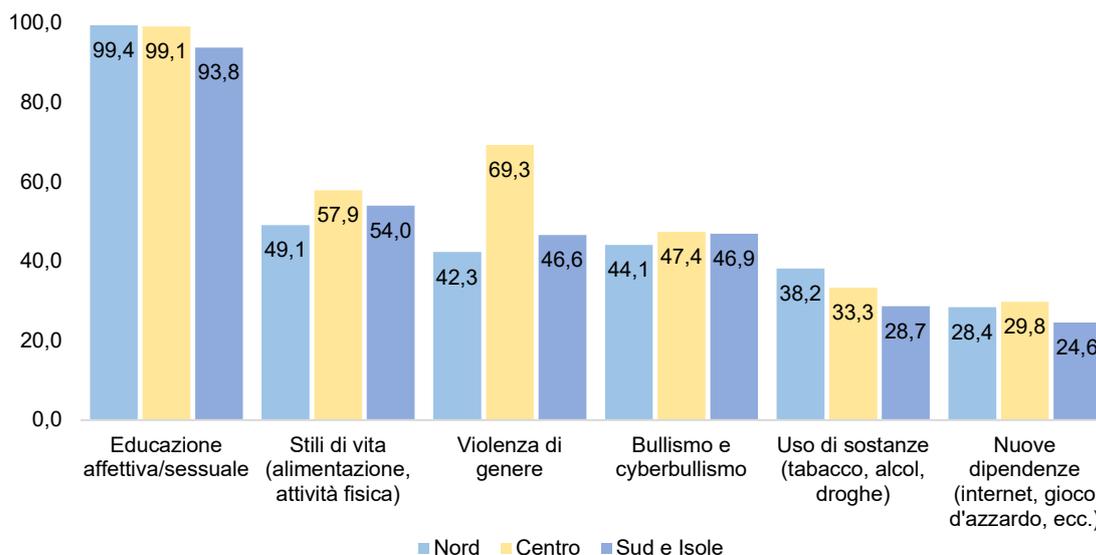


Figura 55. CF (%) che affrontano specifiche tematiche negli interventi di prevenzione e promozione della salute nelle scuole per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Le attività di promozione della salute nelle scuole effettuate dai CF del Nord rispetto a quelle realizzate dai CF del Centro e del Sud e Isole utilizzano più spesso approcci basati su metodologie attive come il *role playing* e le tecniche espressive (88,8% vs. 74,6% e 60,4%) e sull'educazione tra pari (38,5% vs. 29,8% e 32,3%), mentre nei CF del Centro e del Sud e Isole si ricorre più spesso alle lezioni frontali (75,4% e 79,8% rispettivamente) (Figura 56). Questi risultati disomogenei sul territorio nazionale che mettono a confronto l'utilizzo di metodologie di intervento basate su un approccio partecipativo rispetto a quelle più tradizionali sembrano esprimere un bisogno formativo degli operatori coinvolti in queste attività nel Centro-Sud del Paese. Inoltre il maggior utilizzo al Nord di modelli organizzativi basati su un accentramento delle attività rivolte ai giovani in centri di riferimento aziendali, probabilmente facilita la disponibilità di personale qualificato e specificamente formato in queste sedi.

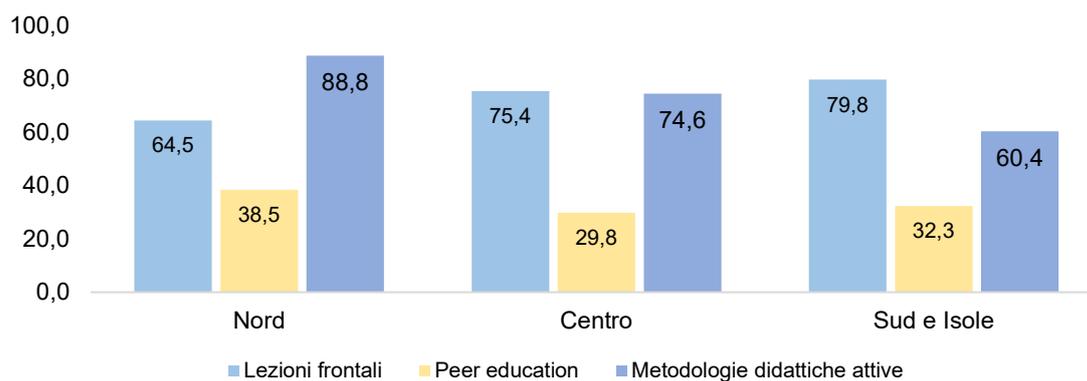


Figura 56. CF (%) che adottano specifiche metodologie didattiche negli interventi di promozione della salute effettuati nelle scuole per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Percorso nascita

I CF che riportano di effettuare attività nell'area salute della donna sono la quasi totalità, 1.535. I CF che dichiarano di occuparsi di percorso nascita e che rappresentano il denominatore degli indicatori descritti a seguire se non diversamente specificato, sono 1.379 (595 del Nord, 318 del Centro e 466 del Sud e Isole).

Capacità attrattiva dei servizi consultoriali nei confronti delle donne in gravidanza

Nella Figura 57 si riporta la percentuale di donne in gravidanza assistite dai CF, calcolata come rapporto tra il numero di donne in gravidanza con una cartella aperta presso i CF registrate dall'indagine e i nati nel territorio in esame (fonte CedAP 2018). Per la diversità delle definizioni adottate, le donne in gravidanza censite dal progetto come utenti dei CF con una cartella clinica aperta non corrispondono necessariamente alle gravidanze assistite in CF registrate dai flussi CEDAP regionali. La stima di questo indicatore non è stata effettuata nelle Regioni in cui la partecipazione all'indagine di singola sede consultoriale è stata inferiore al 70%. Mediamente per il 35,4% delle donne in gravidanza viene aperta una cartella clinica in CF. Non tutte queste donne però proseguono con il percorso assistenziale offerto dai CF. Il profilo dell'indicatore indica una tendenza a un maggior ricorso ai CF da parte delle donne in gravidanza nelle Regioni del Nord rispetto alle Regioni del Sud e Isole (ad eccezione dell'Abruzzo) e del Centro (ad eccezione della Toscana). Tra le sei Regioni/PA con i valori più elevati relativamente a questo parametro, tre (Toscana, Emilia-Romagna, Valle d'Aosta) hanno adottato un modello che pone la figura dell'ostetrica al centro delle attività relative al percorso nascita, garantendone la disponibilità per oltre 40 ore settimanali e promuovendone l'autonomia nell'assistenza alla gravidanza fisiologica (cfr Figura 15).

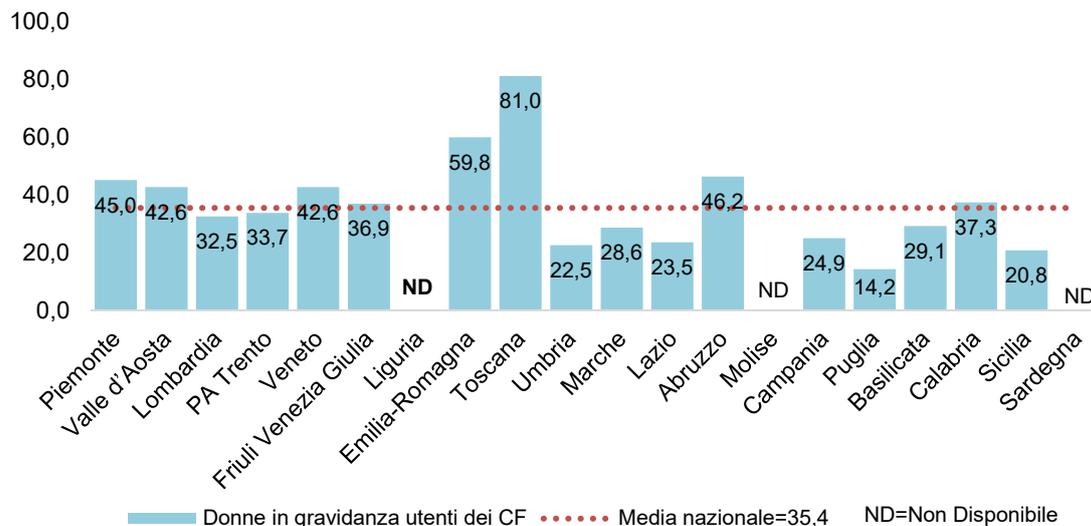


Figura 57. Donne in gravidanza (%) utenti dei CF (Indagine CF-ISS 2018)

Attività offerte dai CF nel periodo preconcezionale

Il *counselling* preconcezionale è offerto nei CF di tutte le Regioni/PA ad esclusione della Valle d'Aosta (Figura 58). Nella maggioranza delle realtà territoriali il *counselling* viene più frequentemente erogato su richiesta dell'utenza con l'eccezione della PA di Trento e della Liguria dove è invece più frequente l'offerta attiva.

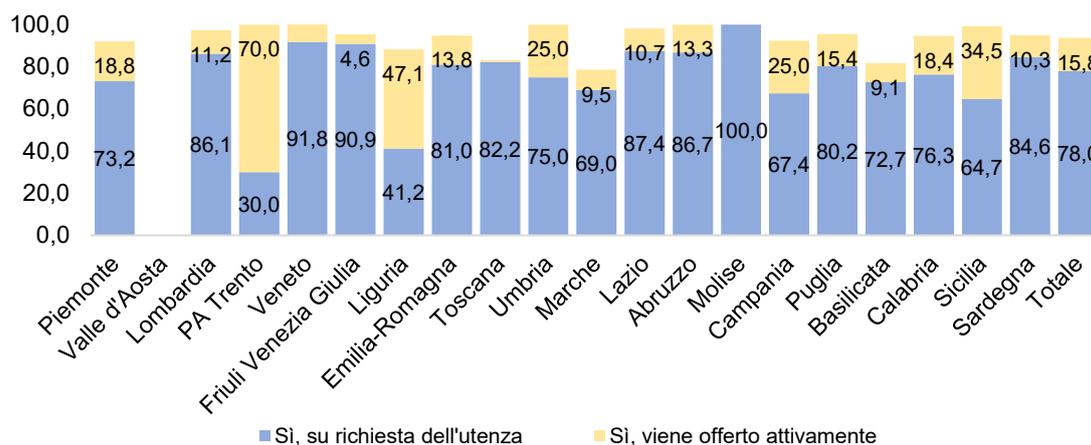


Figura 58. CF (%) che offrono *counseling* preconcezionale a singoli e/o coppie e modalità dell'offerta (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Figura 59 sono riportate per area geografica le tematiche specifiche trattate dai CF nel *counseling* preconcezionale, ordinate per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. Nei CF che offrono questa attività, le tematiche più spesso oggetto di *counseling* in epoca preconcezionale sono l'assunzione di acido folico, gli stili di vita, le malattie infettive e le vaccinazioni (Figura 59). Con una minore frequenza sono citate l'endometriosi (72-80%) e la consulenza genetica e la diagnosi prenatale in particolare nel Centro e nel Sud e Isole (60-62%).

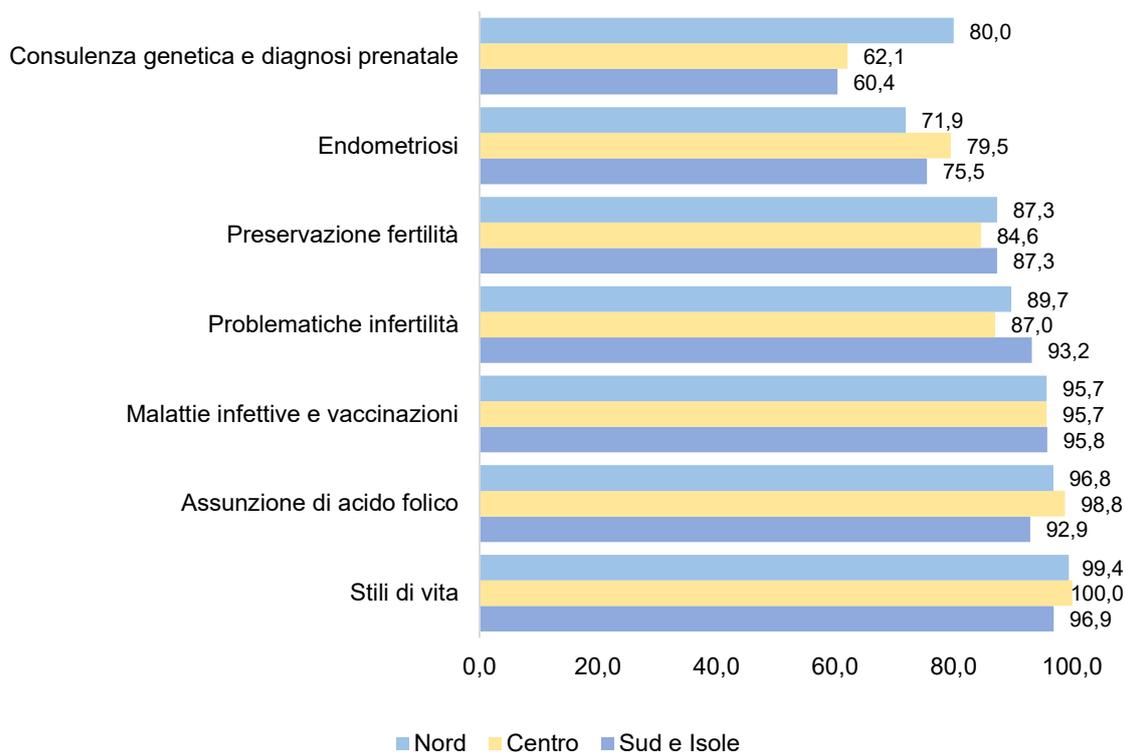


Figura 59. CF (%) che trattano tematiche specifiche nel *counseling* preconcezionale (Indagine CF-ISS 2018)

Presa in carico della gravidanza

Nella Figura 60 sono riportate per area geografica le attività specifiche offerte dai CF per la presa in carico della gravidanza fisiologica, ordinate per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. Le attività sono molto diversificate tra le aree geografiche.

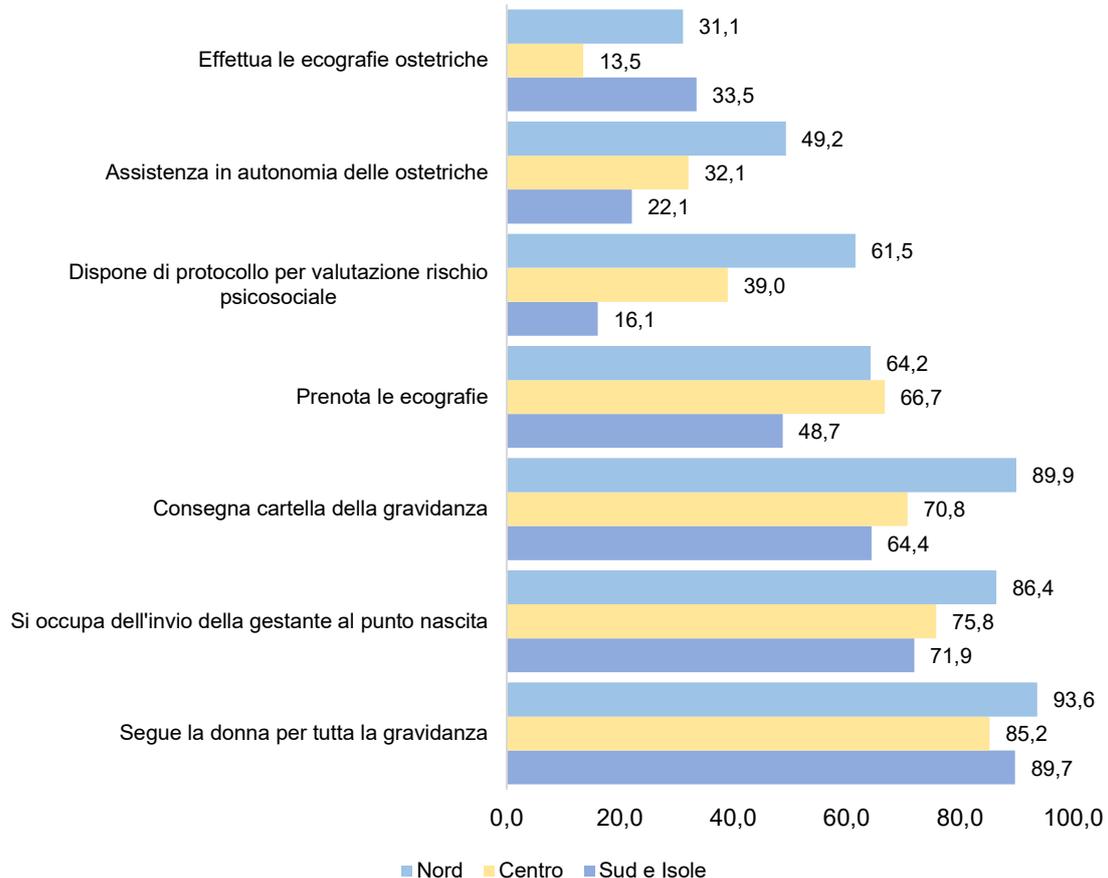


Figura 60. CF (%) che offrono specifiche attività per la presa in carico della gravidanza fisiologica (Indagine CF-ISS 2018)

Più dell'85% dei CF senza grandi differenze per area geografica segue tutta la gravidanza; la consegna della cartella della gravidanza e l'invio della gestante al punto nascita (PN) di riferimento sono attività effettuate da più dell'85% dei CF al Nord mentre al Centro e al Sud e Isole le percentuali scendono al 60-70% (Figura 60). Circa un CF su 3 al Nord e al Sud e Isole effettua ecografie ostetriche rispetto a poco più di 1 CF su 10 al Centro. La prenotazione delle ecografie è effettuata con minore frequenza nei CF del Sud. La disponibilità di un protocollo per la valutazione del rischio psicosociale e del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto presenta un forte gradiente Nord-Sud con percentuali più elevate al Nord (61,5% vs. 39% al Centro e 16,1% al Sud e Isole). Anche l'assistenza in autonomia della gravidanza fisiologica da parte delle ostetriche presenta un forte gradiente geografico (Nord 49,2%, Centro 32,1%, Sud e Isole 22,1%).

La Tabella 21 riporta il dettaglio regionale e di PA delle attività rese disponibili per la presa in carico della gravidanza fisiologica, da cui emerge una grande variabilità dell'offerta.

Tabella 21. CF (%) che offrono specifiche attività per la presa in carico della gravidanza fisiologica (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/ PA	Segue la donna per tutta la gravidanza	Effettua o prenota ecografie ostetriche	Consegna la cartella della gravidanza	Invia la gestante al punto nascita	Dispone di protocollo per valutazione rischio psicosociale	Offre l'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche
Piemonte	94,7	87,7	98,3	96,5	59,7	53,5
Valle d'Aosta	100,0	90,0	100,0	100,0	0,0	100,0
Lombardia	96,6	58,1	91,8	77,4	65,9	35,1
PA Trento	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	70,0
Veneto	88,6	48,7	87,3	86,1	58,2	21,5
Friuli V. Giulia	87,5	82,6	87,5	87,5	58,3	16,7
Liguria	88,9	44,4	0,0	66,7	33,3	11,1
Emilia-Romagna	91,7	96,8	92,4	92,4	72,0	90,2
Toscana	85,0	91,5	93,3	87,5	44,2	61,7
Umbria	77,4	42,9	32,3	87,1	25,8	16,1
Marche	75,5	46,8	69,4	71,4	10,2	10,2
Lazio	91,5	61,5	58,5	62,7	49,2	15,3
Abruzzo	90,9	63,6	66,7	75,8	33,3	48,5
Molise	66,7	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3
Campania	88,1	80,6	53,5	63,4	7,9	7,9
Puglia	85,6	52,1	45,4	57,7	6,2	11,3
Basilicata	95,5	59,1	81,8	90,9	31,8	36,4
Calabria	89,1	67,4	73,9	63,0	15,2	50,0
Sicilia	92,7	65,8	81,3	89,4	20,3	26,8
Sardegna	92,7	65,0	63,4	70,7	24,4	7,3
Totale	90,4	69,5	76,9	79,0	41,0	36,1

Complessivamente l'assistenza alle gravidanze a rischio in autonomia da parte del ginecologo del CF riguarda percentuali esigue di donne. La maggioranza viene inviata in ospedale, specie al Sud e al Centro, oppure assistita in collaborazione con l'ospedale, modalità più comune al Nord (Figura 61).

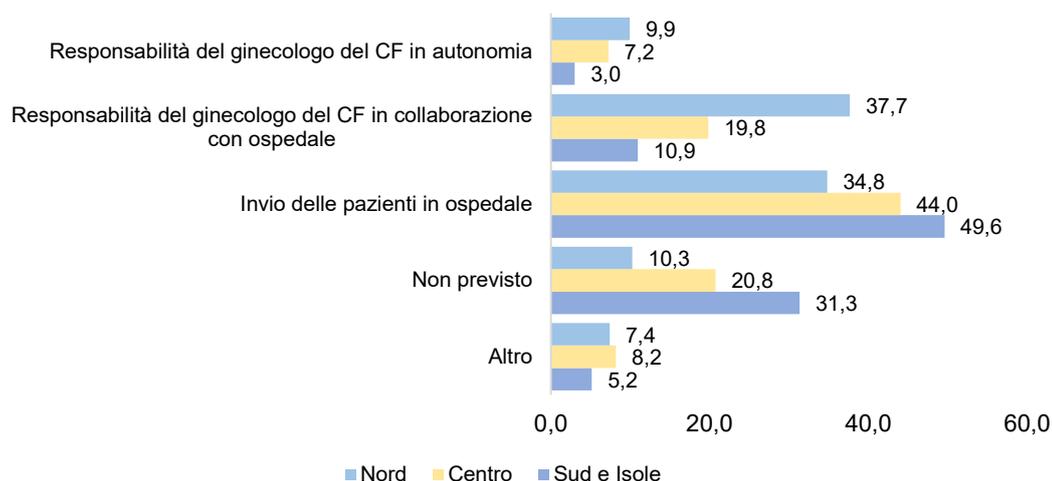


Figura 61. CF (%) che offrono un percorso assistenziale per le gravidanze a rischio (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Tabella 22 si riporta il dettaglio regionale e di PA sul percorso assistenziale previsto per le gravidanze a rischio. Si può osservare come non tutte le Regioni siano allineate con la tendenza della propria area geografica riportata nella figura precedente. Sono infatti presenti eccezioni e un'ampia variabilità per le singole voci indicate.

Tabella 22. CF (%) per tipologia di percorso assistenziale delle gravidanze a rischio per Regione/PA (Indagine CF-ISS 2018)

Regione	Responsabilità del ginecologo del CF in autonomia	Responsabilità del ginecologo del CF in collaborazione con ospedale	Invio delle pazienti in ospedale	Non previsto	Altro*
Piemonte	8,8	65,8	18,4	5,3	1,8
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	10,0	90,0
Lombardia	5,3	24,5	50,5	15,9	3,8
PA Trento	0,0	50,0	30,0	20,0	0,0
Veneto	1,3	26,6	49,4	7,6	15,2
Friuli Venezia Giulia	0,0	4,2	79,2	8,3	8,3
Liguria	0,0	44,4	50,0	5,6	0,0
Emilia-Romagna	28,0	47,7	8,3	7,6	8,3
Toscana	14,2	34,2	37,5	6,7	7,5
Umbria	0,0	16,1	71,0	0,0	12,9
Marche	4,1	18,4	40,8	32,7	4,1
Lazio	3,4	6,8	44,9	35,6	9,3
Abruzzo	0,0	15,2	42,4	42,4	0,0
Molise	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0
Campania	3,0	15,8	43,6	28,7	8,9
Puglia	1,0	11,3	33,0	51,6	3,1
Basilicata	22,7	4,5	50,0	22,7	0,0
Calabria	8,7	6,5	41,3	37,0	6,5
Sicilia	0,8	8,1	68,3	16,3	6,5
Sardegna	0,0	9,8	63,4	24,4	2,4
Totale	7,0	24,5	41,9	19,8	6,8

* La voce Altro comprende soprattutto la disponibilità di un percorso assistenziale che prevede l'invio in ospedale con modalità che distinguono le gravidanze a medio o alto rischio e/o dove può essere la figura dell'ostetrica che si assume la responsabilità di coinvolgere il ginecologo o l'ospedale.

Rischio psicosociale e disagio psichico in gravidanza e nel post partum

Una tematica oggetto di crescente interesse relativamente al percorso nascita è quella della valutazione del rischio psicosociale e del disagio psichico in gravidanza e nel periodo post natale. Servizi assistenziali che hanno come competenza il percorso nascita dovrebbero saper identificare i casi a rischio o con sintomi di disagio, poterli prendere in carico ed essere dotati di un protocollo per l'invio a strutture territoriali specializzate. Complessivamente su 1.379 CF che riferiscono di effettuare attività sul percorso nascita, quelli dotati di un protocollo in tal senso sono 565 (41,0%) di cui 366 (61,5%) al Nord, 124 (39,0%) al Centro e 75 (16,1%) al Sud e Isole.

Nella Figura 62 l'informazione sulla disponibilità di un protocollo per la valutazione del rischio psicosociale in gravidanza è presentata a livello regionale.

Le Regioni dove più del 50% dei CF sono dotati di tale protocollo sono 5, Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna. Due realtà territoriali del Nord, Valle d'Aosta e PA di Trento non prevedono questa valutazione nei CF.

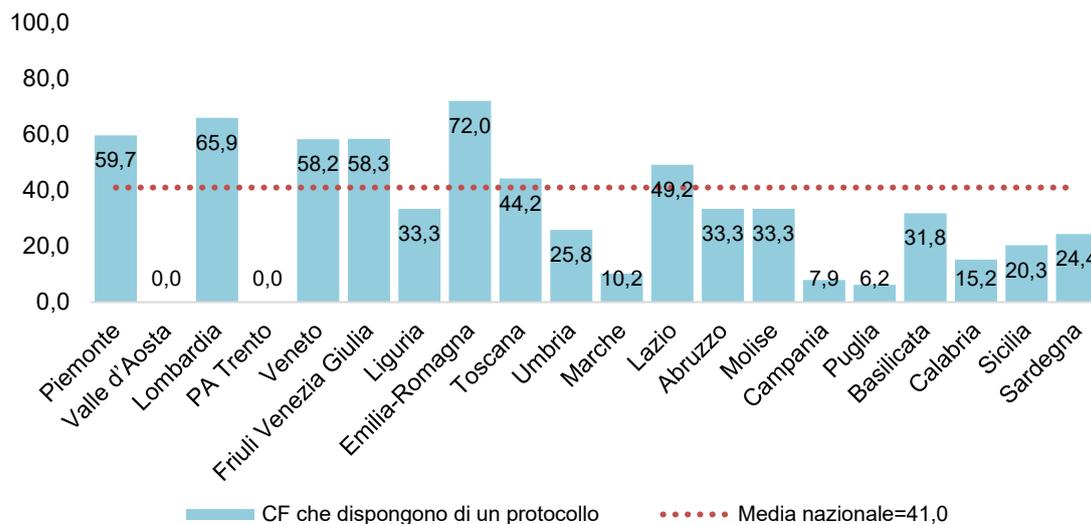


Figura 62. CF (%) che dispongono di un protocollo per la valutazione del rischio psicosociale e il riconoscimento del disagio psichico in gravidanza e nel periodo post natale (Indagine CF-ISS 2018)

Mentre le informazioni sulla valutazione del rischio psicosociale riportate nella Figura 62 sono state raccolte nell'ambito di un set di domande descrittive del percorso nascita che hanno riguardato 1.379 CF, quelle riportate nelle Figure 63 e 64 sono relative ai soli CF che hanno riportato di occuparsi di percorso nascita e di depressione post partum e si riferiscono a un totale di 1.049 CF. Nella Figura 63 si riportano i CF che dispongono di un protocollo per l'invio delle donne con disagio psichico in gravidanza o nel periodo post natale presso i servizi psichiatrici aziendali. Le Regioni nelle quali più del 50% dei CF dispone del protocollo sono 6 di cui 5 del Nord e 1 del Centro; quelle nelle quali meno del 20% dispone del protocollo sono 8 di cui 1 del Nord (Valle d'Aosta dove sembra che un protocollo non sia disponibile), 2 del Centro e 5 del Sud e Isole.

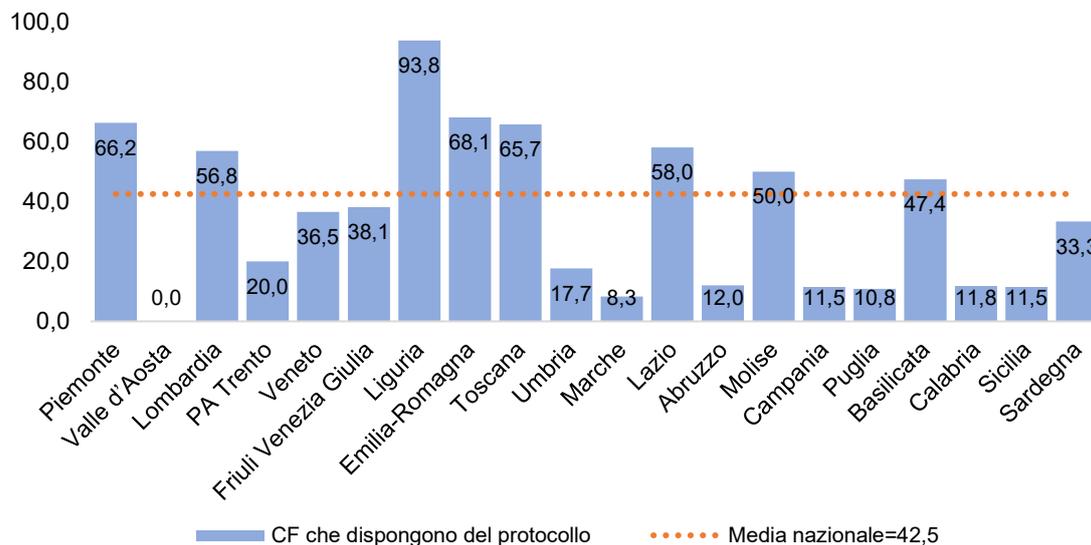


Figura 63. CF (%) che dispongono di un protocollo per l'invio delle donne con disagio psichico in gravidanza o nel periodo post natale presso i servizi psichiatrici aziendali (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Figura 64 si riporta la percentuale di CF che effettuano psicoterapie individuali o di gruppo per il disagio psichico post partum. Le Regioni/PA nelle quali più del 70% dei CF offre questa opzione sono 7 (di cui solo una del Sud e due del Centro). Le Regioni con i valori più bassi sono il Piemonte (12,2%) e la Valle d'Aosta dove nessun CF ha riportato questa attività.

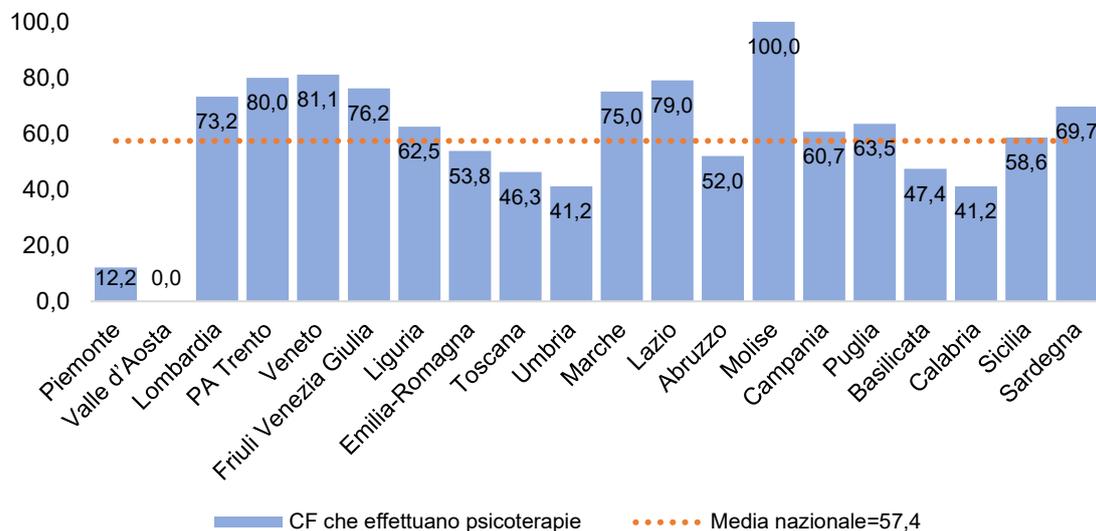


Figura 64. CF (%) che offrono percorsi di psicoterapia per disagio psichico post partum (Indagine CF-ISS 2018)

Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita

Su 1378 CF che svolgono attività nell'area del percorso nascita, quelli che offrono corsi/incontri di accompagnamento alla nascita (CAN) sono 1.012 di cui 435 del Nord, 226 del Centro e 351 del Sud e Isole; i CAN sono offerti come attività coordinata a livello di Azienda sanitaria/Distretto dal 25,7%, 19,9% e 10,8% dei CF del Nord, Centro e Sud e Isole rispettivamente.

Nella Figura 65 si osserva il dettaglio dell'offerta dei CAN a livello territoriale. Si può osservare come nel Nord sia più elevata la quota di CF che offrono i CAN come attività coordinata a livello di Azienda sanitaria/Distretto rispetto al Centro e al Sud e Isole. Fanno eccezione per il Nord la Lombardia (5,8%) e per il Centro l'Umbria (45,2%).

Nella Figura 66 si riporta la percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai CAN, valutata come rapporto tra numero delle donne che hanno partecipato ad almeno un incontro di un CAN registrate dall'indagine e i nati nel territorio in esame (dati CedAP 2018). La stima di questo indicatore non è stata effettuata se la partecipazione all'indagine di singola sede consultoriale è stata inferiore al 70%. Il profilo dell'indicatore mostra una grande variabilità a livello regionale.

Le Regioni con la minore partecipazione ai CAN sono Lombardia (9,8%) e Sicilia (7,7%). La PA di Trento (49,8%), la Toscana (48,9%) e l'Umbria (54,3%) sono le realtà territoriali per le quali si stima la maggiore partecipazione. Tendenzialmente, pur con alcune eccezioni, la partecipazione ai CAN è inferiore nelle Regioni del Sud e Isole.

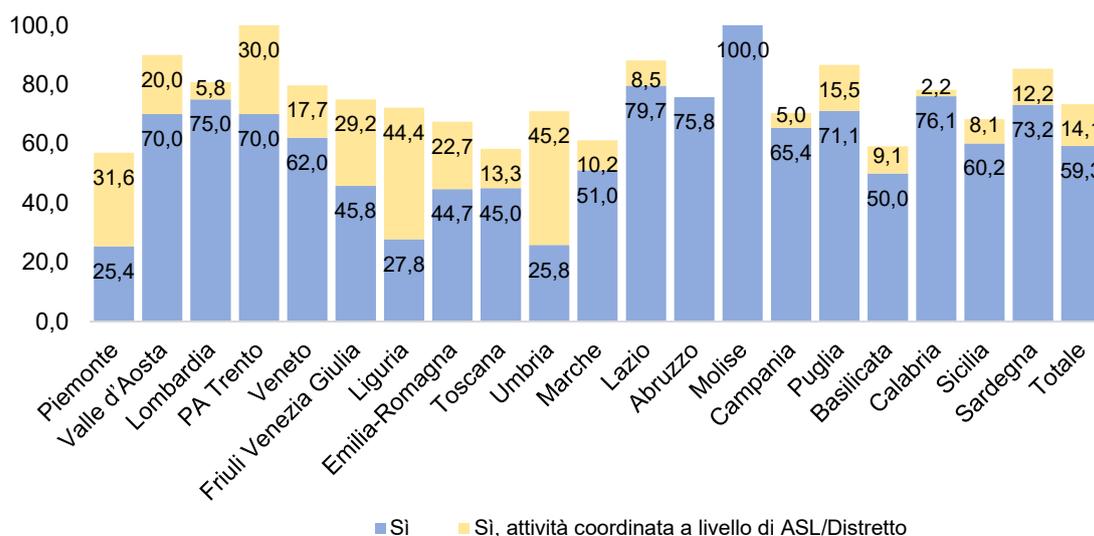


Figura 65. CF (%) che offrono corsi/incontri di accompagnamento alla nascita (CAN) (Indagine CF-ISS 2018)

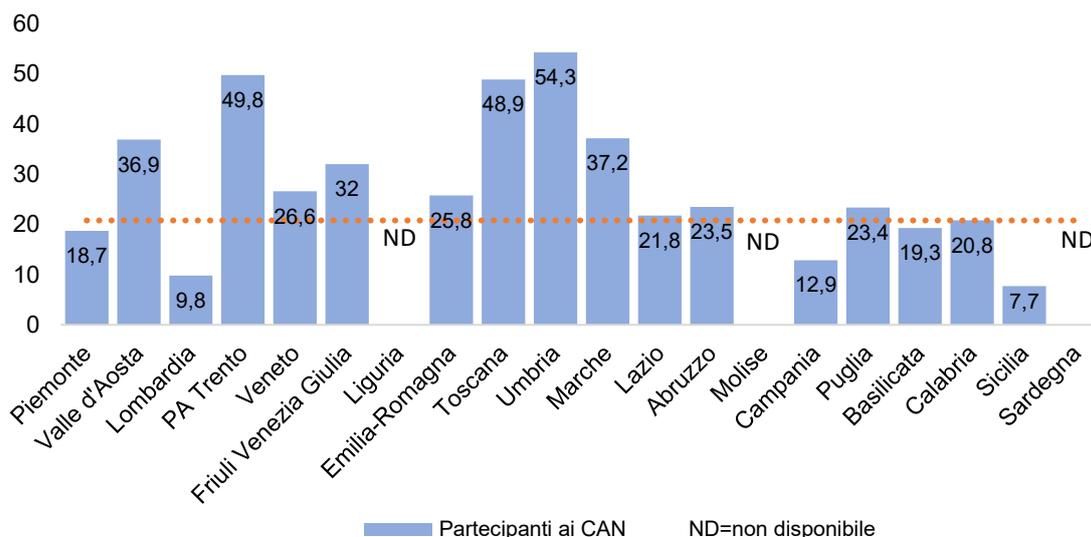


Figura 66. Donne partecipanti (%) ai CAN nel 2017 (Indagine CF-ISS 2018)

La figura professionale che più frequentemente partecipa ai CAN è l'ostetrica in tutte e 3 le aree geografiche (Figura 67). I CAN che vedono il coinvolgimento della figura del ginecologo mostrano invece una grande variabilità per area geografica passando dal 23,2% al Nord a 33,6% al Centro e 71,5% al Sud e Isole. Al Sud rispetto a Centro e Nord, sono più frequentemente coinvolti nei CAN anche gli psicologi e gli assistenti sociali. La partecipazione di mediatori culturali appare bassa e con un gradiente decrescente Nord-Sud riflesso, almeno in parte, della diversa presenza di popolazione immigrata nelle 3 aree geografiche.

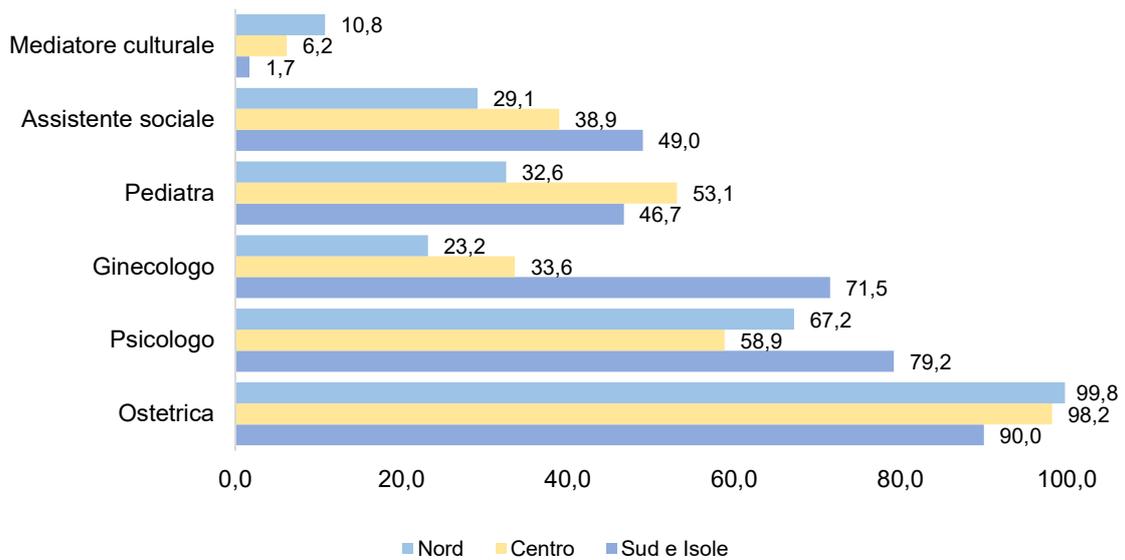


Figura 67. CF (%) che prevedono la partecipazione di specifiche figure professionali nei CAN (Indagine CF-ISS 2018)

In oltre la metà dei CF i CAN non prevedono la partecipazione di professionisti dei punti nascita (PN) territoriali (Figura 68). L'assenza di questo collegamento può essere interpretata come un indicatore di mancata integrazione dei servizi ed è più frequente nei CF del Sud e Isole (67,6%). Se previsto, è più frequente che l'incontro avvenga presso il PN.

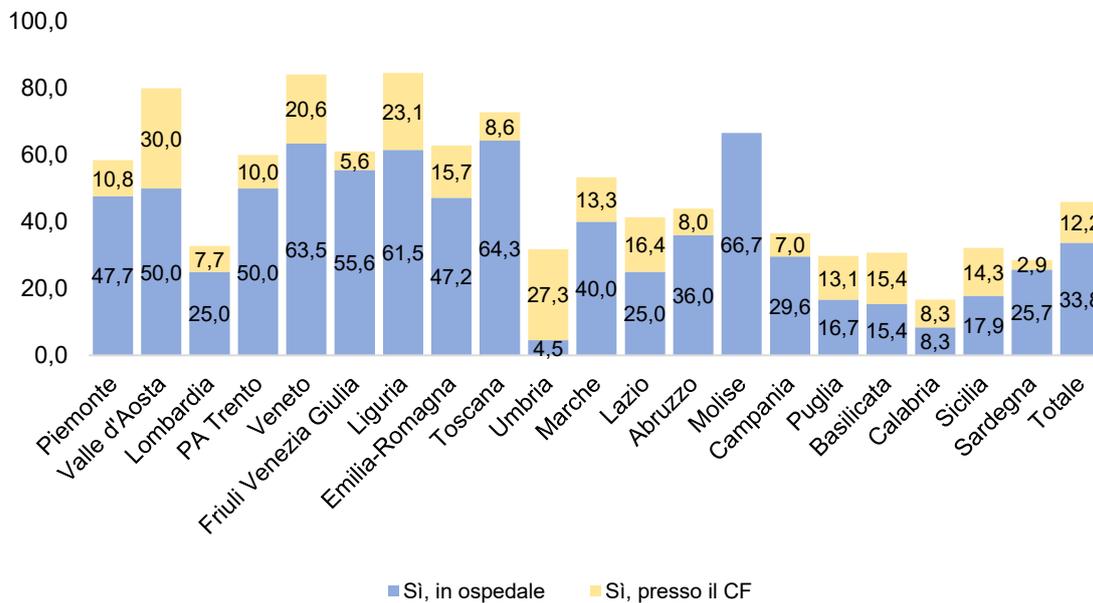


Figura 68. CF (%) che prevedono la partecipazione ai CAN di professionisti sanitari dei punti nascita di riferimento territoriale (Indagine CF-ISS 2018)

Le Regioni in controtendenza rispetto all'offerta prevalente nella propria area geografica di appartenenza sono la Lombardia e l'Umbria con il 67,3% e il 68,2% di CF rispettivamente che non prevedono la partecipazione dei professionisti del PN ai CAN. Il Molise costituisce un'eccezione in positivo con un'alta partecipazione dei professionisti dei PN.

Tutte le tematiche dell'elenco a seguire vengono affrontate nella quasi totalità dei CAN senza differenze rilevanti per area geografica (Figura 69). Valori solo leggermente più bassi intorno al 75-90%, si riscontrano per le vaccinazioni, la riabilitazione del pavimento pelvico e la normativa a tutela della donna in gravidanza.

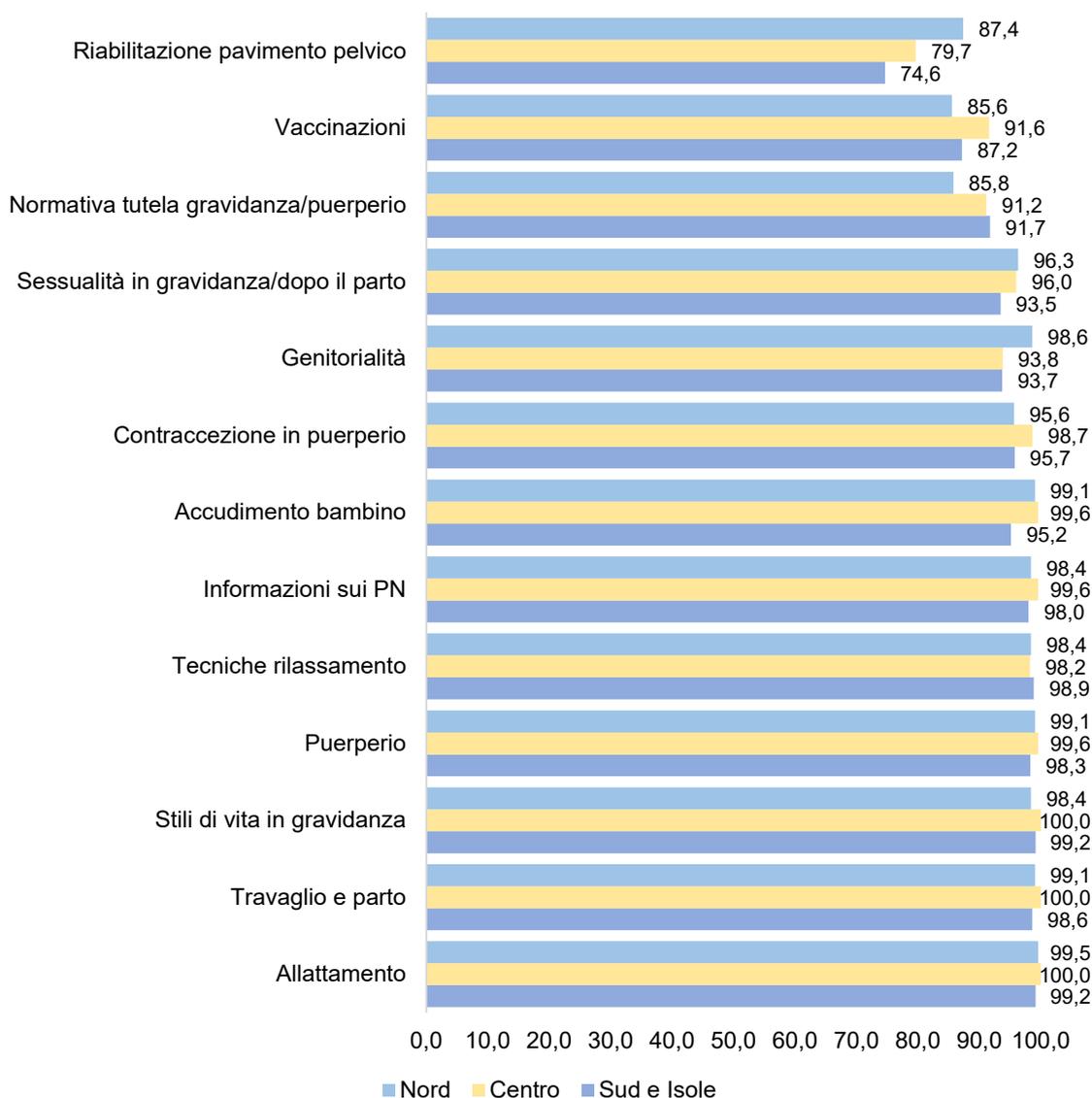


Figura 69. CF (%) che affrontano tematiche specifiche nei CAN (Indagine CF-ISS 2018)

Nella Tabella 23 si riporta la diffusione regionale di strumenti utilizzati per favorire la partecipazione delle donne straniere ai CAN. Tendenzialmente i CF del Nord si avvalgono più frequentemente, rispetto a Centro e Sud e Isole, del mediatore culturale mentre nei CF delle

Regioni del Centro è più diffuso l'uso di materiale multilingue; nei CF delle Regioni del Sud e Isole è più elevata la proporzione di CF che non utilizzano alcuno strumento di questo tipo.

Tabella 23. CF (%) che utilizzano strumenti specifici volti a favorire la partecipazione delle donne straniere ai CAN (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	Coinvolgimento del mediatore culturale	Materiale informativo multilingue	Altro*	Nessuno
Piemonte	21,5	41,5	24,6	35,4
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	100,0
Lombardia	20,8	13,1	11,3	57,1
P.A. Trento	80,0	80,0	0,0	10,0
Veneto	25,4	44,4	30,2	23,8
Friuli Venezia Giulia	55,6	22,2	27,8	33,3
Liguria	15,4	38,5	0,0	46,2
Emilia-Romagna	43,8	30,3	6,7	44,9
Toscana	32,9	27,1	5,7	52,9
Umbria	27,3	45,5	36,4	9,1
Marche	3,3	40,0	10,0	53,3
Lazio	4,8	14,4	1,9	81,7
Abruzzo	8,0	36,0	0,0	64,0
Molise	33,3	33,3	0,0	66,7
Campania	11,3	5,6	1,4	83,1
Puglia	10,7	17,9	7,1	69,1
Basilicata	0,0	23,1	0,0	76,9
Calabria	8,3	13,9	2,8	75,0
Sicilia	9,5	1,2	3,6	85,7
Sardegna	11,4	14,3	0,0	77,1
Totale	19,2	21,7	9,2	60,0

La somma delle percentuali può essere diversa da 100 perché potevano essere selezionate più opzioni di risposta

* La voce Altro comprende soprattutto l'offerta di corsi individuali o il coinvolgimento di un mediatore culturale su richiesta.

Nella Figura 70 è riportata la distribuzione del mese di inizio previsto per i CAN per area geografica. Al Nord e al Centro il picco di inizio dei corsi si rileva in corrispondenza del settimo mese di gravidanza in circa il 60% dei CF che organizzano CAN; nei CF del Sud e Isole l'inizio è più frequentemente anticipato (4-6 mesi di gravidanza) rispetto al Centro e al Nord.

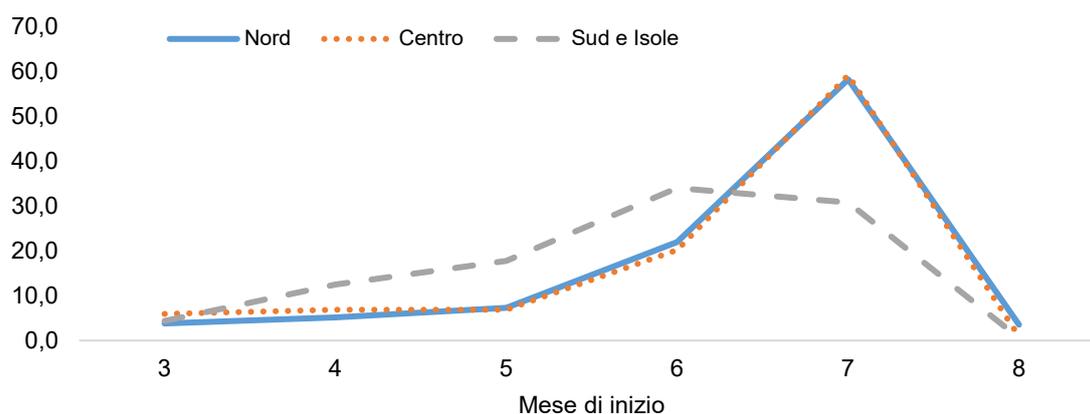


Figura 70. CF (%) che organizzano CAN per mese di inizio dei corsi, per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Sarebbe opportuno valutare se anticipare l'inizio dei CAN a 4-5 mesi di gravidanza possa favorire l'*empowerment* delle donne favorendo l'attivazione di un processo di consapevolezza sulle tematiche della gravidanza e della genitorialità che può risultare più difficile riservando i CAN agli ultimi mesi di gravidanza quando l'attenzione tende a concentrarsi prevalentemente sugli aspetti collegati con il parto.

Il numero medio di incontri previsto per i CAN (stimato su 886 CF che hanno riportato l'informazione) è complessivamente intorno a 9. Nelle Regioni del Nord e PA di Trento il numero di incontri previsti nei CAN è inferiore rispetto al Centro e al Sud e Isole (Figura 71). Sono infatti più frequenti i CAN costituiti di 6-8 incontri mentre nelle Regioni del Centro e del Sud e Isole rispetto al Nord sono più frequenti i CAN costituiti di 9-10 incontri.

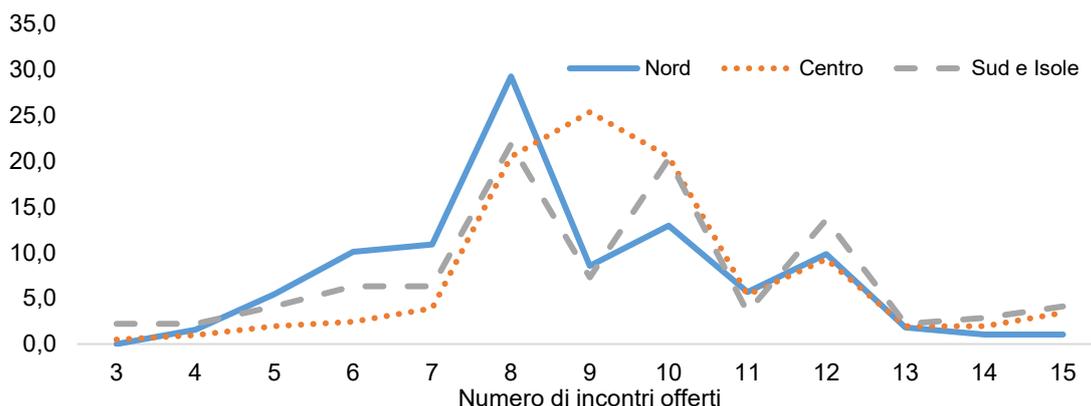


Figura 71. CF (%) che organizzano CAN per numero di incontri offerti per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)

Il numero medio di incontri post partum stimato su 961 CF che hanno riportato l'informazione è 1,5: Nord=1,3, Centro=1,8, Sud e Isole=1,4. Per quanto riguarda la distribuzione del numero di incontri post partum offerti dai CF e previsti dai CAN, per tutte le aree geografiche la frequenza massima si ha in corrispondenza di un incontro (50,9%, 45,8% e 38,2% rispettivamente i valori del Nord del Centro e del Sud e Isole) (Figura 72). Nei CF del Sud e Isole la quota di CF che prevedono 2 incontri post partum è circa il doppio (21,8%) rispetto ai CF del Nord e del Centro (12% in entrambe le aree).

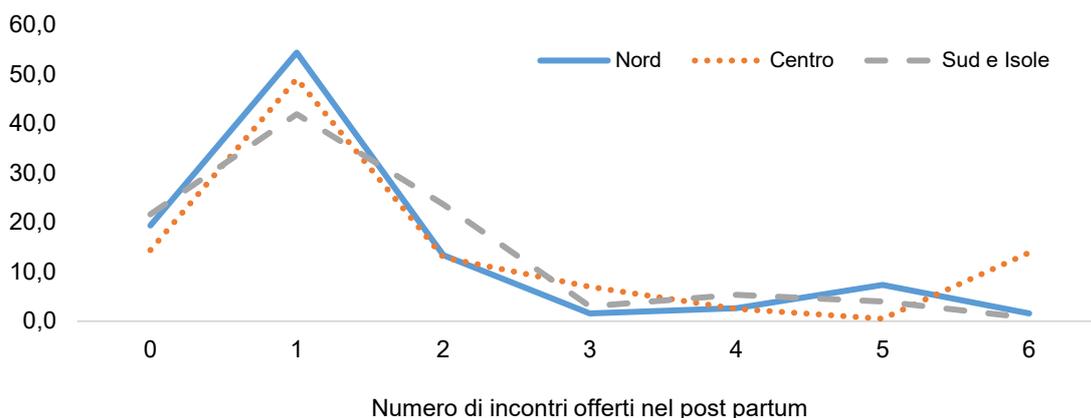


Figura 72. CF (%) che organizzano CAN per numero di incontri offerti nel post partum (Indagine CF-ISS 2018)

Puerperio

L'attività di promozione e sostegno dell'allattamento viene offerta dalla quasi totalità dei CF, 88,2% (92,9% al Nord, 88,7% al Centro e 81,8% al Sud e Isole). Si rileva un gradiente Nord-Centro-Sud per le specifiche attività: *counselling* 94,4% - 91,6%, - 83,8%; linea telefonica dedicata 36,6% - 30,2% - 26,6%; gruppi di sostegno 50,8% - 38,7% - 27,3%. Nella Tabella 24 si riporta il dettaglio regionale dell'articolazione delle azioni previste dove si rilevano alcune Regioni che fanno eccezione rispetto all'area geografica di appartenenza per una o più delle attività descritte.

Tabella 24. CF (%) che offrono attività di promozione e sostegno dell'allattamento (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	Counselling allattamento	Linea telefonica dedicata per sostenere le madri nell'allattamento	Gruppi di sostegno tra mamme
Piemonte	85,1	62,3	44,7
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0
Lombardia	91,8	25,5	71,6
PA Trento	100,0	30,0	40,0
Veneto	93,7	49,4	40,5
Friuli Venezia Giulia	87,5	29,2	70,8
Liguria	94,4	33,3	38,9
Emilia-Romagna	91,7	29,6	31,8
Toscana	94,2	20,0	31,7
Umbria	83,9	35,5	25,8
Marche	79,6	34,7	32,7
Lazio	88,1	37,3	51,7
Abruzzo	90,9	24,2	12,1
Molise	33,3	33,3	33,3
Campania	82,2	32,7	27,7
Puglia	87,6	23,7	33,0
Basilicata	77,3	45,5	27,3
Calabria	73,9	21,7	34,8
Sicilia	73,2	18,7	21,1
Sardegna	95,1	39,0	34,2
Totale	87,2	31,8	40,0

Nella Figura 73 sono riportate per area geografica le modalità di contatto offerte dai CF nel puerperio, ordinate per valore medio complessivo decrescente, dal più alto al più basso. Nei CF delle Regioni/PA del Nord l'offerta tende ad essere più articolata e rivolta a una più ampia categoria di utenza rispetto al Centro e soprattutto al Sud e Isole. Nei CF del Nord si rilevano percentuali più alte rispetto al Centro e soprattutto al Sud e Isole di contatto offerto su segnalazione del punto nascita e un gradiente geografico accentuato si rileva per l'offerta di un contatto alle donne in condizioni di disagio. Per quanto riguarda il tipo di contatto previsto in puerperio, la tipologia più frequente è un incontro presso la sede consultoriale offerta dal 93,2% dei CF che offrono un contatto, mentre poco più di un consultorio su 2 offre la visita domiciliare. La differenza più rilevante a livello di area geografica riguarda l'offerta di una visita domiciliare che nei CF delle Regioni del Sud e Isole è meno frequente. Le realtà territoriali in cui i CF utilizzano con percentuali elevate (>80%) tutte e tre le tipologie di contatto sono la PA di Trento, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e l'Umbria (Tabella 25).

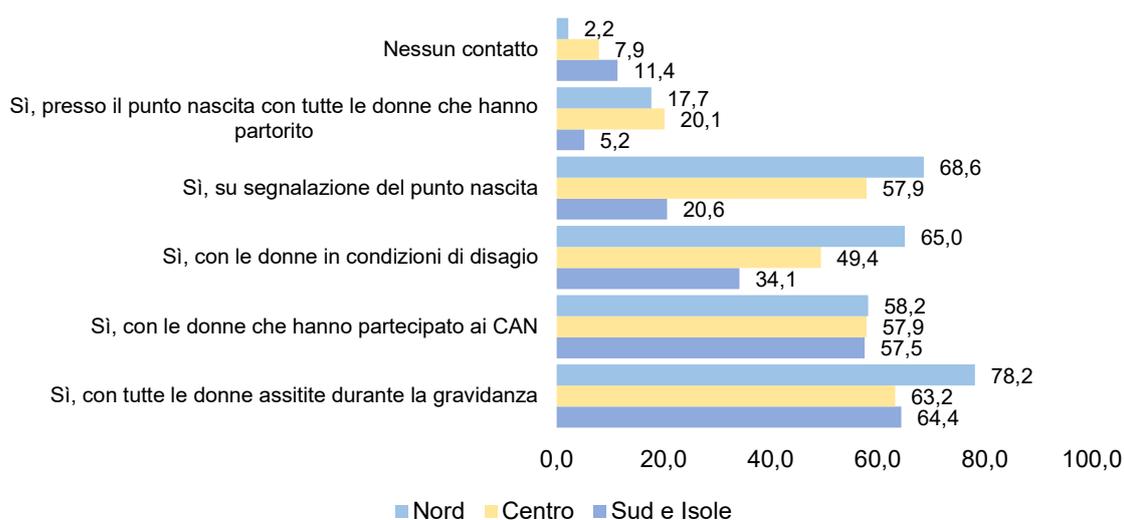


Figura 73. CF (%) che offrono un contatto in puerperio alle donne che hanno partorito (Indagine CF-ISS 2018)

Tabella 25. CF (%) che offrono un contatto in puerperio e tipo di contatto disponibile per Regione (Indagine CF-ISS 2018)

Regione/PA	CF che offrono un contatto in puerperio	Tipologia di contatto (se offerto)		
		contatto telefonico	visita domiciliare	visita presso il CF
Piemonte	96,5	64,6	30,0	98,2
Valle d'Aosta	30,0	33,3	0,0	33,3
Lombardia	85,6	77,0	71,4	93,8
PA Trento	80,0	100,0	100,0	100,0
Veneto	92,4	95,9	89,0	93,2
Friuli Venezia Giulia	75,0	100,0	94,4	100,0
Liguria	94,4	58,8	17,7	94,1
Emilia-Romagna	76,5	71,3	56,4	99,0
Toscana	80,8	80,4	69,1	90,7
Umbria	77,4	95,8	87,5	91,7
Marche	71,4	97,1	57,1	82,9
Lazio	83,1	88,8	62,2	98,0
Abruzzo	66,7	90,9	27,3	86,4
Molise	66,7	100,0	0,0	100,0
Campania	82,2	72,3	15,7	90,4
Puglia	89,7	78,2	55,2	87,4
Basilicata	72,7	100,0	56,3	100,0
Calabria	87,0	85,0	47,5	85,0
Sicilia	75,6	62,4	26,9	93,6
Sardegna	95,1	87,2	53,9	92,3
Totale	83,0	78,8	54,2	93,2

Relazione tra ruolo assegnato alle ostetriche nell'ambito dei modelli operativi adottati dalle Regioni/PA e 3 indicatori di risultato o di esito

L'assistenza al percorso nascita è stata oggetto di uno specifico approfondimento nell'ambito di un articolo sui risultati generali del progetto a cui si rimanda per maggiori dettagli (23). Le Regioni/PA sono state suddivise in tre diversi gruppi sulla base del ruolo attribuito alla figura dell'ostetrica in termini di disponibilità di ore dedicate alle attività consultoriali e di autonomia nell'assistenza alla gravidanza fisiologica e così definiti: 1) modello operativo centrato sulla figura dell'ostetrica; 2) modello operativo con un ruolo intermedio dell'ostetrica; 3) modello operativo non centrato sull'ostetrica. Gli indicatori descritti in relazione ai 3 diversi modelli operativi e riportati nella Figura 74 sono: la percentuale di donne in gravidanza assistite dal CF, calcolata come rapporto tra il numero di donne in gravidanza con una cartella aperta presso i CF registrate dall'indagine e i nati nel territorio in esame (fonte CedAP 2018); la percentuale di donne in gravidanza che partecipano agli incontri/corsi di accompagnamento alla nascita (CAN), valutata come rapporto tra numero delle donne che hanno partecipato ad almeno un incontro di un CAN registrate dall'indagine e nati nel territorio in esame; la percentuale di tagli cesarei (TC) sul totale dei parti nelle Regioni/PA partecipanti (fonte CedAP 2018), adottata quale *proxi* di appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita. L'associazione tra il modello operativo adottato e i 3 indicatori considerati appare molto forte e con un gradiente che indica un netto miglioramento degli indicatori passando dal modello non centrato sull'ostetrica a quello che invece è centrato su questa figura professionale. Va precisato tuttavia, che questo è un tentativo di valutazione di alcuni indicatori relativi ad una sola attività strategica in funzione dell'adozione di uno specifico modello organizzativo, e che l'aspetto organizzativo relativo ai servizi consultoriali rappresenta solo uno dei tanti elementi che concorrono all'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita.

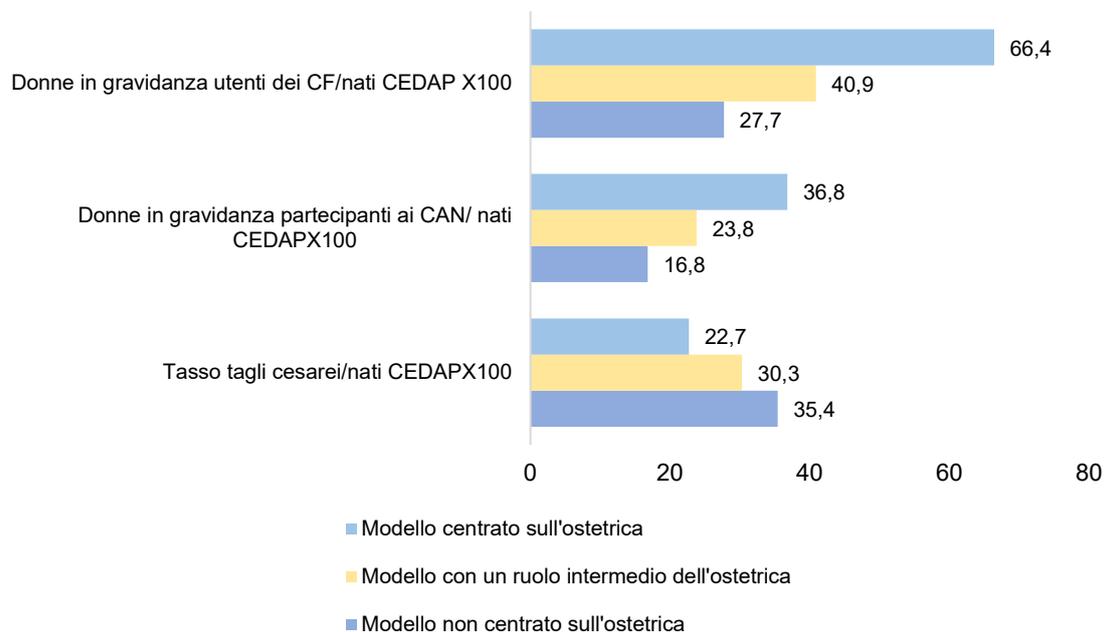


Figura 74. Relazione tra ruolo dell'ostetrica nei CF e alcuni indicatori di risultato e di esito (Indagine CF-ISS 2018)

Considerazioni conclusive

Gli ambiti trattati nell'indagine realizzata con il sostegno dei referenti regionali e di Azienda sanitaria/Distretto hanno un'importanza strategica per la gestione dei servizi consultoriali nel rispetto di una identità volta alla tutela e alla promozione della salute, e vanno al di là di quella che può essere una diversa normativa regionale che li regola. Infatti, qualunque sia il modello operativo adottato, non si può prescindere da aspetti che riguardano l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio, la programmazione delle attività e la valutazione degli obiettivi raggiunti, i flussi informativi come strumento fondamentale di conoscenza e di monitoraggio delle attività, la disponibilità di risorse strutturali, umane ed economiche. Le informazioni riportate dai referenti indicano una situazione molto diversificata su questi aspetti e permettono di fare un quadro generale delle criticità esistenti, della loro distribuzione per area geografica/Regione e su quali azioni siano auspicabili per affrontarle. La criticità principale sembra essere l'assenza di un flusso informativo sistematico senza il quale è difficile realizzare sia la programmazione che la valutazione degli obiettivi raggiunti. Condizione necessaria perché le attività di programmazione e di valutazione periodica possano essere effettuate è infatti la disponibilità di un flusso di dati informatizzato che permetta di monitorare le attività con un sistema di indicatori dedicato. È necessario individuare definizioni univoche, condivise e non ambigue di ciò che si vuole misurare e stabilire un collegamento tra i vari livelli organizzativi (Regione, Azienda sanitaria, Distretto, CF) per consentire ai vari livelli istituzionali di disporre di un sistema di indicatori utili alla programmazione della propria attività. Non tutte le Regioni o le Aziende sanitarie/Distretti del Paese sono dotate di un sistema informativo dedicato ai servizi consultoriali. Non in tutte le Regioni dotate di sistema informativo c'è un ritorno sistematico delle informazioni sul territorio utile alla programmazione. Il fatto che il ciclo della programmazione/valutazione dei servizi consultoriali venga completato in alcune realtà indica che questa strada è percorribile e deve essere promossa a livello nazionale.

A fronte di Aziende sanitarie/Distretti di alcune Regioni che hanno saputo sviluppare appieno l'integrazione sociosanitaria dei servizi consultoriali, esistono numerose realtà in cui il livello di integrazione è molto basso. Questa condizione riduce la capacità di presa in carico degli utenti, ancor più se a ciò si associa una forte carenza di risorse umane e strutturali, che pure l'indagine ha indicato come molto diffusa. Le autorità competenti dovrebbero essere spinte ad adottare lo strumento dell'atto formale di collaborazione tra servizi per stabilire in modo chiaro competenze e funzioni. A questo, andrebbe associata la programmazione di un'offerta formativa del personale per migliorare e aggiornare le competenze legate alle specifiche professionalità ma anche relative alle modalità di lavoro integrato.

L'alta variabilità degli indicatori che descrivono la disponibilità delle varie tipologie di personale e di ore lavoro sono il riflesso sia di una scelta strategica che privilegia un orientamento dei servizi verso attività di tipo ostetrico-ginecologico, o di tipo psico-sociale, coprendo in entrambi i casi le altre attività con forme di integrazione dei servizi, sia di una criticità più volte denunciata dai CF che riguarda la cronica carenza di personale particolarmente penalizzante in alcune aree. Vi sono inoltre realtà regionali che hanno faticosamente mantenuto la doppia linea di attività sanitaria e psicosociale fondativa dei CF. Sulle diverse strade percorse dai CF a livello locale, in particolare sull'utilizzo delle sedi centro di riferimento aziendale e sull'integrazione con altri servizi per specifiche attività, andrebbe fatta una valutazione che consenta di individuare le strategie e i modelli più promettenti in termini costo-efficacia.

La capacità attrattiva dei CF risulta chiaramente associata con il loro bacino di utenza: maggiore è la diffusione dei CF nel rispetto della loro natura di servizio di prossimità, più numerosa è l'utenza che vi si rivolge. Questo dato sottolinea l'importanza di arrestare e invertire il processo di costante riduzione del numero di sedi e del depauperamento delle risorse umane, in

atto da decenni, che si traduce nella impossibilità di lavorare secondo i principi della multidisciplinarietà e dell'offerta attiva. Si tratta inoltre di un fenomeno che mina l'identità dei CF che si vedono costretti a penalizzare le attività programmatiche di prevenzione e di promozione della salute rivolte alla comunità che sono fra quelle più fortemente caratterizzanti la loro identità, limitandosi a dare risposta all'utenza che spontaneamente si rivolge loro con una logica ambulatoriale.

La disamina delle attività svolte dalle singole sedi di CF che questo Rapporto rende disponibile sottolinea che questi servizi, nonostante le criticità descritte, garantiscono complessivamente un'offerta diffusa e capillare rivolta alla donna, ai giovani e alla coppia/famiglia in tutto il territorio nazionale. La ricchezza e la prevalenza delle attività offerte dai CF, che vedono quelle a sostegno della salute della donna *life-course* come elemento cardine, esplicitano la complessità delle azioni volte alla promozione della salute e alla prevenzione del disagio psicosociale e delle malattie. La variabilità per area geografica è certamente meritevole di attenzione, ma deve essere interpretata tenendo presente che parte delle differenze relative alla diffusione di alcune attività deriva dai diversi modelli organizzativi territoriali. Per esempio, in numerose Regioni, in particolare del Nord, come scelta strategica i programmi di screening della cervice uterina coinvolgono solo alcune sedi di CF e altri servizi sanitari, le attività rivolte ai giovani sono concentrate in alcune sedi dove sono disponibili operatori con formazione specifica e le attività relative ad adozioni/affidi non sono più di competenza dei CF. Globalmente, si ravvisa la necessità di fornire indicazioni di livello centrale sull'opportunità che alcune specifiche attività, per esempio l'accesso al percorso IVG, la realizzazione di programmi di promozione della salute nelle scuole o l'utilizzo di strategie volte a favorire l'accesso della popolazione migrante meno integrata, siano più diffusamente disponibili. Come già segnalato, una valutazione approfondita e critica dell'impatto che i servizi consultoriali hanno sul territorio richiederebbe non solo la conoscenza della capacità attrattiva nell'ambito del proprio territorio di competenza delle singole attività offerte dai CF ma anche la disponibilità di indicatori di esito in grado di descrivere lo stato di salute della popolazione il cui miglioramento è lo scopo finale di ciascun servizio sanitario, conoscenza che esula dagli obiettivi del presente progetto. Con l'intento di colmare almeno in parte questa criticità, si propone una lettura contestualizzata dei risultati presentata nei focus a seguire relativi a tematiche che sintetizzano la funzione che i CF sono chiamati a svolgere: la salute della donna *life-course* (prevenzione oncologica, fertilità, endometriosi, menopausa), il percorso IVG e la contraccezione, i consultori familiari e le giovani generazioni, il percorso nascita, la salute mentale perinatale, la violenza di genere, il supporto alla genitorialità.

Bibliografia

1. Italia. Legge 29 luglio 1975 n. 405. Istituzione dei consultori familiari. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale* n. 277 del 27 agosto 1975.
2. Ministero della Salute. *Organizzazione e attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia anno 2008*. Roma: Ministero della Salute; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022
3. Grandolfo ME. Consultori familiari secondo il Progetto Obiettivo Materno Infantile: basi epistemologiche, epidemiologiche e operative. In: Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12). p. 3-34.
4. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Donati S, Gruppo di Lavoro CF e COVID-19. Il Consultorio familiare per la tutela e promozione della salute dei singoli e delle comunità: una riflessione ai tempi del Coronavirus. *Epidemiol Prev* 2020; 44 (5-6) Suppl 2:374-379.

5. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 197. Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2; ultima consultazione 31/03/2022
6. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>; ultima consultazione 31/03/2022
7. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 131 Supplemento Ordinario n. 89 del 7 giugno 2000.
8. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 65 del 18 marzo 2017.
9. Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. *5° Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*. Roma: Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://famiglia.governo.it/media/2360/5-piano-infanzia-e-adolescenza.pdf>; ultima consultazione 31/03/2022.
10. Lauria L, Bortolus R, Battilomo S, Lega I, Pizzi E, Tamburini C, Donati S. Analisi delle attività della rete dei Consulenti Familiari per una rivalutazione del loro ruolo: principali risultati del Progetto CCM 2017. *Epidemiol Prev* 2021; 45 (5):331-342. doi: 10.19191/EP21.5.A001.096
11. Conferenza Unificata: 20/09/2007. Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per la riorganizzazione dei consultori familiari, finalizzata a potenziarne gli interventi sociali a favore delle famiglie, a norma dell'articolo 1, comma 1251, lett. b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296. (POLITICHE FAMIGLIA) - Punto 5 A - Rep. Atto n.51/CU.
12. Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010. Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.13 del 18 gennaio 2011.
13. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).
14. Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Pierannunzio D, Lauria L, Pizzi E. Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi. In: Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 6-28.

Focus sulle attività consultoriali

SALUTE DELLA DONNA LIFE-COURSE (PREVENZIONE ONCOLOGICA, FERTILITÀ, ENDOMETRIOSI, MENOPAUSA)

Laura Lauria (a), Rosa Papa (b), Serena Donati (a)

(a) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Già Direttore dell'Unità Operativa Complessa Tutela Salute della Donna, ASL Napoli 1 Centro*

L'approccio *life-course* alla salute della donna che caratterizza i Consultori Familiari (CF) si concretizza nell'offerta di attività e di percorsi a sostegno di una ampia gamma di problematiche, alcune delle quali sono oggetto di focus specifici presentati a parte in questo rapporto. L'approfondimento di seguito proposto è dedicato prioritariamente alla prevenzione oncologica, attività di rilevanza strategica dei CF, e ad altre tematiche che rientrano nella *mission* dei Consultori, che riguardano la vita sessuale e riproduttiva della donna, come la fertilità, argomento complesso dalle molteplici motivazioni; patologie come l'endometriosi, condizione ad impatto considerevole sulla salute fisica, sessuale, psicologica e sociale delle donne e infine la menopausa, fase della vita che ha richiesto, negli ultimi decenni, una attenzione completamente diversa rispetto al passato. L'aumento dell'aspettativa di vita infatti ha fatto sì che siano sempre più numerose le donne che arrivano a questo traguardo e soprattutto che lo superano; si tratta, in larga maggioranza, di donne ancora attive nella vita sociale e lavorativa e non più solo familiare.

Prevenzione oncologica

La prevenzione oncologica, offerta tramite interventi organizzati di sanità pubblica quali sono i Programmi di Screening di Popolazione, riguarda specificatamente il cancro della cervice, quello della mammella e il cancro del colon-retto, per i quali è stata confermata scientificamente l'efficacia dei test di screening in termini di riduzione dell'incidenza della patologia oggetto dell'intervento e/o della mortalità.

Ricordiamo che: “Un programma di screening organizzato è un processo complesso, che agisce su una popolazione asintomatica invitata attivamente a sottoporsi al test” (1).

Per il tumore della cervice uterina, così come per quello del colon-retto, si può parlare di vera prevenzione, di mortalità “evitata”, in quanto i test di screening, rispettivamente il Pap-test e il SOF (Sangue Occulto Fecale), sono in grado di individuare lesioni pre-cancerose. Al momento la mammografia consente la diagnosi precoce di tumori invasivi della mammella, anche molto piccoli, al di sotto di 1 cm, ma non la loro prevenzione.

In Italia, è con il Piano Sanitario 1998-2000 che si pone un accento particolare sull'importanza della prevenzione oncologica, rafforzata, negli anni a seguire, da interventi finanziari e normativi finalizzati ad una diffusione dei programmi di screening su tutto il territorio nazionale. Nel 2006, il Ministero della Salute mette a punto le raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli Screening di popolazione per la prevenzione di questi tre tipi di neoplasie (1). Lo screening del cancro della cervice prevede l'invito a mezzo lettera a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni; il test offerto gratuitamente è il Pap-test con cadenza triennale. È inoltre previsto il richiamo per le non rispondenti.

Alla luce delle nuove evidenze scientifiche, il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (2) stabilisce che tutte le Regioni sostituiscano entro il 2018, in maniera progressiva e programmata, il Pap-test con il test HPV (*Human Papilloma Virus*), come test primario e con cadenza quinquennale. Si passa quindi da un esame citologico ad un esame molecolare di laboratorio, che consente di individuare la presenza del virus prima ancora che provochi alterazioni nelle cellule; quest'ultimo è rivolto alle donne di età compresa dai 30-35 anni fino ai 64. Al di sotto dei 30 anni è raccomandato il Pap-test tradizionale al fine di evitare sovra-diagnosi; nelle donne più giovani, infatti, le infezioni da HPV sono molto frequenti, ma nella maggior parte dei casi regrediscono spontaneamente.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (3) già nel 2000 aveva inserito la prevenzione oncologica tra i tre Programmi Strategici da attuarsi nei CF, oltre al Percorso Nascita e allo Spazio Adolescenti. Questa scelta confermava che l'offerta attiva di salute dovesse essere affidata prioritariamente ai CF che hanno come *mission* la "prevenzione e la promozione della salute" nelle sue innumerevoli declinazioni. La prevenzione del tumore della cervice uterina, mediante esecuzione del Pap-test o dell'HPV-test, ha rappresentato un salto di qualità per i CF, abitualmente riconosciuti dalla popolazione quali servizi di riferimento per la salute riproduttiva piuttosto che come strutture dedicate, anche se per attività di primo livello, a una branca specialistica come l'oncologia.

Nell'ambito della prevenzione oncologica, i Consultori fungono da Centri *spoke*, grazie alla loro distribuzione sul territorio. Lo Screening non è solo la esecuzione del Test, perché nei casi positivi è prevista la "presa in carico", cioè l'offerta dell'intero percorso diagnostico-terapeutico. Ciascuna Regione e ciascuna Azienda sanitaria, in base alla propria organizzazione locale, definiscono gli *hub* di riferimento, garantendo in tal modo qualità delle terapie e riducendo le disuguaglianze di salute legate, per lo più, alla difficoltà di accesso alle cure. Il percorso, nell'ambito della prevenzione del cancro della cervice, rappresenta un esempio concreto e virtuoso di integrazione territorio- ospedale.

Nell'aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), di cui al DPCM del 12 gennaio 2017 (4), l'offerta dello screening è infatti così descritta: "Chiamata attiva ed esecuzione dei test screening e dei percorsi di approfondimento e terapia per tutta la popolazione target residente e domiciliata".

I risultati dello studio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sui CF per quanto riguarda le attività di prevenzione del tumore della cervice uterina possono essere integrati e valutati grazie a diverse fonti nazionali tra le quali ricordiamo l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), i Registri Tumori (AIRTUM), il Report dell'AIOM (Associazione Italiana Oncologi Medici), il Cervical Cancer Prevention Policy Atlas, e la Fondazione GIMBE.

In estrema sintesi lo studio dell'ISS ha permesso di evidenziare che:

- La maggioranza dei CF in tutte le Regioni italiane offre attività nell'ambito della prevenzione oncologica.
- Il 96% dei CF offre attivamente informazioni sulla prevenzione del tumore della cervice uterina, il 74% fornisce informazioni sulla prevenzione del tumore della mammella e il 32% sulla prevenzione del tumore del colon retto.
- La maggioranza dei CF in tutte le Regioni organizza programmi di screening con offerta attiva di Pap-test/HPV-test ad eccezione dei Consultori del Veneto che non prevede il coinvolgimento dei CF nell'offerta del programma di screening organizzato affidandoli al Settore promozione e sviluppo igiene e sanità pubblica.
- Il prelievo colposcitologico viene eseguito nell'82% dall'ostetrica e nel 18% dal medico ginecologo, proporzione che al Sud sale al 32%.

- Il passaggio dal Pap-test all'HPV-test non sta avvenendo in modo omogeneo in tutte le Regioni. Il Pap-test ogni tre anni viene offerto dall'86% dei CF (77% al Nord e 90% al Centro e Sud), il test HPV ogni cinque anni dal 40% dei CF (54% al Nord, 48% al Centro e 22% al Sud). Circa il 10% dei test viene eseguito a richiesta o su indicazione clinica, al di fuori dei programmi di screening.

Il quadro che emerge dallo studio dell'ISS descrive un Paese che non presenta grandi differenze per area geografica per quanto riguarda l'offerta di informazioni e la disponibilità di programmi di screening, mentre si evidenzia forte variabilità per quanto riguarda le modalità dell'offerta degli screening con penalizzazione delle Regioni del Sud, sia per l'offerta di test HPV che per la disponibilità di ostetriche per eseguire i prelievi rispetto a Nord e Centro. Lo studio ISS non permette di valutare nel dettaglio la qualità di tutte le procedure cui, secondo le raccomandazioni, dovrebbero attenersi i programmi di screening per garantirne efficacia ed efficienza. Queste, oltre agli aspetti tecnici e organizzativi, riguardano anche la garanzia di continuità di finanziamento e gli aspetti relativi alla comunicazione e alla capacità di coinvolgere la popolazione target. I dati del Rapporto dell'ONS (5), relativi all'adesione allo screening da parte delle donne nelle età raccomandate, descrivono un Paese diviso in due con il Sud che mostra l'adesione più bassa. Alla luce degli indicatori di monitoraggio (adesione delle donne allo screening) e di quelli di output (numero di test eseguiti su numero di donne invitate) è evidente come non sia l'offerta "tout court" a determinare il successo di un programma di screening quanto piuttosto la qualità delle sue modalità di offerta. Probabilmente la capacità di controllo del processo di implementazione del programma e la sua continuità nel tempo concorrono a fare la differenza. La verifica dei determinanti delle criticità emerse dallo studio dell'ISS potrà contribuire a comprendere come ridurre questa variabilità geografica con l'obiettivo di garantire a tutte le donne la possibilità di accedere e fruire in maniera efficace dei programmi di screening, secondo quanto previsto dalle linee guida nazionali.

Grazie al sistema di sorveglianza PASSI (6) è possibile monitorare nel tempo l'adesione allo screening del tumore della cervice uterina in Italia. Complessivamente il 79% delle donne fra i 25 e i 64 anni di età si sottopone allo screening mediante Pap-test o HPV-test a scopo preventivo all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale. Lo studio rileva anche la differenza tra il numero di donne che si sottopone ad un Pap-test all'interno dello screening organizzato e il numero di quelle che invece si sottopone spontaneamente al test, al di fuori dei programmi di screening. Nel 2017-2020, anche questa fonte conferma una differenza significativa nell'adesione a discapito delle regioni meridionali. La copertura dello screening cervicale presenta un netto gradiente geografico Nord-Sud con coperture mediamente pari all'87% nelle Regioni del Nord Italia (90% nella Provincia autonoma di Bolzano) e al 69% nelle Regioni del Sud, con valori minimi in Calabria pari al 62%.

L'offerta attiva di programmi di screening organizzati si è dimostrata sorprendentemente efficace nel ridurre le disuguaglianze sociali abitualmente associate a minore partecipazione agli interventi di prevenzione anche in ambito oncologico. L'ONS ha, infatti, dimostrato che le differenze per titolo di studio e per condizione economica nell'adesione allo screening organizzato sono significativamente minori rispetto a quelle rilevabili tra le donne che si sottopongono spontaneamente allo screening del tumore della cervice uterina; in altre parole lo screening organizzato facilita la partecipazione delle donne in condizione di deprivazione sociale che altrimenti rimarrebbero escluse da questa opportunità di salute. I programmi di screening hanno infatti la capacità di ridurre le disuguaglianze offrendo a tutte le donne lo stesso standard per l'intero percorso di cura, a fronte della nota "limitazione alle cure appropriate" associata ai fattori di rischio sociale (7).

Il sistema di sorveglianza PASSI riporta inoltre che l'11% delle donne italiane non si è mai sottoposta al Pap-test ritenendo di "non averne bisogno", un dato che impone una riflessione sulla

qualità dell'offerta sanitaria destinata alle donne in età riproduttiva le quali sono, paradossalmente, la parte della popolazione che ha maggiori contatti con la sanità pubblica. Il tema dell'*empowerment*, della autodeterminazione basata sull'informazione, competenza e consapevolezza delle donne quali protagoniste delle loro scelte di salute, trova in quell'11% un segnale di allarme che impone urgentemente appropriate misure correttive.

Nel Mezzogiorno il rischio di mortalità per tumore della cervice è maggiore. Oltre a disuguaglianze all'interno della propria Regione di residenza, esiste infatti una disuguaglianza nazionale che vede le Regioni del Centro-Nord in una situazione di estremo vantaggio rispetto a quelle meridionali per quanto riguarda l'aspettativa di vita, i giorni di vita perduti e conseguentemente la mortalità evitabile, e quasi tutti i determinanti di salute sociali dalla scolarità al lavoro, dalla abitazione al reddito dipendente (8). L'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità conferma tali osservazioni:

“[...] in Italia le disuguaglianze sociali nella mortalità, pur presenti in tutte le Regioni, producono effetti ancor più negativi nelle regioni meridionali. Nel Paese, la percezione delle ricadute sulla salute e sui costi sanitari delle disuguaglianze sociali è ancora modesta e l'obiettivo di riduzione delle disuguaglianze di salute non è ancora inserito organicamente in un piano di sviluppo del settore sanitario” (9).

A seguito della pandemia si è verificata la sospensione degli screening oncologici sia per disposizioni del Ministero (10), sia per la paura del contagio che ha limitato l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini. Un'indagine condotta dall'ONS (11) ha quantificato il ritardo accumulato nel 2020 rispetto al 2019 in termini di inviti, test e mesi standard. La riduzione degli inviti è stata pari al 33% per lo screening cervicale, al 31,8% per quello colon-rettale e al 26,6% per quello mammografico. La riduzione degli esami è stata pari al 45,5% per lo screening colon-rettale (-1.110.414 test), al 43,4% per quello cervicale (-669.742 test) e al 26,6% per quello mammografico. Ciò impone un piano straordinario di recupero in questo periodo, a fronte di una situazione economica ulteriormente peggiorata con aumento delle fasce della popolazione in stato di povertà. I Consultori sono pertanto chiamati ad una nuova sfida, quella di raggiungere “gli irraggiungibili”, che oggi sono aumentati mentre il numero dei Consultori nonché degli operatori è purtroppo diminuito.

Fertilità

Dai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) risulta che continuano a diminuire i nati: nel 2020 sono stati iscritti in Anagrafe 404.892 bambini, circa 15 mila in meno rispetto all'anno precedente e oltre 170 mila in meno nel confronto con il 2008. Questo scenario allarmante riconosce molteplici cause, collegate a mo' delle tessere di un domino le une con le altre: la prima risiede nella progressiva e significativa trasformazione della popolazione femminile in età feconda, convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni. Come riporta l'ISTAT:

“Al primo gennaio 2019 le donne residenti in Italia tra 15 e 29 anni sono poco più della metà di quelle tra 30 e 49 anni. Rispetto al 2008 le donne tra i 15 e i 49 anni sono oltre un milione in meno. Un minore numero di donne in età feconda (anche in una teorica ipotesi di fecondità costante) comporta, in assenza di variazioni della fecondità, meno nascite” (12).

Inoltre le donne hanno via via procrastinato il progetto riproduttivo. Rispetto al 1995, l'età media al parto è aumentata di oltre due anni, arrivando a 32,0 anni; in misura ancora più marcata

è cresciuta anche l'età media alla nascita del primo figlio, che si attesta a 31,2 anni nel 2018 (tre anni in più rispetto al 1995).

Da una ricerca Eurostat del febbraio 2021 (13) risulta che in Italia le donne diventano madri in media a 31,3 anni. Rappresenta l'età più avanzata in Europa, il nostro Paese è seguito da Spagna e Lussemburgo con una media di 31,1 anni.

Nel 2015 il Ministero della Salute ha lanciato il Piano nazionale per la fertilità (14). Gli obiettivi del Piano comprendono: informare i cittadini su come proteggere la fertilità ed evitare comportamenti a rischio, offrire assistenza sanitaria qualificata e promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo, promuovere la procreazione consapevole e la cultura della fertilità come bisogno non solo della coppia ma dell'intera società. Il sistema di sorveglianza PASSI ha inserito un modulo specifico per rispondere agli obiettivi del Piano Nazionale Fertilità nel questionario di raccolta dati del 2016. Dall'indagine, condotta su un campione di oltre 21.000 persone di età fra i 18 e i 49 anni, è emerso un vuoto informativo rispetto alla consapevolezza del ruolo giocato dall'età nella capacità riproduttiva femminile e ancor più maschile (15). Oltre il 50% degli intervistati ha dichiarato di non desiderare figli in futuro, valore che rimane elevato (31%) anche tra i soli intervistati senza figli. Le ragioni addotte più frequentemente per rinunciare o rinviare la nascita di un figlio sono principalmente di natura economica e professionale come la spesa per crescere un figlio, la paura di perdere il lavoro e l'assenza di sostegno alle famiglie con figli (carenza di servizi per le famiglie, o mancanza di un sostegno adeguato per le famiglie con bambini) (41%). I risultati dell'indagine da una parte rimandano al bisogno di politiche a sostegno della genitorialità e della famiglia, dall'altra al bisogno di politiche sanitarie ed educative a tutela della fertilità. Il CF rappresenta uno dei servizi più adatti per informare e sensibilizzare i giovani e i cittadini sul ruolo della fertilità e su come proteggerla, favorendo scelte consapevoli in tema di procreazione responsabile. Gli obiettivi del Piano nazionale si attagliano infatti perfettamente alle attività dei CF che mirano alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute e si caratterizzano per un approccio volto all'*empowerment* delle persone e delle comunità.

Lo Studio Nazionale Fertilità, progetto CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) del Ministero della Salute coordinato dall'ISS e concluso alla fine del 2018 (16), offre una fotografia delle conoscenze, delle attitudini e dei comportamenti in ambito sessuale e riproduttivo di un campione rappresentativo di oltre 16 mila studenti di 16-17 anni che frequentavano 482 scuole distribuite su tutto il territorio nazionale. I dati dell'indagine hanno permesso di comprendere come gli adolescenti italiani abbiano conoscenze di carattere generale sulla fertilità e sulla riproduzione e come internet e scuola siano le principali fonti di informazione. Considerato il ruolo formativo che i ragazzi riconoscono alla scuola, i CF possono contribuire a migliorare le loro conoscenze attraverso attività di prevenzione e promozione della salute che rientrano tra le azioni strategiche dei CF, all'interno delle scuole dei territori di riferimento. Questa attività andrebbe a migliorare altresì la conoscenza e l'utilizzo dei servizi stessi che l'indagine sulla fertilità ha rilevato essere bassi, ben il 22% dei giovani infatti dichiara di non sapere cosa siano i CF, e meno del 10% li utilizza. Il Piano nazionale per la fertilità propone "in collaborazione con le Regioni e le ASL, una valorizzazione dei Consultori come primo anello e filtro nella catena assistenziale delle patologie riproduttive" (14). Il Consultorio viene indicato come "prima tappa del percorso sanitario dedicato al paziente infertile, in stretto dialogo col successivo livello terapeutico ospedaliero" (14).

Su questi aspetti, i risultati dell'indagine evidenziano un potenziale di competenze e attività che i CF potrebbero offrire se fossero dotati delle necessarie risorse umane e organizzative nel rispetto di un approccio multidisciplinare e di attività orientate alla prevenzione e alla promozione della salute dei singoli e delle comunità. Il Piano sottolinea l'importanza di prevedere:

“per tutti gli operatori sanitari, un aggiornamento continuo sulle tematiche connesse alla fertilità, dalle malattie sessualmente trasmesse e il loro effetto negativo sulla fertilità di coppia e sullo stato di salute dell'individuo, al trattamento dei miomi uterini fino all'endometriosi” (14).

Nel 2021 anche il Parlamento europeo ha approvato una risoluzione sul tema della salute sessuale e riproduttiva e dei diritti nell'Unione nell'ambito dell'area salute della donna che:

“invita gli Stati membri a garantire che tutte le persone in età riproduttiva abbiano accesso a terapie in caso di problemi di fertilità, indipendentemente dalla situazione socioeconomica, dallo stato civile, dall'identità di genere o dall'orientamento sessuale; la risoluzione sottolinea inoltre l'importanza di studiare la fertilità nell'UE come aspetto di salute pubblica e di stimare la prevalenza di infertilità e sub-fertilità che rappresentano condizioni difficili e dolorose per molte famiglie e persone; invita anche gli Stati membri ad adottare un approccio olistico, inclusivo, non discriminatorio e basato sui diritti rispetto al tema della fertilità, che includa misure volte a prevenire l'infertilità e a garantire la parità di accesso ai servizi per tutte le persone in età fertile e a rendere disponibile e accessibile la riproduzione medicalmente assistita in Europa.” (17)

I risultati della presente indagine permettono di comprendere quanto le azioni promosse dai servizi consultoriali siano attinenti e integrate nel facilitare il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale fertilità e della recente risoluzione del Parlamento europeo. Il 69,3% dei CF riferisce di offrire attività a sostegno della fertilità e assistenza alle problematiche della infertilità e il 67% di prendere in carico le donne/coppie con problemi di infertilità o di disporre di un protocollo per il loro invio a strutture specializzate. Nell'ambito del percorso nascita, su 1210 CF che offrono attività di *counselling* preconcezionale, l'87% offre informazioni su come preservare la fertilità e il 17% dispone di atti formali di collaborazione (delibere, protocolli, ecc.) con i centri per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

Endometriosi

Tra le problematiche ginecologiche prese in carico dai CF, l'endometriosi rappresenta una patologia di particolare interesse di salute pubblica. Si tratta di una malattia infiammatoria cronica progressiva, estrogeno dipendente, caratterizzata dalla crescita di tessuto simil-endometriale al di fuori della cavità uterina. La condizione ha un impatto considerevole sulla salute fisica, sessuale, psicologica e sociale delle donne affette, a causa di sintomi invalidanti quali dolore pelvico cronico, dismenorrea e dispareunia, infertilità, complicazioni della gravidanza e distress psicologico. Pur essendo una patologia benigna è spesso associata a uno spettro di sintomi che possono avere ricadute invalidanti nella vita lavorativa, privata e sociale delle donne affette. Spesso i sintomi inducono chi ne è affetto in uno stato di ansia per l'incertezza sulle cause che li provocano o a una passiva accettazione del dolore, controllato farmacologicamente all'occorrenza. L'impatto in termini di salute pubblica è di difficile valutazione perché non disponiamo di dati certi di incidenza della condizione, stimata in letteratura tra lo 0,1 e lo 0,2% (18). In Italia si stima che siano almeno 3.000.000 le donne con diagnosi conclamata di endometriosi e che essa causi infertilità nel 30-50% dei casi (19). La prima legge italiana per la protezione delle donne con endometriosi risale al 2012 in Friuli Venezia Giulia dove è stato istituito il primo e unico Registro Regionale della condizione (20). Piemonte, Calabria, Liguria e Puglia hanno approvato leggi per la tutela delle donne malate di endometriosi e il Lazio ha avviato l'iter di approvazione di una proposta normativa. Nel 2017 l'endometriosi è stata inserita come

patologia cronica e invalidante nei nuovi LEA (4) riconoscendo alle pazienti con diagnosi di malattia moderata o grave il diritto all'esonero per le prestazioni sanitarie specialistiche.

Il Parlamento europeo nel 2017 ha approvato una risoluzione sulla promozione della parità di genere nella salute mentale e nella ricerca clinica (21) in cui le autorità sanitarie degli Stati membri sono invitate a “riconoscere l'endometriosi come patologia invalidante, ad aumentare i finanziamenti per promuovere la ricerca sulle cause e le possibili cure dell'endometriosi, nonché la stesura di orientamenti clinici e la creazione di centri di riferimento; promuovere campagne di informazione, prevenzione e sensibilizzazione sull'endometriosi e fornire mezzi per la formazione di professionisti specializzati”.

Nei Paesi ad avanzato sviluppo economico, il tempo medio tra la comparsa dei sintomi e la diagnosi di endometriosi è infatti ancora compreso tra 5 e 10 anni a causa della oggettiva difficoltà diagnostica della condizione e si stima che circa un terzo dei casi di endometriosi siano riconosciuti nel corso di accertamenti per altre condizioni. A causa delle difficoltà del percorso diagnostico, le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (22) sottolineano l'importanza di una diagnosi precoce per il benessere delle donne e per il controllo della progressione della malattia e raccomandano che le donne si rivolgano a specialisti dell'endometriosi e a servizi e centri multidisciplinari per trattare il dolore o l'infertilità. Nel 2022 la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ha pubblicato le nuove linee guida per la diagnosi e la gestione dell'endometriosi (23). Le linee guida includono 109 raccomandazioni e sezioni dedicate specificamente all'endometriosi in adolescenza e alla preservazione della fertilità; all'endometriosi nel periodo postmenopausale e al rischio di sviluppare maggiori problemi di salute connessi alla menopausa; e al possibile ruolo dello stile di vita e della dieta nella prevenzione primaria dell'endometriosi.

Il ruolo che possono giocare i CF nel facilitare l'identificazione della condizione, anticipare la diagnosi e indirizzare le donne ai percorsi appropriati non è marginale sia per il gran numero di donne in età riproduttiva che si rivolgono ai CF sin dall'adolescenza, sia per l'approccio multidisciplinare che caratterizza questi servizi permettendo di prendere in carico le pazienti sia per gli aspetti clinici che per quelli psicologici. Dall'indagine è emerso che un Consultorio su due effettua la presa in carico e/o dispone di un percorso assistenziale integrato per il dolore pelvico cronico e l'endometriosi e il 75% dei 1210 CF che hanno riferito di offrire il *counselling* preconcezionale offrono informazioni sull'endometriosi. Questi dati confermano un possibile ruolo di questi servizi territoriali nel facilitare il riconoscimento precoce della patologia e nell'indirizzare le donne affette da forme moderate o gravi ai servizi specialistici, attraverso un percorso diagnostico-terapeutico integrato. Una considerazione più generale a sostegno del ruolo che i CF possono avere è legata alla loro specificità di servizi che operano secondo l'offerta attiva di programmi strategici. Infatti, azioni mirate a patologie come l'endometriosi hanno una limitata probabilità di successo in termini di proporzione di popolazione raggiunta e sostenibilità nel tempo se non inserite organicamente in programmi strategici. In un'ottica di sanità pubblica, unica prospettiva nella quale è possibile considerare l'endometriosi di interesse sociale, la non integrale realizzazione del POMI e il conseguente mancato potenziamento dei CF pubblici possono vanificare le altre iniziative a sostegno della lotta all'endometriosi.

Menopausa

La menopausa, che segna il termine della vita riproduttiva, è una delle tappe evolutive nella vita di ogni donna che, talvolta, può presentarsi in forma critica creando disturbi e malessere. Questo momento di passaggio rappresenta, comunque, un'occasione preziosa per verificare con il medico il proprio stato di salute e intraprendere cambiamenti salutari dello stile di vita. Sono

fortemente raccomandate: l'attività fisica regolare che aiuta ad evitare il sovrappeso, a ridurre il rischio di osteoporosi e di patologie cardiovascolari; un'alimentazione appropriata privilegiando cibi ricchi di calcio, vitamine e minerali; l'abbandono, per chi non lo avesse ancora fatto, del fumo di sigaretta (24). L'arrivo della menopausa, che avviene mediamente tra i 45 e i 55 anni, può compromettere la qualità della vita in un'età in cui le donne sono sempre più attive nella vita sociale, lavorativa e relazionale anche grazie alle trasformazioni sociali e culturali che hanno caratterizzato gli ultimi decenni nel nostro Paese. Complessivamente, in Italia si stima che siano circa 5.000.000 le donne che annualmente si trovano ad affrontare queste problematiche e i CF possono essere per loro un punto di riferimento importante dove trovare sostegno e risposte all'ampia gamma di problemi che coinvolgono tanto la sfera affettiva-relazionale quanto quella fisica. I risultati dell'indagine testimoniano come i CF siano già ampiamente coinvolti anche in questo ambito assistenziale, il 78% riferisce di garantire attività rivolte alle donne in menopausa e post-menopausa, offrendo *counselling* individuali e visite mediche. Circa un terzo dei CF organizza campagne informative e distribuzione di materiale informativo per raggiungere le donne residenti e il 10% organizza incontri di auto mutuo aiuto tra pari all'interno delle sedi consultoriali. A queste attività rilevate dall'indagine ISS, se ne possono aggiungere altre legate a progetti e/o ad ambulatori creati nei CF e rivolti alle donne in pre-post menopausa, di cui si trovano i riferimenti nei siti web regionali/aziendali dedicati alle attività consultoriali, e che seppure con modalità diverse e con una continuità non sempre garantita, possono essere spesso ricondotte a corsi/incontri di accompagnamento alla menopausa offerti nei consultori. Ancora una volta le équipes multidisciplinari e le competenze comunicative e relazionali dei professionisti che si occupano di promozione della salute rappresentano un valore aggiunto per la presa in carico di questa condizione per la quale le principali agenzie internazionali, compresa l'Agenzia europea dei farmaci, raccomandano la terapia ormonale sostitutiva solo in caso di sintomi come vampate, sudorazioni e conseguenti problemi del sonno, percepiti come importanti e persistenti, avendo cura di usare il minimo dosaggio attivo e per un periodo di trattamento il più breve possibile. L'ISS, in collaborazione con il progetto Partecipasalute, ha realizzato una Conferenza di consenso dal titolo "Quale informazione per le donne in menopausa?" che ha portato ad un documento finale di consenso con le raccomandazioni rivolte sia al pubblico in generale che agli esperti di terapia ormonale in età perimenopausale (25). Nelle raccomandazioni si precisa tra l'altro come sia opportuno che le donne siano informate sulla temporaneità e benignità dei sintomi, sulla possibilità sia di trattarli con la terapia ormonale sostitutiva, sia di affrontarli con alternative non farmacologiche e come la scelta di trattamenti non farmacologici debba essere sostenuta da programmi di formazione e *counselling* adeguati. È richiesta la diffusione di una informazione scientificamente corretta sulle conoscenze disponibili, vantaggi, svantaggi, comprese le aree di incertezza, sulle alternative, farmacologiche e non, e sulla loro efficacia o meno. Sempre nell'ambito della stessa collaborazione, grazie al progetto multi regionale "Con Me – Conoscere la Menopausa" (26), le raccomandazioni della Conferenza di consenso sono state diffuse attivamente tra le donne di età compresa tra 45 e 60 anni da ostetriche attive nei programmi di screening del carcinoma della cervice uterina e nei CF, da ginecologi attivi nei servizi territoriali (CF e ambulatori specialistici e, se disponibili, nei servizi dedicati alla menopausa), da MMG (Medici di Medicina Generale) e da farmacisti, previa partecipazione a un percorso formativo ECM (Educazione Continua in Medicina). Nell'ambito dello stesso progetto è stata condotta un'indagine in 8 ASL (Aziende Sanitarie Locali) che ha visto il coinvolgimento di 1280 donne di età 45-60 anni e che ha messo in luce un bisogno informativo rimasto ineso in più del 50% del campione, in particolar modo per quelle donne che, più delle altre, avrebbero bisogno di un appropriato *counselling* per poter effettuare scelte di salute consapevoli, ossia le donne meno istruite e che accedono con minor frequenza ai servizi sanitari. Anche in questo caso riemerge il ruolo che i CF, servizi per vocazione più sensibili a veicolare messaggi relativi a condizioni ed

eventi non di natura acuta, possono avere nel ridurre gli effetti delle disuguaglianze sociali sul benessere delle donne grazie all'offerta attiva di programmi di promozione della salute.

Gli argomenti brevemente trattati in questo paragrafo e quelli cui è stato dedicato un focus specifico, concorrono a delineare il lavoro enorme che i CF sono chiamati a svolgere e le grandi potenzialità che essi hanno nell'offrire e promuovere salute e benessere durante l'intero arco della vita sessuale e riproduttiva della donna con un approccio analogo a quello dettagliatamente articolato nella recente "Our Vision for the Women's Health Strategy for England" (27), dove sono presentati i risultati di una call del Governo inglese sulle evidenze per una strategia della salute della donna. Le tante occasioni di contatto con questi servizi, l'ampia attività di *counselling* che li caratterizza come mostrato dai dati rilevati nell'indagine, permette di facilitare l'attivazione di un processo sinergico di consapevolezza che investe le persone e che va oltre la risoluzione del singolo problema. Problematiche legate alla prevenzione oncologica, fertilità, endometriosi, menopausa, benché diverse, rappresentano fasi critiche o di transizione che è possibile tramutare in opportunità per promuovere salute e prevenire eventi avversi e possono tutte trovare ascolto e accoglienza nei CF grazie alla multidisciplinarietà delle équipe, all'approccio olistico alla salute, all'integrazione con gli altri servizi sociosanitari e alla modalità dell'offerta attiva, caratteristiche operative che delineano un'identità forte e unica dei CF da salvaguardare e potenziare per facilitare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*. Roma: Ministero della Salute; 2006. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
2. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
3. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM del 24/4/2000. *Gazzetta Ufficiale* n.131 Supplemento Ordinario n. 89 del 7 giugno 2000.
4. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 65 del 18 marzo 2017.
5. Osservatorio nazionale screening. Lo screening cervicale visto da "PASSI". In: *Rapporto 2019*. ONS; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/lo-screening-cervicale-visto-da-passi>; ultima consultazione 31/03/2022.
6. Istituto Superiore di Sanità. *Sorveglianza PASSI. I dati per l'Italia: screening cervicale*. Roma: ISS. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale>; ultima consultazione 31/03/2022.
7. Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N (Ed.). *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli Editore; 2014.
8. AIRTUM Working Group. *I numeri del cancro in Italia 2020*. Brescia: Intermedia Editore; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori_web.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
9. Petrelli A, Frova L (Ed.). Atlante Italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione. *Epidemiol Prev* 2019; 43 (1) Suppl 1:1-120. doi: 0.19191/EP19.1.S1.002

10. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM). Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A01522). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale* n. 59 dell'8 marzo 2020.
11. Gruppo di lavoro ONS. *Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da Covid-19. Secondo Rapporto al 30 settembre 2020*. Osservatorio Nazionale Screening; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/Rapporto%20ripartenza%20-%20settembre%202020_0.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
12. ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2018. *Statistiche report* 25 novembre 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files/2019/11/Report_natalit%C3%A0_anno2018_def.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
13. European Commission. Women in the EU are having their first child later. *Eurostat news* 24/02/2021.
14. Ministero della Salute. *Piano Nazionale per la Fertilità*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2367_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
15. Masocco M, Minardi V, Contoli B, Gruppo di coordinamento nazionale PASSI. Indagine sulla popolazione adulta: il contributo di PASSI. In: Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 48-60.
16. Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35).
17. Europa. *Risoluzione del Parlamento europeo del 24 giugno 2021 sulla situazione della salute sessuale e riproduttiva e dei diritti nell'UE, nel quadro della salute delle donne (2020/2215(INI))*. Disponibile all'indirizzo: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_IT.html; ultima consultazione 31/03/2022.
18. Morassutto C, Monasta L, Ricci G, Barbone F, Ronfani L. Incidence and estimated prevalence of endometriosis and adenomyosis in Northeast Italy: a data linkage study. *PLoS One*. 2016;11(4):e0154227.
19. Ministero della Salute. *Salute riproduttiva. Endometriosi*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioContenutiFertility.jsp?lingua=italiano&id=4487&a rea=fertilita&menu=malattie>; ultima consultazione 31/03/2022.
20. Italia. Legge regionale 11 ottobre 2012, n. 18. Disposizioni per la tutela delle donne affette da endometriosi. *Bollettino Ufficiale Regionale Friuli Venezia Giulia*. 2012;42:11-13. Disponibile all'indirizzo: http://bur.regione.fvg.it/newbur/downloadPDF?doc=0&name=2012/10/17/BUR%2042_noLEGAL.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
21. Europe. *European Parliament resolution of 14 February 2017 on promoting gender equality in mental health and clinical research*. (2016/2096(INI)) Disponibile all'indirizzo: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0028_EN.html; ultima consultazione 31/03/2022.
22. National Institute for Health and Care Excellence. *Endometriosis: Diagnosis and management*. London: NICE; 2017 (NICE guideline NG73). Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>; ultima consultazione 31/03/2022.
23. ESHRE Endometriosis Guideline Development Group. *Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology*. Strombeek-Bever: ESHRE; 2022. Disponibile all'indirizzo:

- <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>; ultima consultazione 31/03/2022.
24. National Institute for Health and Care Excellence. *Menopause: diagnosis and management*. London: NICE; 2015. (NICE guideline NG23). Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>; ultima consultazione 31/03/2022.
25. Giuria di Consenso. *Conferenza di consenso "Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva?"*. Documento conclusivo. 25 giugno 2008. disponibile all'indirizzo https://www.epicentro.iss.it/focus/ormoni/pdf/doc-consenso_def.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
26. Donati S, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Senatore S (Ed.). *Progetto "Con Me": conoscere la menopausa*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/27).
27. Department of Health and Social Care. *Our vision for the women's health strategy for England*. London: UK Government; 2021. Disponibile all'indirizzo: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1042631/dhsc-our-vision-for-the-women_s-health-strategy-for-england.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.

INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E CONTRACCEZIONE

Angela Spinelli (a), Michele Grandolfo (a), Laura Lauria (b)

(a) Già Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Come sottolineato dalle Nazioni Unite e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'accesso all'aborto sicuro protegge la salute e i diritti umani di donne e ragazze. L'accesso a cure legali, sicure e complete per l'aborto, comprese le cure post-aborto, è essenziale per il raggiungimento del più alto livello possibile di salute sessuale e riproduttiva. L'aborto non sicuro può portare a rischi immediati per la salute, compresa la morte, nonché a complicazioni a lungo termine, che influiscono sulla salute fisica e mentale e sul benessere delle donne per tutto il corso della loro vita (1).

In Italia l'accesso all'aborto è diventato legale il 22 maggio 1978 quando fu approvata dal Parlamento la Legge 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Grazie ad essa ogni donna in Italia può richiedere di interrompere una gravidanza entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari. Questa legge affida ai Consulenti Familiari (CF), strutture istituite dal 1975 con la Legge 405, un ruolo importante per la prevenzione del fenomeno e lo svolgimento delle procedure pre e post-intervento, citandoli in diversi suoi articoli.

Il Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), implementato nel 1980 presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), grazie all'iniziativa di Simonetta Tosi (2), ha sempre fornito i dati per la Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sull'attuazione della Legge 194/1978, documentando il lavoro svolto in questi anni dai CF per il *counselling* pre- e post-intervento e il rilascio del documento/certificato necessari per l'IVG. Si tratta di passaggi molto importanti per la donna (e la coppia), accompagnata nelle sue decisioni e correttamente informata, nella prospettiva di una azione strategica di promozione della salute al fine di aumentare consapevolezza e competenze nel controllo autonomo della fecondità. Nel 2019 quasi la metà dei documenti/certificati (44,2%) sono stati rilasciati dai CF, valore in crescita negli anni e più alto rispetto alle altre strutture o professionisti abilitati al suo rilascio (3). Le cittadine straniere rispetto alle italiane si rivolgono più frequentemente al consultorio per il rilascio del documento/certificato (55% nel 2019), probabilmente facilitate dalla bassa soglia di accesso e dalla disponibilità del mediatore culturale più frequente rispetto ad altri servizi. I dati della sorveglianza mostrano anche una notevole variabilità nella percentuale di documenti/certificati erogati dai CF nelle diverse Regioni (da 0,7% in Valle d'Aosta a 73,2% a Trento e 70,8% in Emilia-Romagna). In generale si osservano percentuali inferiori al Sud del Paese.

La recente indagine nazionale sull'attività consultoriale coordinata dall'ISS, i cui risultati sono riportati in questo rapporto, ha confermato l'impegno diffuso nell'ambito dell'IVG da parte di queste strutture, anche se emergono degli aspetti suscettibili di miglioramento. Infatti, se quasi tutti i CF offrono il *counselling* prima della procedura e forniscono informazioni sulla tecnica di intervento, senza differenze per area geografica, non tutti riescono ad offrire un *counselling* psicosociale, specie al Centro-Sud, probabilmente per carenza di personale. Più del 90% garantisce il documento/certificato necessario per prenotare l'intervento ma solo poco più della

metà è in grado di fare la prenotazione dell'intervento presso un ospedale o clinica autorizzata, indicatore di uno scarso collegamento e integrazione tra strutture. Uno dei primi studi coordinato dall'ISS cui si fa riferimento in un rapporto dedicato alle IVG e alle possibilità di prevenzione (4) ha dimostrato che, quando il consultorio familiare garantisce la prenotazione dell'intervento, quasi il 100% delle donne sceglie questa struttura per le procedure prima dell'IVG e la gran parte vi ritorna per il controllo post intervento. Dall'indagine ISS i controlli medici e il *counselling* contraccettivo post-IVG risultano offerti dalla quasi totalità dei CF, senza differenze per area geografica. Tuttavia, nell'ultima relazione disponibile sull'applicazione della legge (3), dalla ricognizione fatta dal Ministero della Salute sul 69% dei CF italiani, risulta che solo una parte (47,4%) delle donne che si rivolgono al consultorio per il documento/certificato ritorna alla struttura per il controllo post IVG.

Negli anni si è osservato un andamento in costante diminuzione del ricorso all'IVG in Italia, dopo un aumento iniziale del fenomeno dovuto all'emersione del fenomeno dalla clandestinità e al miglioramento del flusso dati. Si è passati da 187.457 IVG nel 1979 a un massimo di 234.801 IVG nel 1982 e al successivo progressivo calo fino a 73.207 nel 2019 (ultimo dato definitivo disponibile). Anche il tasso di abortività, principale indicatore del ricorso all'IVG che mette in relazione il numero di interventi con il numero di donne che sono a rischio di effettuarlo, è diminuito da 17,2 IVG per 1000 donne in età fertile (15-49 anni) del 1982 a 5,8 del 2019 (3).

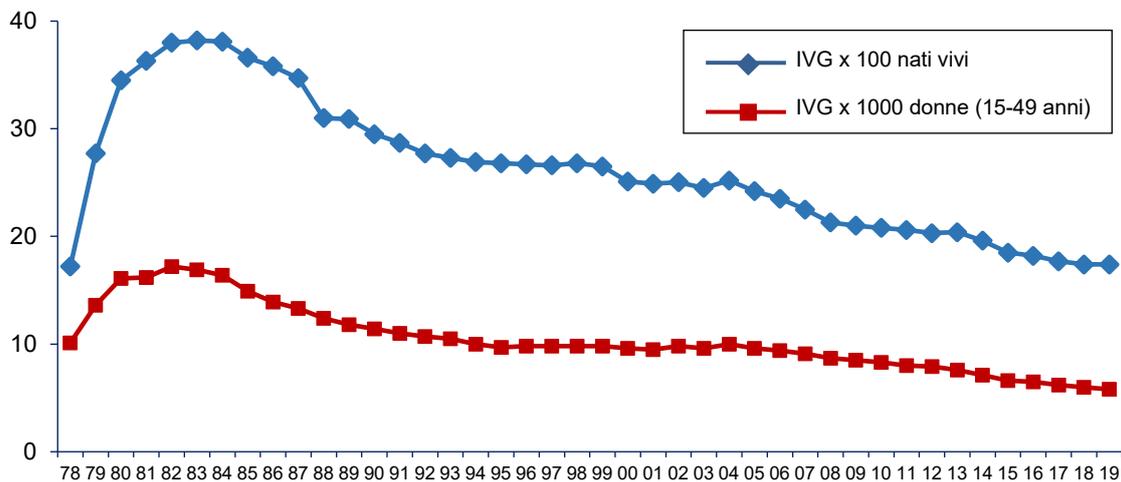


Figura 1. Tassi e rapporti di abortività – Italia 1978-2019

Non è infondata l'ipotesi che la disponibilità dei CF e il loro impegno nella promozione della salute riproduttiva e sessuale rientrano tra i principali determinanti della imponente riduzione del ricorso all'aborto volontario registrata in Italia. Nonostante lo scarso investimento in termini di promozione e valorizzazione dei CF, il decremento delle IVG, che colloca l'Italia tra i Paesi con tassi di abortività tra i più bassi nel mondo industrializzato, è stato molto più consistente rispetto a quanto rilevato in altre nazioni a sviluppo economico avanzato. Le azioni offerte dall'équipe multi-professionale del consultorio familiare in questo ambito, non solo alle donne che richiedono l'IVG, ma soprattutto agli adolescenti e alle donne in gravidanza e in età riproduttiva che frequentano i servizi per gli screening o altre prestazioni sociosanitarie, hanno contribuito a prevenire gravidanze indesiderate e possibili IVG. Secondo gli auspici delle leggi 194/1978 e 405/1975 i CF, grazie alla multiprofessionalità delle équipe e alla vocazione alla promozione della

salute, hanno infatti contribuito a migliorare le competenze e le consapevolezza delle donne e delle coppie che sono alla base di scelte consapevoli in ambito riproduttivo.

Con la circolare di aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”, pubblicata dal Ministero della Salute il 12 agosto 2020 (5), sono cambiate le modalità di esecuzione dell’aborto farmacologico in Italia. A seguito di tale circolare l’IVG con mifepristone e prostaglandine può essere effettuata entro 63 giorni, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale (non più entro 7 settimane). Inoltre, la procedura non richiede più l’ospedalizzazione e può essere eseguita in day hospital o presso i CF o strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all’ospedale e autorizzate dalle Regioni. I CF assumono quindi un ruolo sempre più importante nel percorso IVG e l’augurio è che possano garantire un miglioramento qualitativo dell’assistenza alle donne che decidono di abortire. Non bisogna però dimenticare che la prevenzione dell’IVG riguarda tutte le donne in età fertile e non solo quelle che si rivolgono alla struttura per l’intervento, come chiaramente indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (6) e in altri documenti ufficiali dell’ISS e del Ministero della Salute, che raccomandano l’offerta attiva di *counselling* sul controllo della fecondità per prevenire gravidanze indesiderate in tutte le occasioni di incontro con le donne/coppie in particolare in occasione dei tre programmi strategici: percorso nascita, screening oncologici e adolescenti. L’importanza di tale raccomandazione è confermata dai risultati dell’indagine sul percorso nascita in Italia del 2009-2011 che mostrano un aumento considerevole dell’uso di metodi per evitare gravidanze indesiderate alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto tra le donne che hanno ricevuto informazioni al riguardo (7, 8). L’uso di metodi contraccettivi efficaci infatti risulta significativamente maggiore tra le donne che hanno ricevuto un *counselling* sulla pianificazione familiare rispetto a chi non ne ha avuto l’opportunità. Tale associazione è stata evidenziata tra le donne italiane (73% vs. 53%) e ancor di più tra le donne straniere (76% vs. 46%) a conferma del ruolo dell’accesso all’informazione nel ridurre gli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute. Ancora molto si può fare se si tiene conto che solo poco più del 50% delle donne aveva ricevuto il *counselling* e, paradossalmente, che le donne con minore livello di istruzione avevano avuto minori opportunità.

La possibilità di poter controllare in libertà e sicurezza la propria fecondità è un aspetto importante nella salute sessuale e riproduttiva di una popolazione, destinato ad assumere sempre maggiore rilevanza alla luce delle trasformazioni socioculturali ed economiche in atto che da una parte posticipano la scelta della genitorialità e dall’altra anticipano l’avvio della vita sessuale.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che la garanzia di accesso a informazioni e servizi di alta qualità per la contraccezione rientra tra gli interventi a sostegno del più alto standard di salute per tutti (9). Gli elementi di valutazione della qualità di tale offerta includono la possibilità di scelta tra un’ampia gamma di metodi contraccettivi; informazioni *evidence-based* sull’efficacia, sui rischi e sui benefici dei diversi metodi; operatori sanitari competenti e formati; rapporti operatore-utente basati sul rispetto per una scelta informata, la privacy e la riservatezza; appropriata costellazione di servizi disponibili nella stessa località (10). Purtroppo, l’Italia, secondo lo European Contraception Policy Atlas 2020 (11), che esamina i dati di accesso alla contraccezione e i livelli di informazione reperibili in 45 Paesi europei, si colloca al 21° posto nella classifica, un ritardo ascrivibile a molteplici fattori tra i quali la scarsa presenza di politiche per la gratuità dei contraccettivi e l’assenza di un sito istituzionale *user friendliness* dove reperire informazioni sulle moderne tecniche contraccettive. Risulta invece buona la possibilità di usufruire di *counselling* dedicati e di accesso senza prescrizione alla contraccezione ormonale di emergenza. Questi dati trovano conferma nei risultati dell’indagine ISS che mostrano come, a fronte di un’attività di *counselling* offerta dalla quasi totalità dei CF, il 64,5% non offre gratuitamente i contraccettivi, circa il 10% li offre gratuitamente a tutti, e i rimanenti solo a definite fasce di popolazione come i giovani e/o popolazione a basso reddito. Inoltre, i dati raccolti

dall'indagine ISS sul tipo di contraccettivi offerti gratuitamente dai CF evidenziano limiti alle opportunità di scelta dei diversi anticoncezionali in base all'area geografica di residenza. La pillola è offerta dal 92,5% dei CF del Sud, dal 34,2% al Nord e solo dal 9,2% dei CF del Centro mentre per la spirale (IUD, *Intra-Uterin Device*) le percentuali sono invertite, 17,9%, 72,6% e 97,3% rispettivamente al Sud, Nord e Centro; per il profilattico le percentuali sono 40,2% al Nord, 15,1% al Sud e 13,3% al Centro; la contraccezione di emergenza è offerta gratuitamente dal 63,2% dei CF del Nord e dal 24-25% dei CF del Centro e del Sud. Dati che delineano scelte non omogenee e in contrasto con l'abituale inclusione di questi metodi in tutti i programmi nazionali di pianificazione familiare e con l'OMS che afferma che tutte le donne e le ragazze a rischio di una gravidanza non desiderata hanno il diritto di accedere alla contraccezione d'emergenza (12).

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) nel rapporto 2017 sulla salute riproduttiva della donna (13) sottolinea come nel contesto europeo l'Italia è uno dei paesi che non ha ancora compiuto la "rivoluzione contraccettiva", il passaggio cioè da metodi tradizionali e poco efficaci (tra cui il coito interrotto) a metodi contraccettivi efficaci e moderni (tra cui pillola, profilattico, IUD). Sottolinea inoltre come tra il 1996 e il 2013 rimanga quasi stabile l'uso del coito interrotto, utilizzato da circa il 20% delle donne intervistate. La rilevazione di una riduzione del ricorso a questo metodo tra le donne di età inferiore ai 30 anni può essere interpretata come indicatore di una maggiore informazione e accesso delle nuove generazioni ai metodi per la procreazione responsabile. L'indagine ISTAT mette in evidenza anche le forti disuguaglianze relative all'uso della contraccezione di emergenza, maggiormente diffusa tra le giovani, le più istruite e con un forte gradiente di uso decrescente dal Nord al Sud.

Un quadro aggiornato relativamente alla prevalenza d'uso della contraccezione nel nostro paese è emerso dallo Studio Nazionale Fertilità condotto dall'ISS nel 2018 (14). Lo studio ha scattato una fotografia delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo in particolare di un campione rappresentativo a livello nazionale di adolescenti di 16-17 anni. Sulle conoscenze la quasi totalità dei giovani (>95%) afferma di conoscere il profilattico e la pillola; altri metodi conosciuti (>70%) sono il calcolo dei giorni fertili, il coito interrotto e l'anello vaginale. Il 90% dei ragazzi riferisce di conoscere la contraccezione di emergenza. Meno conosciuti e con un gradiente Nord-Sud sono la spirale, i dispositivi ormonali sottocutanei e il cerotto contraccettivo. Se circa il 90% dei ragazzi è consapevole del ruolo protettivo del preservativo verso le infezioni/malattie sessualmente trasmesse, ben il 20% ritiene erroneamente che anche la pillola sia protettiva come i metodi barriera. Per quanto riguarda i comportamenti, il 30% dei giovani intervistati riferisce di aver avuto rapporti sessuali completi e la maggioranza di far uso di metodi contraccettivi con solo il 10% che afferma di non prendere alcuna precauzione in occasione dei rapporti sessuali. Tra i metodi usati è stato indicato soprattutto il profilattico (77%), ma circa un ragazzo su quattro ricorre al coito interrotto.

Dalla stessa indagine emerge il riconoscimento da parte dei ragazzi del ruolo formativo sulle tematiche della sessualità e della salute riproduttiva che dovrebbe assumere la scuola, già da quella secondaria di primo grado o anche prima. La partecipazione a corsi/incontri su queste tematiche nelle scuole presenta grandi differenze per area geografica con opportunità decisamente ridotte al Sud rispetto al Centro e soprattutto al Nord del Paese. Dall'indagine ISS sui consultori del 2018 (Progetto CCM 2017 "Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi") risulta chiaramente che l'offerta di interventi di promozione della salute nelle scuole riguarda la quasi totalità dei servizi senza differenze per area geografica. La minore offerta di corsi al Sud potrebbe essere ascrivibile a una minore disponibilità di risorse, una minore integrazione dei servizi e una peggiore programmazione degli interventi.

Anche sugli aspetti relativi alla promozione della salute riproduttiva i CF hanno ampi spazi di intervento e di miglioramento, specie alla luce di due considerazioni emerse dallo Studio Nazionale Fertilità (14): la scarsa conoscenza e lo scarso uso dei CF da parte degli adolescenti (il 22% dichiara di conoscerli e meno del 10% li ha frequentati) e la preferenza espressa dal 63% dei ragazzi intervistati per il personale esterno alla scuola quale figura di riferimento per i corsi di informazione da organizzare in ambiente scolastico.

Da quanto esposto si comprende l'importanza della legge 34/96 che stabilisce la disponibilità di un consultorio ogni ventimila abitanti per garantire l'offerta attiva di interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie in grado di anticipare i bisogni di salute della popolazione in linea con quanto previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile che definisce programmi strategici, obiettivi misurabili con specifici indicatori di processo, di risultato e di esito e le risorse strutturali, infrastrutturali e professionali necessarie per la loro realizzazione.

Bibliografia

1. WHO. *Abortion*. Geneva: World Health Organization. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1; ultima consultazione 31/03/2022.
2. Grandolfo M, Spinelli A, Pediconi M, Timperi F, Andreozzi S, Bucciarelli M. Il Sistema di Sorveglianza IVG. *Not Ist Super Sanità* 2009;22(5):3-7.
3. Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) - Dati definitivi 2019 e dati preliminari 2020*. Roma: Ministero della Salute; 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3103_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
4. Grandolfo M, 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*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25).
5. Consiglio Superiore di Sanità. *Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
6. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 131 Supplemento Ordinario n. 89 del 7 giugno 2000.
7. Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo ME. The effect of contraceptive counselling in the pre and post-natal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women. *Ann Ist Super Sanità* 2014;50(1):54-61.
8. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).
9. World Health Organization. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations*. Geneva: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
10. World Health Organization. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/; ultima consultazione 31/03/2022.

11. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF). *Contraception Policy Atlas - Europe 2020*. Disponibile all'indirizzo: https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-11/CCeptionInfoA3_EN%202020%20NOV2.pdf; ultima consultazione 31/03/2022.
12. World Health Organization. *Emergency contraception*. Geneva: WHO; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>; ultima consultazione 31/03/2022.
13. Istituto Nazionale di Statistica. *La salute riproduttiva della donna*. Roma: ISTAT; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www4.istat.it/it/files/2018/03/La-salute-riproduttiva-della-donna.pdf?title=La+salute+riproduttiva+della+donna+-+05%2Fmar%2F2018+-+Volume.pdf>; ultima consultazione 31/03/2022.
14. Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Pierannunzio D, Lauria L, Pizzi E. Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi. In: Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 6-28.

CONSULTORI FAMILIARI E LE GIOVANI GENERAZIONI

Enrica Pizzi (a), Paride Braibanti (b), Silvia Cardetti (c)

(a) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università degli Studi di Bergamo, Bergamo
e Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Sapienza Università di Roma, Roma

(c) Servizio di Promozione della Salute, ASL Cuneo 1, Cuneo

Investire negli adolescenti e nei giovani adulti per un futuro equo e sostenibile

A oltre 30 anni dalla Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, il tema di porre i soggetti in età evolutiva al centro delle politiche dei Paesi rappresenta un nodo centrale per lo sviluppo della società. Investire in politiche sanitarie, sociali ed educative rivolte agli adolescenti e ai giovani adulti significa investire nello sviluppo di un Paese: in questa epoca della vita avvengono rapidi e significativi cambiamenti fisici, cognitivi, emotivi, relazionali, sociali e sessuali (1-3), richiedendo una particolare attenzione in termini di investimento in programmi intersettoriali con un approccio *life-course* (4) al fine di garantire la loro salute di oggi, degli adulti di domani e dei loro figli (5).

A questo riguardo, negli ultimi anni a livello internazionale (6) l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e altri partner delle Nazioni Unite hanno promosso iniziative globali per migliorare il modo in cui i Paesi affrontano il tema della salute degli adolescenti e dei giovani adulti con la finalità di supportare i governi a pianificare, attuare, monitorare e valutare i programmi di salute rivolti agli adolescenti e ai giovani nei loro paesi. Così, ad esempio, gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) (7), che mirano a raggiungere uno sviluppo sostenibile economico, sociale e ambientale globale entro il 2030, non potranno essere raggiunti senza un investimento sulla salute e il benessere degli adolescenti e dei giovani come sostenuto dalla strategia globale (8) lanciata dall'OMS nel 2015 che immagina un mondo in cui ogni donna, bambino e adolescente realizzi il proprio diritto alla salute fisica e mentale.

Un quadro di riferimento sviluppato di recente per gli adolescenti e i giovani ha identificato cinque domini del benessere che sono: godere di un buono stato di salute con un'alimentazione ottimale; creare connessioni positive e contribuire alla società; vivere in ambienti sicuri e accoglienti; avere opportunità di apprendimento, competenze, abilità, istruzione e occupazioni; autonomia e resilienza (9). La Strategia dell'Unione Europea sui diritti delle persone di minore età per il periodo 2021-2024 (10) esprime volontà e l'urgenza di continuare a implementare politiche, norme e finanziamenti improntati a migliorare i diritti dei bambini e degli adolescenti, come del resto ribadito dal recente Sistema di Garanzia Europeo (11) volto a garantire misure specifiche per minorenni a rischio di povertà o esclusione sociale.

In Italia le raccomandazioni internazionali sono state recepite nei più recenti documenti di indirizzo delle politiche sanitarie e sociali: il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 (12), sostiene il riorientamento della prevenzione verso un approccio di promozione della salute integrale delle persone di minore età, rendendo trasversale per tutti i macro obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building*; il 5° Piano per l'infanzia e l'adolescenza (13), per la prima volta redatto con il contributo dei giovani, promuove azioni

innovative e di rafforzamento a favore dei minori di età in tre aree fondanti per lo sviluppo e il benessere dei giovani: educazione, equità, *empowerment*.

L'urgenza di programmare azioni per tutelare e promuovere la salute degli adolescenti e dei giovani adulti è confermata del resto dalla lettura critica dei dati sulla salute dei giovani a livello mondiale: sebbene la prevalenza di alcune patologie tra gli adolescenti sembri in diminuzione, e la percezione di salute e benessere in aumento, i fattori di rischio e le disuguaglianze appaiono in crescita (14-16). A questi dati si aggiungono gli effetti causati dalla recente pandemia COVID-19 dove gli adolescenti e giovani adulti hanno subito, forse più di altre fasce d'età, le conseguenze delle misure restrittive adottate per il contenimento dell'infezione, che inevitabilmente ha interferito in vari modi con i compiti di sviluppo dell'età. Infatti, sebbene sia difficile quantificare le reali conseguenze sulla salute generale di questa fascia di popolazione, sia a breve che lungo termine, alcuni studi mostrano possibili conseguenze negative sulla salute fisica e mentale, con effetti più marcati sui soggetti già in condizione di fragilità, personale e socioeconomica (17, 18).

A seguire una lettura critica dei risultati emersi dall'indagine sugli interventi offerti agli adolescenti e ai giovani adulti dai Consultori Familiari (CF) e una riflessione sui futuri sviluppi di questi servizi per la tutela e promozione della salute per le nuove generazioni.

Punti di ascolto e promozione della salute nella scuola

I CF hanno rappresentato fin dalla loro costituzione un servizio d'elezione per tutelare e promuovere la salute dei soggetti in età evolutiva poiché, grazie all'accesso libero e gratuito, all'offerta attiva e all'integrazione con il territorio hanno caratteristiche fortemente idonee/strategiche per promuovere azioni a favore di questa fascia d'età come sancito dalla legge che li ha istituiti (19) e come ribadito anche recentemente dall'OMS (20).

Negli anni 2000 il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (21) che delineava le linee d'indirizzo per la realizzazione di programmi di promozione della salute, nell'evidenziare una carenza e frammentarietà d'interventi per la promozione della salute e l'assistenza nell'età adolescenziale propose, nella sua lungimiranza, l'integrazione tra i diversi servizi coinvolti nell'area materno-infantile con coinvolgimento dei CF quale punto di riferimento attorno al quale organizzare la rete delle risorse. Nel POMI infatti viene attribuita ai CF la funzione di individuazione di situazioni di difficoltà, di primo accoglimento della domanda di aiuto, di *counselling*, di trattamento breve su situazioni emergenti e di coordinamento. Inoltre viene auspicata la messa in rete dei CF all'interno dell'Azienda Sanitaria con i vari servizi specialistici per rilevare e gestire i diversi bisogni degli adolescenti e dei giovani nei diversi luoghi di convivenza.

Nel corso degli anni il coinvolgimento dei CF nelle politiche a favore della salute degli adolescenti e dei giovani adulti è avvenuto principalmente tramite l'attivazione di punti di ascolto o spazi giovani presso le sedi consultoriali – in alcuni casi istituendo Consultori Adolescenti o spazi dedicati in équipe con altri servizi sanitari competenti per la fascia d'età – e con attività realizzate in collaborazione con il mondo della scuola, come previsto già dalla legge sull'istituzione dei CF.

In Italia anche l'accesso dei giovani dai 14 ai 18-24 anni al CF si configura come libero, volontario e gratuito e gli spazi a loro rivolti nascono dall'esigenza di attivare servizi calibrati sulle loro esigenze, con la finalità di fornire a questa fascia di popolazione risposte adeguate sulla sessualità e sulle relazioni affettive e interpersonali per favorire uno stato di maggiore benessere, ponendo anche le basi per migliorarne le condizioni di salute e la qualità di vita da adulti. Nonostante l'attenzione posta dal legislatore per garantire l'accessibilità del servizio ai giovani, la lettura dei risultati dell'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mostra che in realtà sono

poco frequentati da questa fascia di popolazione, a conferma dei risultati emersi dall'indagine Studio Nazionale Fertilità dell'ISS (22), che ha coinvolto un campione rappresentativo di ragazze e ragazzi della scuola di secondo grado, evidenziando criticità relativamente alla conoscenza e all'accesso ai CF da parte degli adolescenti e dei giovani, con una forte variabilità regionale: i risultati mostrano infatti che i CF sono servizi poco frequentati (meno del 10% degli studenti) e poco conosciuti (22% non li conosce) senza sostanziali variazioni rispetto alla situazione rilevata nel 2000 (23). Un dato che va letto collegandolo sia alla diversa capillarità dei CF nelle aree regionali, sia alla disponibilità di spazi dedicati agli adolescenti/giovani all'interno dei CF stessi. A fronte di un rapporto ideale consultori/abitanti stimato in uno ogni 20000 abitanti, oggi questo rapporto si attesta intorno a uno ogni 32.000 abitanti, con grande variabilità tra regioni e una diffusione di spazi giovani contenuta. I CF che dispongono di spazi giovani sono infatti 643: 251 al Nord, 114 al Centro e 278 al Sud e Isole, di cui 115 (68, 29 e 18 rispettivamente al Nord, al Centro e al Sud e Isole) come Centri di Riferimento Aziendale (CRA), ossia servizi in cui vengono accorpate specifiche attività che, pur non disponibili in tutte le sedi, sono accessibili per l'utente nell'ambito della rete dei servizi dell'Azienda sanitaria/Distretto. Gli spazi giovani nel 90% dei CF sono aperti 1-2 volte alla settimana elemento che incide sui servizi offerti e sull'accessibilità degli spazi dovuto probabilmente alla disponibilità di personale sia relativamente alla varietà di figure presenti nell'équipe, che dovrebbe essere multi professionale, sia di monte ore disponibile per sede: i CF sembrano soffrire di diffuse carenze, con rilevanti differenze regionali.

In considerazione della necessità di prossimità dei servizi rivolti ai giovani, l'altra importante attività di pertinenza dei CF è quella svolta negli ambiti collettivi, in primo luogo gli interventi di promozione della salute nella scuola. A riguardo è importante evidenziare che le istituzioni scolastiche negli anni hanno vissuto profonde trasformazioni giuridico-istituzionali e organizzative che hanno caratterizzato la scuola sempre più secondo dimensioni di autonomia; parallelamente nei documenti di indirizzo delle politiche sociali e sanitarie ne viene valorizzato il ruolo di "risorsa permanente" per la crescita e il benessere di ogni individuo e della comunità e come una delle principali condizioni dello sviluppo economico, sociale e culturale (24).

Negli anni la collaborazione tra CF e scuola è stata rafforzata dall'attivazione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) all'interno delle istituzioni scolastiche (25) che prevedono la collaborazione tra scuola e servizi socio sanitari presenti nel territorio di appartenenza e che si sono declinati nelle varie realtà in modo differente (26). Più recentemente l'importanza di creare un ponte tra scuola e sanità è stata ribadita dal documento "Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, (27) in cui si evidenzia la necessità che le scuole adottino un approccio globale alla salute, non solo attraverso l'inserimento della "Promozione della salute" nel curriculum formativo degli studenti e di tutte le componenti delle comunità scolastiche di ogni ordine e grado, ma anche attraverso misure strutturali e organizzative finalizzate a creare ambienti fisici e relazionali salutogenici, che sostengano la partecipazione e il senso di appartenenza di tutte le componenti della comunità scolastica, intesa come parte attiva e centrale della comunità locale (come indicato dalla rete "Schools for health in Europe – SHE Network": <https://www.schoolsforhealth.org/>).

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (12) riconosce l'importanza di questo approccio, tanto da prevedere un programma predefinito, vincolante e uguale per tutte le regioni dedicato alle "Scuole che promuovono salute", con l'obiettivo di consolidare politiche intersettoriali fra scuola, sanità e comunità locale. In modo ancor più specifico, l'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza (13) propone, fra le azioni per sviluppare politiche a tutela della salute e del benessere dei minori, anche il rafforzamento dei CF, l'implementazione dell'educazione all'affettività, alla sessualità e alla parità di genere, il sostegno alla partecipazione dei giovani e la stabilizzazione di iniziative educative integrate fra scuola e territorio per promuovere salute e sviluppare le competenze di vita – *life skills* – raggruppate dall'OMS in 3

aree principali interconnesse tra loro: cognitive, emotive e relazionali (28). La cultura alla base di questo approccio vede nella scuola un luogo d'elezione per sviluppare e sperimentare le potenzialità, le abilità e le competenze degli individui e dei gruppi che la vivono e, di conseguenza, delle comunità in cui è inserita. Promuovendo la salute a scuola, è possibile raggiungere obiettivi educativi, sociali e professionali e favorire la salute dell'intera comunità scolastica.

In merito agli interventi dei CF nelle scuole, la lettura dei risultati emersi dall'Indagine dell'ISS mostra che solo la metà dei CF, tra quelli che fanno attività nell'area giovani o della coppia/famiglia, effettuano interventi nella scuola. Gli interventi sono realizzati dai CF in autonomia nel 44,8%, coordinati a livello di Azienda sanitaria/Distretto nel 34,5% e solo il 12,6% li effettua in collaborazione con altri servizi, modalità quest'ultima sviluppata soprattutto nei CF del Nord d'Italia (27) che in qualche modo testimonia della maggiore capacità dei CF di essere parte di reti sociali in questa parte del paese. A questo proposito, l'Indagine mostra che il sostegno alle politiche intersettoriali di promozione della salute nel contesto scolastico è sostenuta da accordi formali con la scuola nel 65% delle Aziende sanitarie/Distretti, con Regioni in cui non sono presenti e altre in cui si arriva al 90%. I risultati dell'Indagine mostrano inoltre che le metodologie didattiche utilizzate nelle attività con la scuola, sono disomogenee sul territorio nazionale. Seppure evidenziano un importante uso di metodologie attive (74,5%) – raccomandate dalle evidenze scientifiche perché maggiormente efficaci (29, 30) – dall'altro registrano un forte utilizzo anche di quelle più tradizionali (72,6%), più diffuse al Sud rispetto al Centro-Nord.

Risultati che suggeriscono la necessità di sviluppare maggiormente programmi da inserire nel curriculum scolastico, che prevedano la centralità e la partecipazione attiva dei soggetti coinvolti, mirati a promuovere lo sviluppo delle capacità di comprendere, criticare e dare significato alle proprie esperienze affinché i soggetti sviluppino la capacità di prendere decisioni e progettare in modo consapevole la propria vita. Per quanto riguarda le tematiche oggetto degli interventi nelle scuole, i risultati mostrano una chiara tendenza dei CF a privilegiare gli interventi sull'educazione affettiva e sessuale e sugli stili di vita; a seguire tematiche più nuove come bullismo e cyberbullismo e la violenza di genere; e per ultimi interventi sulle vecchie e nuove dipendenze, dato quest'ultimo da leggere tenendo conto delle attività di prevenzione su queste tematiche realizzate da altri servizi.

In linea generale la lettura complessiva di questi risultati mostra la necessità di lavorare ancora per tradurre in azioni, servizi e iniziative per i giovani e con i giovani, le raccomandazioni dei diversi documenti di indirizzo internazionali e nazionali.

Conclusioni e prospettive future

Ma quale ruolo possono oggi svolgere i CF nella tutela e promozione della salute delle nuove generazioni? Per rispondere a questa domanda è necessario rivolgere lo sguardo all'esposizione degli adolescenti e dei giovani adulti alle conseguenze sociali e psicologiche della pandemia COVID-19 che sta emergendo in modo drammatico e chiama urgentemente in causa l'organizzazione dei sistemi sanitari, sociali ed educativi. Le rilevazioni degli accessi ai servizi per disturbi del sonno, comportamenti alimentari, ansia e depressione e disturbi dell'umore, atti di autolesionismo e tendenze suicidarie restituiscono uno scenario post pandemia che non si può sottovalutare (31). L'impatto negativo sul benessere scolastico e sugli apprendimenti derivanti dalla prolungata chiusura delle scuole per l'emergenza sanitaria e dalla necessità di sopperire con forme di didattica a distanza che hanno tra l'altro comportato un radicale cambiamento nelle forme abituali di relazione e interazione tra docenti e studenti e tra pari (32, 33), oltre a costituire un problema sociale ed economico, potrebbe incidere sulle traiettorie di salute e malattia delle

persone di questa generazione a seguito anche di una loro potenziale minore *health literacy*, competenza essenziale per utilizzare in modo appropriato i servizi e tutelare la propria salute (34).

Per queste ragioni, non si possono leggere i risultati emersi dall'indagine sui CF senza proiettarli sul panorama di salute che questa pandemia ha disvelato e che, al di là di alcuni tratti fortemente legati alle condizioni straordinarie di questo biennio 2020-2021, chiama in causa anche fattori e processi che sembrano in campo da ben più lungo tempo (35). Il post pandemia, per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle nuove generazioni, dovrà dunque innanzitutto preoccuparsi di accompagnarle nel processo di crescita e di riconoscere e accogliere il disagio, supportando attraverso un approccio complessivo ed evitando di "saldare il sintomo alla persona", riconoscendo e valorizzando, reindirizzandole, le risorse insite nei gruppi di adolescenti e dei giovani adulti, facilitando il tema della cooperazione, della solidarietà, del mutuo appoggio, della "opposizione" ecologica per la cura del territorio e del mondo (36). Territorio inteso quale insieme delle relazioni interumane nei processi di prendersi cura, quale luogo delle pratiche della salute, verso la valorizzazione della "varietà delle normalità" in cui esprimere i progetti di vita per dispiegare pienamente l'accesso e lo sviluppo delle *capabilities* (37, 38).

A riguardo l'ultimo Piano sull'Adolescenza (13), in continuità con i precedenti, in merito a ciò ha ribadito il ruolo dei CF per garantire la prevenzione del disagio e la promozione del benessere integrale dei soggetti in età evolutiva con un approccio di messa in rete dei servizi e di programmazione di interventi; sottolineando anche l'urgenza di riorganizzare i servizi intorno al nucleo centrale delle comunità territoriali, capaci di autonomia, responsabilità, forza rigenerativa e di investire nel capitale umano e sociale che esse producono. Nel medesimo documento viene inoltre evidenziata la possibilità di accesso diretto dei minori ai servizi a tutela della salute e del benessere, rinforzando una visione dell'adolescente come competente ad esprimere un bisogno di salute e portatore del diritto a che la propria richiesta riceva accoglienza. Centrale in questa visione è il concetto di *empowerment* quale processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità sviluppano competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente per migliorare l'equità e la qualità di vita (39, 40).

Alla luce di questa visione generale e dei risultati dell'Indagine, al fine di facilitare l'accesso ai CF da parte di questa fascia di popolazione appare indispensabile puntare alla riduzione delle differenze per area geografica nel numero di CF garantendo una maggiore disponibilità di spazi giovani e ideando strategie innovative per promuovere la loro conoscenza tra gli adolescenti e i giovani adulti. In questo potenziamento dei CF è auspicabile "un ritorno alle origini" promuovendo le attività/programmi rivolti agli adolescenti e ai giovani nell'ambito di modelli organizzativi che legano le "funzioni" consultoriali alle strutture sanitarie di base (a partire dai Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta), ai servizi sociali e educativi con un approccio orientato all'integrazione e al migliore coordinamento a livello aziendale/ distrettuale.

Il CF potrebbe quindi essere inteso in questa prospettiva come centro di regia degli interventi e dei servizi che nella loro riorganizzazione recuperi una piena integrazione delle dimensioni sociosanitaria, in quell'ottica dei servizi *youth friendly* (41) promossa dall'OMS che oltre ad una maggiore accessibilità e prossimità, rinnovi una comunicazione efficace per raggiungere le nuove generazioni ripensando anche i contesti di fruizione.

Nella valorizzazione del ruolo che i CF possono avere nella promozione della salute nelle scuole, se da una parte sembra necessaria una maggiore offerta di programmi d'intervento rivolti agli insegnanti, ai genitori e agli studenti, dall'altra è fondamentale che ciò avvenga adottando un approccio multisettoriale, integrandosi con gli altri servizi territoriali di prevenzione, assistenza e cura e con il terzo settore, e armonizzando le attività con i progetti di promozione della salute già presenti nelle scuole e nei Piani dell'Offerta Formativa (12). In questo ripensamento sarà necessario inoltre rileggere in prospettiva ecologica e post-sistemica le Life Skills promosse negli ultimi 30 anni dall'OMS ponendole al centro del patto «educativo», ridimensionandone l'ottica

socio-cognitiva individualista, enfatizzando i principi di cittadinanza critica e di consapevolezza ecologica; valorizzando le istanze sociali, di agency e di partecipazione alla vita e alla realtà politica dei territori e rinsaldando le prospettive di coesione sociale e di pari opportunità e “fratellanza” (42-44). Infatti la proposta di una *life skills education* sembra possedere i requisiti per collocarsi in modo appropriato in questo spazio riflessivo, di attenzione al soggetto e ai suoi compiti di sviluppo. Le *life skills* quali aree di esplorazione delle relazioni complesse tra una personalità in crescita e i compiti evolutivi che impegnano i soggetti nel corso dello sviluppo prendendo consapevolezza delle intersezioni tra *life skills* e *learning skills* in prossimità dei *touchpoint* critici del proprio sviluppo (44).

Parallelamente è auspicabile un rafforzamento del lavoro di équipe multiprofessionale e un’attenta valutazione dei bisogni formativi dei professionisti, le cui competenze risultano carenti in alcune aree, come emerge anche dalla lettura critica dei dati dell’Indagine e che andrebbero rinforzate e aggiornati i percorsi di studio. La formazione degli operatori dovrebbe tener conto anche della attuale complessità dei contesti di vita degli adolescenti e dei giovani e delle indicazioni circa l’efficacia, l’accessibilità e la capacità di engagement di programmi e servizi *youth friendly* (45). Fra i contesti di vita degli adolescenti e dei giovani adulti in cui è potenzialmente possibile incontrarli, occorre annoverare anche gli ambienti sociali digitali (social network), nei quali vivono le relazioni con i pari (46), e che inoltre rappresentano un canale informativo sui temi della gestione della propria salute, in particolare per ciò che concerne l’affettività e la sessualità (22) oltre a fornire modelli di comportamento e stili di vita. È quindi importante cogliere anche le opportunità di osservazione, incontro, dialogo e coinvolgimento che il web 2.0 ci offre (47, 48). A questo riguardo in alcuni contesti territoriali, anche italiani, sono nate sperimentazioni per avvicinare i servizi ai giovani e per favorirne il coinvolgimento utilizzando forme di comunicazione, linguaggi e strumenti innovativi (es. attraverso blog, siti tematici sulla salute sessuale e riproduttiva, portali dedicati, applicazioni per smartphone, sportelli di ascolto online, in alcuni casi gestiti dagli stessi giovani con il supporto dei servizi, ecc.) che hanno riportato sviluppi promettenti, ma sulle quali non ci sono ancora evidenze robuste relativamente all’efficacia come strumenti di promozione della salute (49).

Alla luce di queste considerazioni, nel ripensamento del ruolo dei CF a servizio degli adolescenti e dei giovani è necessario che venga fortemente sostenuto l’approccio partecipativo – identitario dei CF – in grado di intercettare le istanze e i bisogni degli adolescenti e dei giovani, attento ai contesti e alle culture locali, intrecciato e sensibile alla varietà delle risorse di salute nel territorio, in grado di sostenere l’autonomia dei progetti “di vita e salute” delle persone e delle comunità. In questa direzione appare centrale quindi, come raccomandato anche a livello internazionale (41), il coinvolgimento attivo degli adolescenti e dei giovani nelle azioni di programmazione, monitoraggio e nel fornire feedback sui servizi sanitari a loro rivolti.

Le azioni di promozione dell’*empowerment* tanto auspicate non devono e non possono essere calate dall’alto (40), ma partire da un’attenta analisi del contesto, dei vincoli e delle risorse disponibili ed essere costruite insieme alle persone e alle comunità a cui sono rivolte, attraverso una partecipazione attiva e consapevole, tramite la costituzione di spazi di elaborazione sociale, di lettura dei bisogni che potrebbero configurare veri e propri patti educativi nel territorio esercitando una responsabilità in una “rete”, che non può che vedere il consultorio come “nodo tra i nodi”, dotata di potere, responsabilità (*accountability*) e risorse che la rendano un soggetto credibile e con autonoma capacità di implementazione.

In conclusione in questo “nuovo mondo” che la recente pandemia ha ridisegnato e restituito, appare oggi necessario ribadire una visione della salute fortemente orientata a promuovere le risorse di sviluppo a livello individuale, familiare, di comunità e non solo a prevenire la malattia o “tutelare” la salute. Occorre dimostrarsi capaci di mettersi in ascolto, osservare e accogliere gli adolescenti e i giovani adulti, promuovendo la liberazione delle energie creative, individuali e

collettive, dello sviluppo per la costruzione condivisa di nuove norme e valori. Una sfida ma anche un'eccezionale opportunità da cogliere riconoscendo negli adolescenti e nei giovani un capitale umano per rinnovare la società promuovendo le istanze dell'agire collettivo, della socializzazione delle opportunità, della promozione delle potenzialità trasformative "divergenti" e della creatività sociale proprie di questa età della vita. Nella programmazione futura dell'organizzazione dei servizi territoriali, i CF possono quindi rappresentare il crocevia per l'incontro tra le varietà delle titolarità sanitarie, sociali, educative formali e informali entro un approccio centrato sullo sviluppo di comunità e sul *self-empowerment*.

Bibliografia

1. Lloyd CB. *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries*. Washington, DC: The National Academies Press, 2005.
2. Blos P. *L'adolescenza come fase di transizione*. (trad. it.). Roma: Armando; 1988.
3. Nicolò AM, Zavattini GC. *L'adolescente e il suo mondo relazionale*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1992.
4. WHO and International Longevity Center-UK. *A life course approach to health*. Geneva: World Health Organization; 2000. Disponibile all'indirizzo: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69400/WHO_NMH_HPS_00.2_eng.pdf;jsessionid=CD9CE1990FC26537BA7BFFBB4EEFF93E?sequence=1 ultima consultazione 09/03/2022
5. World Bank. *World Development Report 2007. Development and the next generation*. Washington, DC: The World Bank; 2006.
6. World Health Organization. *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2017.
7. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015. (A/RES/70/1) Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>; ultima consultazione 20/10/2020.
8. World Health Organization. *Survive, Thrive, Transform. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). 2018 monitoring report: current status and strategic priorities*. Geneva: WHO; 2018.
9. Ross DA, et al. Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. *Journal of Adolescent Health* 2020;67(4):472-6.
10. Commissione europea. *Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni. Strategia dell'UE sui diritti dei minori*. Bruxelles: Commissione Europea; 2021. (COM(2021) 142 final)..
11. Commissione Europea. *Proposta di raccomandazione del Consiglio che istituisce una garanzia europea per l'infanzia. {SWD(2021) 62 final}*. Bruxelles: Commissione Europea; 2021. COM(2021) 137 final 2021/0070 (NLE).
12. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultima consultazione 09/03/2022.
13. Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. *5° Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*. Roma: Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://famiglia.governo.it/media/2360/5-piano-infanzia-e-adolescenza.pdf>; ultima consultazione 31/03/2022

14. Azzopardi PS, Hearps SJC, Francis KL, *et al.* Progress in adolescent health and wellbeing: tracking headline indicators for 195 countries and territories, 1990-2016. *Lancet* 2019;393(10176):1101-18.
15. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
16. World Health Organization. *Spotlight on adolescent health and well-being*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
17. UNICEF. *Condizione dell'infanzia nel mondo. Nella mia mente: promuovere, tutelare e sostenere la salute mentale dei bambini e dei giovani*. Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF; 2021.
18. Longo R. *Effetti della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti*. Grugliasco (TO): Dors- Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3548>; ultima consultazione 09/03/2022.
19. Italia. Legge 29 luglio 1975 n. 405. Istituzione dei consultori familiari. *Gazzetta Ufficiale* 27 agosto 1975, n. 227.
20. World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund. *The reproductive health of adolescents: a strategy for action/a joint WHO/UNFPA/UNICEF statement*. Geneva: World Health Organization; 1989. Disponibile all'indirizzo https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39306/9241561254_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ultima consultazione 09/03/2022.
21. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta Ufficiale* n.131 Suppl. Ord. n. 89, 7 giugno 2000
22. Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Pierannunzio D, Lauria L, Pizzi E. Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi. In: Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 6-28.
23. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000 (Rapporti ISTISAN 00/7).
24. Braibanti P. *Pensare la salute*. Milano: FrancoAngeli; 2002.
25. Grasso M, Castando R, Cordella B, Osbat MG. La qualità dell'esperienza scolastica: aree d'intervento per lo psicologo clinico. In: Grasso M. (Ed). *Modelli e contesti dell'intervento psicologico*. Roma: Edizioni Kappa; 2001. p. 175-306.
26. Gius E (Ed.). *Centri di informazione e consulenza. Una nuova opportunità per la scuola*. Milano FrancoAngeli; 1995.
27. Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. *Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute*. Roma: Ministero della Salute e MIUR; 2019. Disponibile all'indirizzo https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf; ultima consultazione 09/03/2022.
28. World Health Organization. *Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school*. WHO, Geneva; 2003.
29. National Institute on Drugs Abuse. *Preventing Drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Bethesda, MD: US Department of health and human services; 2003.
30. Leone L, Celata C. *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: Sole 24 Ore; 2006.
31. Save the Children. *I giovani ai tempi del coronavirus*. Roma: Save the Children; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/i-giovani-ai-tempi-del-coronavirus.pdf>; ultima consultazione 09/03/2022

32. Fondazione Agnelli. *La DaD nell'anno scolastico 2020-21: una fotografia. Il punto di vista di studenti, docenti e dirigenti*. Torino: Fondazione Agnelli; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.fondazioneagnelli.it/2021/07/09/la-dad-alle-scuole-superiori-nellanno-scolastico-2020-21-una-fotografia/>; ultima consultazione 09/03/2022.
33. INVALSI. *Rilevazioni Nazionali degli apprendimenti 2020-21. I risultati in breve delle prove INVALSI 2021*. Roma: Istituto nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e formazione; 2021. Disponibile all'indirizzo https://invalsi-areaprove.cineca.it/docs/2021/Rilevazioni_Nazionali/Rapporto/14_07_2021/Sintesi_Primi_Risultati_Prove_INVALSI_2021.pdf; ultima consultazione 09/03/2022.
34. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD (Ed.). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponibile all'indirizzo <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>; ultima consultazione 09/03/2022.
35. Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. *Covid-19 e Adolescenza. Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, Gruppo emergenza COVID-19*. Dipartimento per le politiche della famiglia, Presidenza del Consiglio dei Ministri e Istituto degli Innocenti; 2021. Disponibile all'indirizzo https://famiglia.governo.it/media/2362/covid-e-adolescenza_report_maggio2021.pdf; ultima consultazione 09/03/2022.
36. Morin J. *La fraternità, perché? Resistere alla crudeltà del mondo*. Roma: Editrice AVE; 2020.
37. Ceruti M, Bellusci F. *Abitare la complessità: La sfida di un destino comune*. Milano: Mimesis; 2020.
38. Sen A. *Commodities and capabilities*. Amsterdam: North-Holland; 1985.
39. Zimmerman MA. Empowerment theory. Psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E (Ed.). *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000. p. 43-63.
40. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
41. World Health Organization. *Fact Sheet – What's new in adolescent treatment and care*. Geneva: WHO; 2015. Disponibile all'indirizzo https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204460/WHO_HIV_2015.45_eng.pdf;sequence=1?msckid=0ec8dad6b2a811ecbb6b5fff2d78a031; ultima consultazione 09/03/2022.
42. World Health Organization. Division of Mental Health. *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev*. Geneva: World Health Organization; 1994. Disponibile all'indirizzo <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>; ultima consultazione 09/03/2022.
43. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP. *Il modello "Skills for Life" 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola*. Milano: Franco Angeli; 2004.
44. Braibanti P. Autonomia scolastica e riflessività. *Ricerche di Psicologia* 2016;3:379-88.
45. Adolescent Health Initiative-Michigan Medicine. *Starter guide. Youth-Friendly Services*. Ann Arbor, MI: AHI, University of Michigan; 2017. Disponibile all'indirizzo <https://umhs-adolescenthealth.org/wp-content/uploads/2017/12/youth-friendly-services-starter-guide.pdf>; ultima consultazione 09/03/2022.
46. Nardone P, Ciardullo S, Pierannunzio D, et al. *La Sorveglianza HBSC 2018 – Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020.
47. Yonker LM, Zan S, Scirica CV et al. "Friending" teens: systematic review of social media in adolescent and young adult health care. *J Med Internet Res* 2015 5;17(1):e4.

48. Tosco E. *Web 2.0, adolescenti e Promozione della Salute. Istantanee n. 3*. Grugliasco (TO): Dors-Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte; 2015. Disponibile all'indirizzo <https://www.dors.it/documentazione/testo/201811/Web%202.0%20Adolescenti.pdf>; ultima consultazione 09/03/2022.
49. Balatsoukas P, Kennedy C, Buchan M, *et al*. The role of social network technologies in online health promotion: a narrative review of theoretical and empirical factors influencing intervention effectiveness. *Journal of Medical Internet Research* 2015;17(6):e141.

PERCORSO NASCITA

Serena Donati

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il miglioramento della salute materna e l'accesso all'assistenza alla nascita fanno parte degli obiettivi promossi dalle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile del 2030 (1). Anche i Paesi ad alto reddito sono chiamati all'azione per assicurare il raggiungimento del più elevato livello di salute e benessere per donne e neonati e prevenire le morti materne e perinatali evitabili. Due sono le aree d'azione identificate in questi Paesi: l'*accountability* intesa come impegno e capacità di migliorare e armonizzare il monitoraggio e il reporting dei dati affinché ogni morte materna e perinatale sia visibile e diventi oggetto di revisione critica e la ricerca e innovazione intese come la capacità di legare i risultati della ricerca alle politiche e all'azione.

In Italia, la nascita è la prima causa di ricovero ospedaliero e le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) sono i flussi sanitari che meglio permettono di descriverne le caratteristiche. A livello nazionale, le azioni volte a promuovere l'*accountability* sono state rafforzate grazie al contributo di diverse istituzioni. La promozione della qualità e completezza dei flussi sanitari, compreso l'aggiornamento del tracciato record del CedAP e il potenziamento delle procedure di linkage tra flussi sanitari sono esempi di miglioramento e armonizzazione del monitoraggio e *reporting* dei dati. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) contribuisce da decenni al raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile in tema di ricerca e innovazione svolgendo un ruolo di coordinamento delle attività di sorveglianza e ricerca di salute pubblica in ambito ostetrico e perinatale con la finalità di garantire un osservatorio nazionale in grado di mettere a disposizione dei decisori, dei professionisti sanitari e dei cittadini evidenze utili al miglioramento della qualità dell'assistenza al percorso nascita (2). Le indagini campionarie coordinate periodicamente dall'ISS dagli anni Novanta del secolo scorso (3-6), in collaborazione con i Consulenti Familiari (CF) e i punti nascita del Paese, hanno permesso di rilevare aspetti che sfuggono alla rilevazione dei flussi sanitari, dando voce alle donne che vivono l'esperienza della nascita in Italia e contribuendo al miglioramento della qualità assistenziale. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), cui Michele Grandolfo ha contribuito in maniera determinante in rappresentanza dell'ISS, nel 2000 ha posto le basi per la prima programmazione delle attività che i Consulenti familiari sono tenuti ad offrire per l'assistenza al percorso nascita, arrivando a delineare a livello azienda azioni, professionisti, carichi di lavoro e indicatori di valutazione. Dal 2008 l'*Italian Obstetric Surveillance System* (ItOSS) coordina il sistema di sorveglianza della mortalità materna che ha permesso di rilevare un 60% di sottostima del fenomeno e di descriverne cause, fattori di rischio e trend temporali (7, 8); ha coordinato il progetto pilota di Sorveglianza della mortalità Perinatale SPitOSS che ha permesso di validare un modello operativo implementabile nel Paese (9) e realizza progetti di ricerca sulla grave morbosità materna con l'obiettivo di migliorare le pratiche assistenziali in caso di emergenze ostetriche (es. emorragie, sepsi, eclampsia) (10). Durante la pandemia da COVID-19, la rete coordinata da ItOSS ha permesso di raccogliere dati prospettici *population-based* sulla infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza e al parto in tutti i punti nascita del Paese (11-14). L'ISS coordina anche il sistema di sorveglianza 0-2 anni e un progetto di ricerca sul tema dei primi 1000 giorni di vita (15) e, sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), sviluppa linee guida *evidence-based* sull'assistenza al percorso nascita. La linea guida "Gravidanza fisiologica" è stata utilizzata come riferimento per l'aggiornamento nazionale dei LEA (Livelli Essenziali di

Assistenza) (16), la linea guida “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole” ha facilitato la disseminazione di raccomandazioni *evidence-based* sull’appropriatezza delle indicazioni al cesareo (17) e la più recente “Emorragia del post partum: come prevenirla, come curarla” ha contribuito al miglioramento della gestione delle emergenze emorragiche che sono la prima causa di mortalità e grave morbosità materna in Italia (18).

A fronte di buoni esiti materni e neonatali, confermati dai bassi tassi di incidenza della mortalità materna (9/100.000 nati vivi) e perinatale (4/1000 nati), l’assistenza al percorso nascita in Italia presenta ancora ampi spazi suscettibili di miglioramento che riguardano l’organizzazione e l’appropriatezza delle cure e la cultura sociale della maternità. Le raccomandazioni sulla nascita, pubblicate dall’OMS nel 2018, sottolineano infatti come l’assistenza alla gravidanza, parto e puerperio debba essere rispettosa non solo delle evidenze scientifiche ma anche dei valori personali e socio-culturali della donna (19). Appare pertanto urgente recuperare appropriatezza nell’uso delle risorse per promuovere la qualità delle cure e mantenere l’universalità dell’accesso all’assistenza sanitaria in gravidanza. La grande variabilità, rilevata per area geografica tra regioni e all’interno delle stesse regioni, di indicatori robusti come la percentuale di cesarei (range interregionale 18,9-43,8%) (20) e il rapporto di mortalità materna (range interregionale 6-12/100.000 nati vivi) (2) e perinatale (range interregionale 3-5/1000 nati) (21) rappresenta infatti un elemento di criticità meritevole di attenzione in quanto indicativo di diseguglianze. La rete assistenziale territoriale e ospedaliera che ha la responsabilità di offrire l’assistenza al percorso nascita nel Paese necessita di una riorganizzazione capace di conciliare i bisogni delle donne/coppie con la denatalità, la crisi delle professioni sanitarie e la sostenibilità del sistema. Il nuovo modello assistenziale richiede una politica di sanità pubblica che sappia governare i processi per il cambiamento con azioni il cui impatto possa essere valutato.

Il contesto socio-culturale che ha caratterizzato i comportamenti di salute negli ultimi decenni in Italia è cambiato e ha promosso un eccesso di medicalizzazione dell’assistenza, autoalimentato dalla medicina difensiva. In ambito ostetrico l’offerta di un percorso assistenziale eccessivamente medicalizzato a tutte le donne, comprese quelle sane, è stata dominante impedendo la garanzia di una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile, come raccomandato dall’OMS. Questo approccio ha alimentato il rischio di inappropriata clinica, un aumento ingiustificato dei costi e la promozione di dipendenza e perdita di controllo nei processi decisionali da parte delle donne. La nascita non è cambiata nella sua dimensione biologica, quanto nei significati ad essa attribuiti, sia a livello sociale che individuale. Negli ultimi anni il modello bio-medico, che ha promosso la tecnologia ostetrica quale garanzia di sicurezza, è stato messo in discussione a favore di un modello biopsicosociale, sostenuto fortemente dai Consultori familiari, volto a promuovere la partecipazione consapevole delle donne nell’esperienza della maternità. Le aspettative e le scelte delle donne in gravidanza sono infatti fortemente condizionate dal contesto socio-culturale e dall’organizzazione dell’assistenza.

In termini regolatori, le linee programmatiche, elaborate dal Ministero della Salute e approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, includono: le “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” del dicembre 2010 (22); il DM 70/2015 che regola la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (23); e le “Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO): Aree funzionali per le gravidanze BRO e gestione autonoma BRO in UU.OO. di ostetricia e ginecologia” licenziate nel 2018 dal Comitato Percorso Nascita nazionale (24). La promozione di misure volte a sviluppare modelli di riorganizzazione dei servizi per promuovere l’appropriatezza nell’assistenza al percorso nascita è una delle azioni condivise e prioritarie dei documenti ministeriali. Accanto a misure precipuamente rivolte al contenimento dei tagli cesarei,

sono previsti interventi di riprogrammazione dell'offerta e di de-medicalizzazione dell'assistenza al percorso nascita. Vengono promossi il riconoscimento dell'autonomia professionale dell'ostetrica nella gestione della gravidanza e del parto fisiologici, la sperimentazione di modelli assistenziali integrati ospedale-territorio e differenziati in base alla valutazione dinamica del rischio delle gravidanze e azioni volte all'educazione professionale continua a sostegno di pratiche assistenziali di comprovata appropriatezza. Non sono disponibili indicazioni programmatiche nazionali altrettanto articolate e di recente elaborazione per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza territoriale al percorso nascita e il ruolo dei CF. La Legge 34 del 1996, il POMI del 1998-2000 (25) e nuovi LEA del 2017 sono i documenti di riferimento per gli standard raccomandati e le aree strategiche di attività dei CF e per la definizione dei loro requisiti organizzativi e indicatori di valutazione. Negli ultimi anni è tuttavia emerso un rinnovato interesse per i CF e per il loro ruolo nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita come testimoniato da uno specifico richiamo nei nuovi LEA e dal Piano Nazionale Fertilità (26) per la salute riproduttiva e, non ultimo, dal presente progetto di ricerca sui CF promosso e finanziato grazie alle Azioni Centrali dei progetti CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) del Ministero della Salute.

Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS, ha permesso di fotografare l'insieme delle attività di prevenzione e promozione della salute che gli oltre 1800 CF, distribuiti sull'intero territorio nazionale, offrono alle donne con un approccio *life-course* dall'inizio della vita sessuale e riproduttiva alla menopausa. Per quanto riguarda il percorso nascita, l'indagine ha evidenziato che il 90% dei CF prende in carico e assiste le donne durante l'intero percorso, dall'epoca pre-concezionale al primo anno di vita del bambino. La gravidanza e il parto sono eventi caratterizzati da una interazione flessibile della donna con il sistema sanitario. Nella maggioranza dei casi è sufficiente accompagnare la donna per mantenere lo stato di salute, talvolta occorrono interventi terapeutici di intensità variabile fino ai rari casi di situazioni a conduzione complessa con compartecipazione di più servizi. L'offerta dei CF prevede il coinvolgimento di diversi professionisti – ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale – in grado di rispecchiare la dinamicità di questo processo assistenziale garantendo le professionalità dotate delle competenze per fornire protezione della normalità, individuare lo scostamento dalla fisiologia e coordinare il percorso diagnostico fornendo l'approccio terapeutico appropriato o indirizzare la donna a un servizio di livello superiore in caso di gravidanza a rischio. La rete integrata di assistenza alla donna durante la gravidanza fisiologica prevede la collaborazione dell'ostetrica, che rappresenta la figura di riferimento per la fisiologia, del medico di medicina generale, dei consultori e delle altre strutture territoriali anche per affrontare in maniera integrata e multidisciplinare eventuali bisogni sociali complessi come quelli delle donne che vivono in povertà, delle donne di recente immigrazione o delle donne soggette a violenza domestica o dipendenze patologiche (16). I dati dell'indagine evidenziano una discreta variabilità per area geografica nell'offerta dell'assistenza in gravidanza che penalizza le donne residenti al Sud del Paese dove i consultori consegnano meno spesso (66%) la "cartella della gravidanza" rispetto a quelli del Nord (92%), prenotano meno frequentemente (50%) le ecografie ostetriche rispetto al Centro (68%) e inviano la gestante a un punto nascita di riferimento meno spesso (74%) rispetto a quanto accade nelle regioni del Nord (89%). Circa il 75% dei CF organizza i Corsi/Incontri di Accompagnamento alla Nascita (CAN/IAN) in un numero compreso tra 2 e 6 corsi ogni 100 nati vivi. La forte variabilità nel numero di corsi offerti non risulta associata al gradiente Nord-Sud quanto alla disponibilità della figura delle ostetriche nei CF. Al crescere del numero di ore lavorative delle ostetriche rispetto allo standard raccomandato, aumenta il numero dei IAN organizzati ogni 100 nati vivi. Gli IAN sono un patrimonio culturale dei CF che, anche grazie alla disponibilità di una équipe multi-professionale, hanno una lunga tradizione nella promozione e offerta di questa opportunità volta a facilitare e sostenere la capacità delle donne di

operare scelte informate e rispettose dei loro bisogni e valori durante il percorso nascita. Il rapporto descrive nel dettaglio l'organizzazione degli IAN, le modalità e i contenuti dell'offerta, le figure professionali coinvolte e l'integrazione con quelle dei punti nascita di riferimento territoriale, oltre alle attività volte a facilitare la partecipazione delle donne di cittadinanza straniera che sono responsabili del 21% delle nascite in Italia, confermando i CF quali sedi elettive per la loro offerta e implementazione. L'estrema variabilità rilevata a livello territoriale nella dotazione di sedi e personale, nei modelli operativi adottati per l'offerta dell'assistenza al percorso nascita – compresa la rete di accordi formali con punti nascita, servizi sociali, centri anti violenza, dipartimenti di salute mentale e terzo settore – ha permesso di toccare con mano come l'adesione delle donne ai percorsi assistenziali dei CF sia fortemente correlata alla quantità e qualità della loro offerta assistenziale.

Grazie all'accesso diretto, all'approccio olistico alla salute e all'attenzione ai suoi determinanti psico-sociali da parte di un team multi-professionale esperto nella promozione della salute, i CF offrono assistenza dall'epoca pre-concezionale al puerperio, in integrazione con gli altri servizi territoriali e con i punti nascita. Gli aspetti emersi come critici per quanto riguarda l'assistenza al percorso nascita includono il persistere delle disuguaglianze legate alla variabilità nelle modalità assistenziali per area geografica e tra regioni, con frequente penalizzazione del Sud del Paese, e delle disuguaglianze legate alle condizioni di deprivazione sociale responsabili di minori capacità di cogliere le opportunità assistenziali tra le donne meno istruite e di cittadinanza straniera. Le attività assistenziali emerse come meno consolidate tra quelle offerte dai CF includono l'offerta del *counselling* pre-concezionale e la disponibilità di un protocollo di valutazione del rischio psicosociale prima e dopo il parto. Questa opportunità viene offerta solo dal 17% dei CF del Sud, dal 40% di quelli del Centro e dal 63% di quelli del Nord. Il periodo dopo il parto è una fase speciale della vita della donna e del bambino che coinvolge aspetti personali e sociali. È caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali e coincide con l'acquisizione di un nuovo ruolo e identità, specialmente per le mamme alla prima esperienza. Tutto questo richiede buone capacità di adattamento, specialmente oggi che le famiglie allargate e il sostegno da parte della comunità di appartenenza diventano sempre più rari. I CF sono servizi in grado di intercettare la complessità di questi bisogni e di offrire assistenza individuale e di gruppo, anche attraverso gli incontri di mamme in puerperio. L'indagine ha permesso di rilevare un forte consolidamento delle azioni di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e un aumento dell'offerta attiva di un contatto dopo il parto. il 92% dei CF offre un incontro in puerperio presso il CF, il 77% un contatto telefonico e il 54% una visita domiciliare.

Le periodiche indagini campionarie che l'ISS ha realizzato a partire dagli anni '90, in collaborazione con i CF e i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, hanno permesso di rilevare una crescente offerta di attività a sostegno dell'assistenza al percorso nascita e un livello di soddisfazione costantemente pari o superiore all'80% espresso dalle donne che si sono rivolte ai CF per l'assistenza alla gravidanza, per frequentare i CAN/IAN, o in puerperio (6).

In conclusione i CF, distribuiti sull'intero territorio nazionale, rappresentano una risorsa strategica nella programmazione dell'offerta assistenziale al percorso nascita da parte del Servizio Sanitario Nazionale. In prospettiva occorre programmare un completamento e una riorganizzazione della loro rete, anche attraverso la rivisitazione degli assetti organizzativi in cui sono incardinati. Alla luce dei dati raccolti appare urgente prediligere una visione dipartimentale di sistema in grado di definire strategie operative e assolvere a compiti di programmazione, valutazione e formazione prevedendo responsabilità di funzioni, obiettivi, risorse e autonomia gestionale anche attraverso la disponibilità di Unità Operative Complesse consultoriali.

L'obiettivo di rivisitazione della programmazione e organizzazione della rete territoriale dedicata all'assistenza al percorso nascita richiede investimenti e azioni in grado di garantire:

- il rafforzamento degli organismi regionali di coordinamento dei CF per definire modelli assistenziali integrati territorio-ospedale-territorio che valorizzino il ruolo dei CF e prevedano il completamento delle sedi e delle équipes consultoriali, nel rispetto degli standard raccomandati;
- la promozione di un modello organizzativo che, come previsto dalle linee guida e dai riferimenti normativi cogenti, riconosca autonomia professionale all’ostetrica nella gestione della gravidanza e parto fisiologici con opportuno potenziamento delle figure ostetriche nelle équipes consultoriali;
- l’integrazione con i punti nascita di riferimento prevedendo procedure assistenziali e criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale condivisi da parte di team multi-professionali;
- l’investimento in percorsi di formazione/aggiornamento professionale del personale sociosanitario, alla luce dei bisogni formativi rilevati nelle singole realtà assistenziali;
- la promozione di una cultura della valutazione e l’adozione di un flusso informativo dedicato che consenta il monitoraggio e la valutazione delle attività e della capacità dei CF di rispondere ai bisogni delle donne che affrontano il percorso nascita e che permetta di sostenere la gestione dei percorsi integrati.

La definizione e implementazione di progetti pilota a sostegno del possibile cambiamento potrebbe rappresentare una strategia utile avvalendosi delle esperienze virtuose già in essere nel Paese che coinvolgono i CF quale servizio strategico per l’assistenza alla gravidanza fisiologica. Ricordiamo, a titolo di esempio, il modello operativo dell’Emilia-Romagna a forte integrazione territorio-ospedale e consolidato negli anni grazie a virtuosi investimenti nella formazione del personale, affiancati da reti integrate di assistenza e da un solido sistema informativo in grado di assicurare monitoraggio e valutazione (27) e quello della PA di Trento centrato sulla figura dell’ostetrica territoriale che ha permesso di fronteggiare prontamente l’emergenza dovuta alla pandemia da COVID-19 (28).

I tempi per un DM 70 del territorio sono maturi e linee programmatiche nazionali per le attività dei CF potrebbero rappresentare un’ulteriore occasione di crescita a sostegno dell’appropriatezza assistenziale nei primi 1000 giorni di vita. Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 del Ministero della Salute (29) investe infatti su politiche coordinate e sull’integrazione tra ospedale e territorio, promuovendo un approccio di promozione della salute che è insito nel DNA dei consultori.

Il miglior coronamento dello sforzo informativo che migliaia di referenti regionali, distrettuali, aziendali e di singola sede consultoriale hanno garantito fornendo le informazioni richieste in occasione di questo progetto di ricerca consiste nella possibilità di tradurre la conoscenza acquisita in azioni volte a valutare gli esiti dei modelli organizzativi che le analisi hanno consentito di descrivere nel dettaglio. Il Ministero della Salute, che ha promosso e sostenuto questa indagine, potrà auspicabilmente promuovere in futuro azioni di ricerca-intervento finalizzate a valutare gli esiti di interventi per il miglioramento dell’assistenza al percorso nascita che prevedano un maggiore coinvolgimento del territorio e della rete dei CF, in integrazione con i punti nascita.

Bibliografia

1. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development*. New York: United Nations: 2015. (A/RES/70/1) Disponibile all’indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>; ultima consultazione 20/10/2020.

2. Maraschini A, Dell’Oro S, Lega I, D’Aloja P; Regional Maternal Mortality Working Group. The way to move beyond the numbers: the lesson learnt from the Italian Obstetric Surveillance System. *Ann Ist Super Sanita*. 2019;55(4):363-370. doi:10.4415/ANN_19_04_10
3. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L’assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Istit Super Sanità* 1999; 35(2):289-296.
4. Grandolfo ME, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. Disponibile all’indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/percorso-nascita>; ultima consultazione 05/04/2022.
5. Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità;2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).
6. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).
7. Donati S, Maraschini A, Lega I, D’Aloja P, Buoncristiano M, Manno V; Regional Maternal Mortality Working Group. Maternal mortality in Italy: results and perspectives of record-linkage analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018 Jun 28. doi: 10.1111/aogs.13415
8. Dell’Oro S, Maraschini A, Lega I, D’Aloja P, Andreozzi S, Donati S (Ed.). Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della Mortalità Materna. *Not Ist Super Sanità* 2019;32(Suppl. 1, n. 1-2). 69 p
9. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Rapporto Osservasalute 2018*. Milano: Università del Sacro Cuore; 2018. Disponibile all’indirizzo: <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/05/ro-2018-approfondimenti.pdf>; ultima consultazione 05/04/2022.
10. Donati S, Maraschini A, Lega I, D’Aloja P; Maternal near miss due to postpartum haemorrhage: Prospective population-based data from the 2014–2016 Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019;234:e154. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.497>
11. Donati S, Corsi E, Maraschini A, Salvatore MA; the ItOSS- COVID-19 Working Group. The first SARS-CoV-2 wave among pregnant women in Italy: results from a prospective population-based study. *Ann Ist Super Sanita* 2021; 57 (4): 272-285.
12. Donati S, Corsi E, Maraschini A, Salvatore MA; ItOSS- COVID-19 working group. SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women and impact of different viral strains on COVID-19 severity in Italy: a national prospective population-based cohort study. *BJOG* 2022;129 (2):221-31.
13. Donati S, Corsi E, Salvatore MA, *et al*. Childbirth Care among SARS-CoV-2 Positive Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18 (8): 4244.
14. Corsi E, Maraschini A, Perrone E, Salvatore MA, D’aloja P, Donati S; Gruppo di lavoro ItOSS COVID-19. La preparedness dell’Italian obstetric surveillance system in occasione della pandemia da SARS-CoV-2: aspetti metodologici di uno studio di popolazione. *Epidemiol Prev* 2020;44(5-6 Suppl 2): 81-7.
15. Pizzi E, Spinelli A, Battilomo S, *et al*. I determinanti di salute nella prima infanzia: la sperimentazione di un nuovo sistema di sorveglianza in Italia. The health determinants in young children: testing a new surveillance system in Italy. *Epidemiol Prev* 2019;43(1):66-70. doi: 10.19191/EP19.1.P66.022
16. SNLG-ISS. *Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Linea guida 20). Disponibile all’indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/itoss/LineeGuida>; ultima consultazione 05/04/2022.
17. SNLG-ISS. *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Linea guida 19). Disponibile all’indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1330_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.

18. SNLG-ISS. *Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Linea guida 26). Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/SNLG_EPP-2016web_corrige.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
19. WHO. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018.
20. Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica. *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2017*. Roma: Ministero della Salute; 2020.
21. ISTAT. *Annuario Statistico Italiano, 2019*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files/2019/12/Asi-2019.pdf>; ultima consultazione 05/04/2022.
22. Accordo 16 dicembre 2010 «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.13 del 18 gennaio 2011.
23. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale* 4 giugno 2015, n. 127)
24. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Comitato Percorso Nascita Nazionale. *Linee di Indirizzo per la Definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*. Roma: Ministero della Salute; 2017. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2836_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
25. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta Ufficiale* n.131 Suppl. Ord. n. 89, 7 giugno 2000.
26. Ministero della Salute. *Piano Nazionale per la Fertilità "Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro"*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2367_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
27. Giunta Regione Emilia-Romagna. Indicazioni alle aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica (DGR 1097/2011), 2011
28. Zambri F, Masè C, Marchetti F, Sforzin S, Chiodega V, Giusti A. Percorso Nascita e nuovi modelli organizzativi in epoca COVID-19: l'esperienza della Provincia Autonoma di Trento. In: *Atti del XLIV Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*; 2-6 novembre 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://xlive.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/10/POSTER-AIE-F.-Zambri.pdf> ultima consultazione 05/04/2022.
29. Ministero della Salute. *Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.

CONSULTORI FAMILIARI E ACCOMPAGNAMENTO ALLA GENITORIALITÀ

Enrica Pizzi (a), Leonardo Speri (b), Giuseppina Di Lorenzo (c)

(a) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Già Responsabile Scientifico Programma Nazionale GenitoriPiù, AULSS 9 Scaligera, Verona*

(c) *UOC Coordinamento Integrato Materno Infantile, ASL Napoli 3 Sud*

Politiche internazionali e nazionali a supporto della genitorialità

I più recenti documenti d'indirizzo internazionali sottolineano l'importanza del supporto alla genitorialità nei primi anni di vita in termini di vera e propria policy di sanità pubblica (1). Le evidenze scientifiche disponibili evidenziano infatti come rilevanti problemi di salute del bambino e dell'adulto sono prevenibili mediante semplici azioni realizzabili nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi anni di vita, epoche della vita tra le più importanti per lo sviluppo mentale e fisico della persona (2).

Lo sviluppo delle potenzialità del bambino, nell'immediato e per il futuro, è garantito da condizioni favorevoli che vengono a crearsi già prima del concepimento, durante la gravidanza e nella primissima infanzia, attraverso la combinazione di fattori genetici, ambientali, socioeconomici, psicologici e comportamentali, confermando l'importanza di riconoscere la forte interdipendenza tra il bambino e l'ambiente di vita (3, 4).

Le figure primarie, genitori e altri adulti di riferimento, e l'ambiente hanno un ruolo cruciale per favorire il pieno sviluppo delle potenzialità del bambino; i programmi d'intervento devono quindi avere la finalità di supportare le pratiche genitoriali nell'ambiente in cui i bambini crescono (5).

In questi ultimi anni a livello internazionale tramite il documento "Nurturing Care Framework per lo sviluppo infantile precoce" (*Early Child Development, ECD*), elaborato da OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), Banca mondiale con il supporto della *Partnership for Maternal, Newborn & Child Health* (PMNCH) e l'*Early Childhood Development Action Network* (ECDAN), sono state fornite indicazioni e raccomandazioni su come investire nelle prime epoche della vita, a partire dalla gravidanza fino al terzo anno di vita affinché ogni bambino abbia il miglior inizio possibile per la sua vita individuando 5 componenti: buono stato di salute, alimentazione adeguata, genitorialità responsiva, protezione e sicurezza, opportunità di apprendimento precoce, (1).

Il *Nurturing Care Framework* è parte della Strategia Globale per la Salute di Donne, Bambini e Adolescenti (6) alla base degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (7) nella consapevolezza che solo interventi precoci e multisettoriali possono garantire il pieno dispiegamento delle capacità affettive e di cura genitoriali e lo sviluppo delle potenzialità del bambino grazie a cure adeguate e un'educazione prescolare di qualità, con una prospettiva di contrasto alle disuguaglianze che in assenza di programmi mirati, sembrano destinate ad amplificarsi anche nelle generazioni future.

Per la promozione dell'ECD è richiesto il rafforzamento del raccordo tra genitori, famiglie, servizi socio- sanitari per la prima infanzia e comunità locali. A riguardo l'OMS tramite le linee guida "Improving Early Child Development: WHO Guideline" (8), destinate a decisori, sistemi

sanitari ed educativi nazionali e sub-nazionali, professionisti sanitari, ONG e attori delle comunità locali, ha individuato le aree d'intervento prioritarie per un adattamento al contesto europeo della *nurturing care* fornendo indicazioni *evidence-based* per promuovere la salute nella prima infanzia al fine di raggiungere il pieno sviluppo del potenziale umano.

In un'ottica di supporto alla genitorialità fragile e di contrasto alle disuguaglianze in età precoce, l'OMS nel 2006 ha divulgato le linee guida sull'*home visiting* (9) quale strumento cruciale per identificare in maniera precoce eventuali segnali di disagio intrafamiliare pregiudizievoli per il pieno sviluppo del bambino, a partire dal puerperio fino ai primi anni di vita teso alla massima valorizzazione delle risorse del nucleo familiare come dimostrato da diversi studi (10).

In Italia il documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del Ministero della Salute (11), acquisendo le evidenze scientifiche e le raccomandazioni internazionali, ribadisce l'importanza di favorire una genitorialità consapevole e di costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti. A questo si affianca il recente Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 con le sue declinazioni a livello regionale, che ribadisce l'importanza dell'approccio *life-course* a partire dalla fase pre-concezionale con un investimento sugli interventi precoci (12).

L'importanza di potenziare programmi d'intervento rivolti a questa fascia di popolazione appare quanto mai urgente, se si considera che a livello globale si stima che 250 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni (43%) siano a rischio di non raggiungere il loro potenziale di sviluppo nei primi anni di vita a causa di una serie di fattori di rischio riconducibili ad aspetti nutrizionali, di salute, e psicosociali (13).

In Italia tali interventi appaiono urgenti alla luce di alcuni indicatori di salute forniti dal Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che mostrano importanti differenze nei fattori di rischio e in quelli protettivi per area geografica, tra regioni e all'interno delle stesse regioni (14).

Accompagnamento alla genitorialità e programmi d'intervento: il ruolo svolto dai consultori familiari

La genitorialità è una delle transizioni più impegnative (15) nel ciclo vitale degli individui in quanto comporta dei grandi cambiamenti per chi diventa genitore, nell'ambito della famiglia nucleare e allargata e delle relazioni sociali. In questo cambiamento i servizi socio sanitari insieme ai professionisti che vi operano possono avere un ruolo molto significativo di accompagnamento e sostegno.

In linea generale per genitorialità s'intende la complessità del processo del prendersi cura dei bambini con l'obiettivo di promuovere e sostenere il loro sviluppo fisico, emotivo, psicologico e sociale dall'infanzia all'età adulta, per consentirgli di raggiungere la migliore capacità di affrontare in modo funzionale i momenti di crescita e di cambiamento nel percorso di vita di ciascun individuo (16).

La letteratura (17) evidenzia come i genitori e i loro comportamenti determinano lo sviluppo sociale, emotivo e cognitivo e più in generale la salute del bambino fin dai suoi primi mesi di vita. In ambito psicologico il tema dell'importanza della qualità delle cure genitoriali nei processi di formazione dell'identità del bambino e del suo sano sviluppo è stato approfondito nel secolo scorso da importanti studi sulla relazione madre bambino (18-20) e da quelli più recenti sul ruolo del padre (21).

Gli studi mostrano che la capacità dei genitori di riconoscere e rispondere in modo adeguato ai bisogni del bambino, definita come *responsiveness*, influisce enormemente sulla traiettoria di crescita del bambino. Un'elevata *responsiveness* genitoriale è infatti associata ad esiti di sviluppo positivi sia nell'area socio-affettiva che in quella cognitiva (22-23). La qualità delle cure genitoriali e lo stile educativo sono dunque fondamentali nel processo di crescita e di formazione dell'identità del bambino. Il costrutto di genitorialità racchiude in sé una complessità di aspetti che hanno a che fare con le "funzioni" genitoriali ossia quelle attività svolte dai genitori nella relazione con i figli rispetto all'autonomia, all'apprendimento, alle relazioni sociali (24); lo "stile genitoriale" ovvero le modalità relazionali con cui il genitore entra in relazione con il figlio (25) e le "competenze genitoriali" che stanno alla base della *performance* del genitore nel qui ed ora, l'elemento visibile della relazione genitori-figli (26).

Negli ultimi anni, inoltre, gli studi condotti da Brazelton (27) sulle competenze neonatali e sul contributo attivo del neonato nel determinare le caratteristiche delle relazioni con i genitori hanno arricchito ulteriormente la comprensione dei processi che determinano la costruzione della relazione tra il bambino e i genitori, fornendo indicazioni sugli interventi per rafforzare il ruolo genitoriale.

Bisogna, infine, considerare l'evoluzione dei modelli sociali di genitorialità che rendono il panorama delle genitorialità possibili molto complesso e variegato. Accanto al concetto tradizionale di famiglia si sono andati costituendo situazioni sociali e modelli, ognuno con la sua specificità, prerogative e bisogni, che vanno dai genitori single, genitori con disabilità, genitori adottivi, coppie che hanno seguito un percorso di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) fino alle famiglie ricostituite e le famiglie LGBT (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender).

Particolare attenzione va prestata a quelle famiglie che si trovano ad accogliere un nuovo bambino in situazioni di possibile fragilità per le cause più diverse e per le quali la valorizzazione delle risorse genitoriali esistenti e l'attivazione ed estensione della rete sociale di riferimento rappresentano elementi protettivi importanti (28, 29).

La letteratura evidenzia che le competenze del bambino, della madre e del padre sono un patrimonio epigenetico, dinamico e in crescita, non un'acquisizione innata e immutabile, per questo tali competenze devono essere: riconosciute, rispettate, confermate e sostenute (30). Questa complessità presuppone quindi un supporto alla genitorialità a largo spettro che vede coinvolti vari servizi da quelli sanitari, a quelli educativi e sociali.

Tra i servizi socio sanitari che storicamente si distinguono in questa importante funzione di accompagnamento ci sono certamente i Consultori Familiari (CF) per varie attività che li caratterizzano rivolte alle coppie e alle famiglie (31), ma anche per il loro ruolo di preparazione alla vita affettiva e sessuale delle adolescenti e degli adolescenti, protagonisti delle famiglie del futuro. La crescente attenzione in Italia posta all'importanza del supporto alla genitorialità nei primi anni di vita in un'ottica di salute pubblica, ha negli anni dato vita a programmi nazionali finalizzati a creare una cultura dei diritti dell'infanzia aspetto per il quale i CF hanno svolto un ruolo.

Tra queste iniziative vanno ricordate quelle di Ospedali&Comunità Amici dei Bambini e delle Bambine promosse dall'OMS e dall'UNICEF (32, 33) che prevedono la trasformazione dei servizi e l'adozione di standard condivisi per l'assistenza e la promozione della salute, in un'ottica di empowerment delle risorse del nucleo familiare, integrando i servizi ospedalieri e la comunità (CF, servizi educativi, enti locali, associazioni), per consentire una migliore pratica assistenziale nei servizi territoriali, con prevedibili esiti positivi anche in termini di contrasto alle disuguaglianze sociali di salute.

Di rilievo, sempre nell'ottica della valorizzazione e sviluppo delle risorse genitoriali, sono anche il Programma Nazionale GenitoriPiù (34) che si è posto l'obiettivo di sviluppare interventi di supporto alla genitorialità mirati a promuovere la salute fisica e lo sviluppo cognitivo, sociale

ed emotivo dei bambini (da 0 a 3 anni) oltre che il benessere psicofisico dei genitori, con riferimento per ogni singola azione ai migliori progetti disponibili di provata efficacia. Tra questi il progetto nazionale “Nati per leggere”, che promuove la lettura condivisa in famiglia con bambini da zero a sei anni, esperienza importante per la salute e lo sviluppo del bambino (35), al quale si aggiunge con sempre maggiore rilevanza il progetto “Nati per la Musica” (<http://natiperlamusica.org/>).

I risultati emersi dall’Indagine dell’ISS sui CF restituiscono una fotografia che ci permette di fare alcune considerazioni generali nell’ottica di una valorizzazione del loro ruolo per la protezione e promozione della salute dei primi 1000 giorni con uno sguardo al supporto della genitorialità.

In questa complessa area d’intervento un aspetto cruciale è un’adeguata formazione degli operatori socio sanitari che a vario titolo entrano in contatto con i genitori, non solo per acquisire conoscenze aggiornate sui temi della salute nei primi anni di vita, ma anche per sviluppare capacità di relazione e di comunicazione con le famiglie e i bambini, al fine di saper leggere precocemente i fattori di rischio e quelli di protezione, intercettare i bisogni espressi e inespressi e fornire un supporto adeguato. A riguardo i dati emersi dall’Indagine ISS mostrano un’evidente variabilità geografica nella disponibilità di programmi di aggiornamento multi-professionale rivolto al personale dei CF: il Centro-Nord dove oltre l’85% delle aziende sanitarie ne dispone e Regioni del Sud e le Isole dove la disponibilità di programmi di aggiornamento si registra in meno del 75% delle aziende.

Inoltre il supporto alla genitorialità per la sua complessità richiede programmi d’intervento con un approccio multi-professionale che i CF dovrebbero offrire ma che dai risultati emersi appare carente. La disponibilità delle figure professionali e la carenza di équipe complete come originariamente definite sembra infatti orientare l’offerta dei CF maggiormente sull’area ostetrico-ginecologica e/o su quella psicosociale (36).

L’indagine ha rilevato che su 1226 CF che si occupano di giovani o coppia/famiglia, l’82% offre attività di counselling per il sostegno alla genitorialità senza distinzione per area geografica. L’offerta si diversifica quando si considera un’attività più strutturata come quella svolta nell’ambito dei Corsi/Incontri di Accompagnamento alla Nascita (CAN). I CAN sono una delle attività che caratterizza i CF come uno degli strumenti più importanti ed efficaci per il supporto alla genitorialità. Si tratta di incontri che negli anni si sono caratterizzati sempre più per un approccio partecipativo orientato all’empowerment della donna e della coppia, affrontando tutti gli aspetti, da quelli fisici a quelli psico-relazionali e sociali che l’evento della nascita mette profondamente in gioco (37). Pongono inoltre sempre maggiore attenzione al coinvolgimento del partner che, come mostrano recenti ricerche, può migliorare lo stato di salute della madre, permettere di definire il ruolo del padre, aumentare l’intesa nella coppia, creare le basi per una serie di positive interazioni familiari e favorire l’evento della gestazione e della nascita del bambino (38).

L’efficacia della partecipazione ai CAN per favorire comportamenti protettivi per la salute del bambino è confermata anche dai recenti i risultati emersi dalla Sorveglianza Bambini 0-2 anni che mostrano quanto le donne che hanno partecipato ai corsi abbiano comportamenti maggiormente protettivi per la salute del bambino (ad. esempio assunzione corretta di acido folico e allattamento esclusivo fino a 6 mesi) (14).

A fronte della riconosciuta importanza dei CAN per accompagnare una genitorialità consapevole, i risultati dell’indagine dell’ISS mostrano come più di 1.000 sedi consultoriali, diffuse su tutto il territorio nazionale, offrono i CAN anche se con modalità operative specifiche per area geografica. Nelle Regioni del Nord rispetto al Sud, con una situazione intermedia delle Regioni del Centro, i corsi sono più spesso offerti come attività coordinata a livello aziendale e

prevedono una forma di integrazione rappresentata dalla partecipazione di professionisti dei punti nascita di riferimento sul territorio.

La quasi totalità dei CF affronta nei CAN la tematica generale della genitorialità (Nord 99%, Centro-Sud 94%) così come le tematiche specifiche dell'accudimento del bambino, dello stile di vita in gravidanza, dell'allattamento. Meno trattata, ma comunque con percentuali elevate, 85-92%, è la tematica delle vaccinazioni. I corsi prevedono 1 o 2 incontri post partum al Nord come al Sud, tuttavia le attività offerte dai CF nel puerperio, indipendentemente dalla partecipazione ai CAN, mostrano alcune differenze a livello geografico con un gradiente Nord-Centro-Sud per le specifiche attività. La promozione e il sostegno dell'allattamento, offerti dal 92,9% dei CF al Nord, 88,7% al Centro e 81,8% al Sud e Isole, si articola nell'offerta di counselling (94,4% - 91,6% - 83,8%), nell'attivazione di una linea telefonica dedicata (36,6% - 30,2% - 26,6%), nell'organizzazione di gruppi di sostegno (50,8% - 38,7% - 27,3%), rispettivamente per il Nord, il Centro e il Sud e Isole. Probabilmente le diverse modalità operative descritte per i CAN oltre alle caratteristiche generali dei diversi modelli operativi adottati per il percorso nascita, spiegano in parte la minore partecipazione rilevata nelle Regioni del Sud e Isole rispetto a quelle del Centro-Nord.

Nell'ambito dell'area del supporto alla genitorialità si collocano anche le attività promosse dai CF che riguardano la presa in carico di coppie/minori per affidamento/adozioni. I risultati dell'Indagine mostrano che mediamente le attività più frequentemente offerte (>88%) sono: il supporto psicologico e sociale, i colloqui di idoneità, e il supporto psicologico anche nelle fasi successive all'adozione; meno frequentemente vengono citati un percorso di orientamento all'adozione (71,5%) e i di gruppi di orientamento (41,2%) con una grande variabilità regionale. La lettura di questi dati deve necessariamente tener conto che l'area dell'affidamento/adozioni in molte Regioni non è seguita dai CF ma demandata ad altri servizi, con cui certamente i CF dovrebbero raccordarsi.

Una lettura complessiva dei risultati emersi dell'Indagine ISS rispetto alle attività in questa area nei CF evidenzia la necessità di continuare ad investire in questi servizi considerando le differenze territoriali organizzative in accordo con altri servizi coinvolti in questa articolata area d'intervento per un adeguato ed efficace supporto alla genitorialità.

Conclusioni e prospettive future

Il supporto diretto e appropriato ai genitori e la loro valorizzazione come i primi esperti dei propri bambini (25) è cruciale per garantire loro opportunità di sviluppo del proprio potenziale fisico, emotivo, cognitivo e relazionale. I vari contesti e professionisti che se ne prendono cura sono setting preziosi per accompagnare i genitori nello sviluppo di comportamenti di promozione della salute dei bambini e più in generale dell'intero nucleo familiare.

I primi 1000 giorni rappresentano però un'area articolata e complessa, che richiede intorno al nucleo familiare il collegamento e l'integrazione di una molteplicità di servizi, azioni, attori e destinatari presupponendo quindi il coinvolgimento di più settori, con un impegno dei governi sia a livello nazionale che locale.

Il potenziale di intervento e di fidelizzazione della popolazione da parte dei CF che accompagna la propria comunità per tutto il percorso di vita, ne fanno uno strumento strategico già impostato in modo coerente alla necessaria ottica *life-course* di ogni progettualità di prevenzione, promozione della salute e contrasto delle disuguaglianze. Una risorsa quindi da valorizzare pienamente dove già attiva e da promuovere nei territori più carenti.

Per garantire un supporto alla genitorialità adeguato e continuo, è urgente implementare un approccio di comunità che incrementi e metta maggiormente in rete il CF con gli altri servizi

come i punti nascita, i pediatri di famiglia, i nidi e i servizi per la prima infanzia oltre le associazioni del terzo settore con programmi basati sulle buone pratiche.

A riguardo recentemente in Italia è stata sottolineata l'urgenza di ridisegnare il sistema di cure in una prospettiva di medio e lungo termine e con una visione non limitata ai servizi sanitari ma inclusiva dell'insieme delle politiche dedicate all'infanzia per valorizzare al massimo non solo le competenze degli individui e delle famiglie ma anche quelle delle comunità (39) grazie anche all'implementazione di interventi innovativi (40).

In questa rivisitazione a più di quarant'anni dalla loro istituzione, i CF rappresentano ancora una preziosa e insostituibile risorsa per far fronte ai bisogni antichi e nuovi della popolazione, dove certamente la coppia e più in generale la famiglia può trovare supporto.

Infatti nell'immediato futuro il CF può rappresentare un servizio strategico in grado di orientare le proprie attività tenendo conto dei grandi cambiamenti sociali e culturali del terzo millennio che coinvolgono anche la famiglia. A fronte di questo maggior coinvolgimento l'organizzazione e le attività dei CF pubblici necessitano di una rivisitazione della loro filosofia di servizio alla famiglia e di un rilancio e potenziamento complessivi.

Un'attenzione maggiore andrebbe orientata a sostegno della capacità di individuare precocemente le famiglie e i bambini a maggior rischio e più vulnerabili, per fornire loro un supporto di intensità maggiore attraverso lo strumento dell'home visiting, finalizzato al supporto delle competenze genitoriali e all'individuazione dei fattori di rischio e delle risorse per affrontarli e superarli.

Nell'attuale contesto sociale e culturale è necessario un modello avanzato dei CAN, finalizzandoli a divenire uno strumento per la promozione della salute dei primi mille giorni, per poter realizzare nella pratica, il concetto di genitorialità consapevole attraverso percorsi fondamentali da dedicare ai futuri di genitori.

Il CAN va inteso come un laboratorio produttivo dove i professionisti che prendono in carico le coppie in gravidanza, dall'inizio della gestazione fino a tutto il periodo dell'esogestazione e anche oltre, delineano percorsi centrati sui bisogni dell'utenza, valorizzando un approccio multiprofessionale e multisettoriale.

Circa le generazioni future, l'attenzione precoce alla conoscenza del proprio corpo e alla prevenzione delle malattie, gli interventi di educazione affettiva e sessuale, orientati al rispetto e alla valorizzazione delle differenze di genere, sono aspetti importanti per la protezione della fertilità e la costruzione di una genitorialità più ricca e consapevole.

Una particolare attenzione andrà posta quindi alla mobilitazione di tutte le potenzialità nelle comunità e nella famiglia, con un richiamo forte all'empowerment, elemento che caratterizza i, CF per un pieno coinvolgimento delle famiglie in quanto la genitorialità positiva e consapevole (41) è il motore dello sviluppo umano.

Bibliografia

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Shonkoff J. *The science of child development*. Cambridge, MA: Center for the Developing Child, Harvard University; 2007.
3. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J. et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):103-18.
4. Speri L, Simeoni L, Fretti E. Determinanti di salute nella prima infanzia - Il Programma GenitoriPiù. In: Pizzi E, Spinelli A, Lauria L, Buoncristiano M, Nardone P, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.).

- Progetto Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della Sperimentazione.* Roma: CCM/Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2016.
5. WHO. Minsk Declaration, European Ministerial Conference of the Life-course approach in the Context of Health 2020. Minsk, Belarus, 21-22 October 2015.
 6. Every Woman Every Child. *Global strategy for women's, children's and adolescent's health (2016-2030): survive, thrive, transform.* Every Woman Every Child; 2015.
 7. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development.* New York: United Nations; 2015. (A/RES/70/1) Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>; ultima consultazione 20/10/2020.
 8. World Health Organization. *Improving early child development: WHO guidelines.* Geneva: WHO; 2020.
 9. World Health Organization. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.* Geneva: WHO; 2006.
 10. Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli R, Odorisio F, Vismaraet L. Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia". *Infanzia e adolescenza* 2007;6:2.
 11. Ministero della Salute. *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita - Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future.* Roma: Ministero della Salute; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
 12. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.* Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultima consultazione 09/03/2022.
 13. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021;18(5):e1003602.
 14. Pizzi E, Salvatore MA, Donati S, et al. (Ed.). *Il Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni: finalità, metodologia e risultati della raccolta dati 2018-2019.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022.
 15. Huston T, Holmes EK. Becoming parents. In: Vangelisti A (Ed.). *Handbook of family communication.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 2004. p. 105-34
 16. Brooks JB. *The process of parenting: Ninth Edition.* New York: McGraw-Hill Higher Education; 2012.
 17. Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. *Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.
 18. Bowlby J. *Una base sicura.* Milano: Cortina; 1980.
 19. Stern, D.N. *Il mondo interpersonale del bambino.* Milano: Bollati Boringhieri; 1987.
 20. Winnicott DW. *Sviluppo affettivo e ambiente.* Roma: Armando; 1968.
 21. Bakermans-Kranenburg MJ, Lotz A, Alyousefi-van Dijk K, van IJzendoorn M. Birth of a father: fathering in the first 1,000 days. *Child Dev Perspect.* 2019 Dec;13(4):247-253.
 22. Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton DJ. Infant-mother attachment and social development: 'Socialisation' as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: Richards MP (Ed.). *The introduction of the child into a social world.* London: Cambridge University Press; 1974. p. 99-135

23. Leerkes EM, Weaver JM, O'Brien M. Differentiating maternal sensitivity to infant distress and non-distress. *Parenting: Science and Practice*. 2012;12:175-84.
24. Bornstein MH. *Handbook of parenting*. London: Erlbaum; 2002.
25. Benedetto L, Ingrassia M. *Parenting, Psicologia dei legami genitoriali*. Roma: Carrocci; 2010.
26. Paradiso E, Paradiso L. *Parenting adottivo. Funzioni, stili e competenze genitoriali adottive*. Trento: Tangram Edizioni Scientifiche; 2015
27. Rapisardi G, Davidson A. La promozione dello sviluppo neonatale e infantile: l'approccio Brazelton. *Medico e Bambino* 2003;22(3):171-176.
28. Tamburlini G. Come le diseguaglianze nascono, crescono e possono essere contrastate. *Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy* 2019;4.
29. Save the Children. *Il miglior inizio. Disuguaglianze e opportunità nei primi anni di vita*. Roma: Save the Children; 2019. Disponibile all'indirizzo <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/il-miglior-inizio-disuguaglianze-e-opportunita-nei-primi-anni-di-vita.pdf> ; ultima consultazione 09/03/2022.
30. Braibanti P. L'accoglienza della nascita e della maternità. *Il Quaderno Montessori* 2004;82:24-36.
31. Grussu P, Quatraro RM, Antenatal and parent education classes: evidence and some recent Italian models of care. *Interdisciplinary Journal of Family Studies* 2020; 25(1):1-13 I
32. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus. *Insieme per l'Allattamento: Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita. Edizione 2022*. Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus; 2022. Disponibile all'indirizzo <https://www.unicef.it/guidaBFI>; ultima consultazione 09/03/2022 <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>
33. Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus. *Kit per la Verifica delle Competenze di Operatrici e Operatori nell'implementazione del Programma Insieme per l'Allattamento*. Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF - Fondazione Onlus; 2022. Disponibile all'indirizzo <https://www.unicef.it/verificacompetenze>; ultima consultazione 09/03/2022 <https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/comunita-amica-bambini/>
34. Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. *Quaderni ACP* 2016;23(2):50.
35. Balbinot V, Colombo EM, Malgaroli G, Sila A, Tamburlini G, CSB - Centro per la Salute del Bambino. *Nati per Leggere 1999-2019. La Storia, Le Attività, i Risultati, Le Prospettive*. Trieste; 2019. Disponibile all'indirizzo http://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2019/10/Report-20-anni_COMPLETO-WEB-protetto.pdf; ultima consultazione 09/03/2022/
36. Lauria L, Bortolus R, Battilomo S, Lega I, Pizzi E, Tamburini C, Donati S. Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo: principali risultati del Progetto CCM 2017 Analysis of the activities of the network of the Family Care Centres to relaunch their role: main results of the 2017 CCM Project *Epidemiol Prev* 2021; 45 (5):331-342
37. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).
38. Soldera G. Il padre e la vita prenatale. *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*; 2001.
39. Baronciani B, Zanetto F, Toffol G, Tamburlini G, Speri L, Gangemi M, Di Mario S, Manetti S. Senza confini. Come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze. CSB, ACP 2020.

40. Alushaj A, Benvegnù C, Caracciolo N, Cavaliere R, Cesarini F, Cioffi C, Colombo EM, di Cristina L, Fantuz F, Pes D, Restuccia I, Rina F, Sepich P, Sivori MC, Vezzini F, Giorgio Tamburlini. Un Villaggio per Crescere: il modello, i dati, le voci, e... riflessioni a metà percorso *Quaderni ACP* 2020;3.
41. Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità; 2019.

SALUTE MENTALE PERINATALE E CONSULTORI FAMILIARI

Pietro Grussu (a), Ilaria Lega (b)

(a) *Consultori Familiari Distretto Padova Sud, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Salute mentale perinatale: una priorità di salute pubblica

La tutela della salute mentale materna e della coppia genitoriale dall'inizio della gravidanza al termine del primo anno di vita del bambino è oggi riconosciuta come una priorità di salute pubblica a livello internazionale. Garantendo attenzione, ascolto e supporto appropriato allo stato emotivo della donna che vive il profondo cambiamento biologico, psicologico e sociale che accompagna la nascita di un bambino, i professionisti sanitari possono giocare un ruolo cruciale nel determinare le traiettorie di salute future della donna, del bambino e dell'intero nucleo familiare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua il supporto alla salute mentale materna fra le azioni chiave da mettere in campo non solo per migliorare la condizione emotiva della madre, ma anche per promuovere il migliore sviluppo possibile del bambino (1). A livello globale l'OMS raccomanda di rendere disponibili interventi psicosociali a supporto della salute mentale materna, nella Regione europea sottolinea la necessità di politiche e servizi che promuovano sia la salute mentale che il benessere psicosociale dei genitori (2). La salute mentale perinatale materna e della coppia genitoriale è quindi considerato un bene collettivo da promuovere e proteggere per "cambiare l'inizio della storia, e con questo l'intera storia".

In Italia il documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del Ministero della Salute ha inserito la salute mentale tra le 11 aree tematiche di maggiore rilevanza per la promozione della salute nei primi 2 anni di vita (3). Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale sono chiamati in causa a pieno titolo i Consultori Familiari (CF), come servizio pubblico di prossimità gratuito dedicato alla salvaguardia della salute sessuale e riproduttiva della donna e al sostegno della famiglia nei diversi momenti del suo ciclo di vita. L'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà e l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari che caratterizzano i CF consentono infatti di realizzare quella presa in carico centrata sulla donna – in grado di tenere nella medesima considerazione la salute fisica, emotiva e i bisogni sociali prima, durante e dopo la gravidanza – che rappresenta il presupposto necessario alle attività di promozione e tutela della salute mentale in epoca perinatale.

La ricerca sull'efficacia dei modelli di offerta di un servizio per la salute mentale perinatale sugli esiti di salute materna ha mosso solo in anni recenti i suoi primi passi e un modello di riferimento univoco è ancora in via di definizione (4). Collegando alcune delle evidenze pertinenti maggiormente consolidate è possibile tuttavia tratteggiare il ruolo che il CF può giocare in questo ambito e fornire una cornice di riferimento per la lettura e l'interpretazione dei contenuti presentati nei paragrafi successivi.

I disturbi d'ansia e depressivi sono fra le condizioni morbose che più spesso accompagnano la gravidanza (4): a livello internazionale la prevalenza dei disturbi depressivi in gravidanza è

stimata tra il 7% e il 12% (5), quella della Depressione Post Partum (DPP) intorno al 17% (6); i disturbi d'ansia hanno una prevalenza del 15-20% nel periodo prenatale, del 10% circa in quello postnatale (7,8). A questi disturbi si associano esiti avversi della gravidanza e feto-neonatali (9,10) ed effetti sfavorevoli a lungo termine sulla salute mentale e il comportamento del bambino, dall'età evolutiva all'adolescenza (10,11). Nelle prime settimane dopo il parto il rischio di sviluppare episodi nuovi o ricorrenti di disturbi mentali è elevato soprattutto per i disturbi gravi; fra questi la psicosi post partum, la cui incidenza è stimata in 1-2 casi ogni 1000 nati, rappresenta un'emergenza psichiatrica che spesso richiede il ricovero in ambiente specialistico, si associa a un aumentato rischio di morte materna per suicidio e più raramente di infanticidio (12).

Le raccomandazioni della linea guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sulla salute mentale materna prima e dopo la nascita (13) rappresentano il principale riferimento europeo per le buone pratiche relative al riconoscimento del disagio psichico e delle condizioni di rischio psicosociale perinatali. Il NICE raccomanda che tutti i professionisti sanitari pongano attivamente domande specifiche per valutare lo stato emotivo della donna al primo contatto in gravidanza, alle visite di controllo e nelle prime settimane dopo il parto come parte del monitoraggio di routine; in presenza di sospetto disagio lo stato emotivo deve essere valutato con strumenti di screening più approfonditi e/o con un colloquio clinico con un professionista delle cure primarie o della salute mentale, a seconda della gravità del problema.

Il primo contatto della donna in gravidanza con i servizi sanitari deve sempre includere un'anamnesi accurata per disturbi mentali gravi pregressi o in atto con relativi trattamenti, la valutazione della storia familiare per disturbi mentali gravi del post partum nelle parenti di primo grado, la raccolta di informazioni su fattori di rischio psicosociale. Si raccomanda che tutti i casi in cui sia in atto, vi sia il sospetto o emerga una storia precedente di un disturbo mentale grave siano valutati tempestivamente da uno specialista della salute mentale garantendo la continuità fra i diversi servizi e livelli di assistenza (13).

Anche la US Preventive Services Task Force ha recentemente raccomandato l'offerta di interventi di supporto psicologico alle donne in gravidanza e nel periodo postnatale con condizioni di rischio per lo sviluppo di depressione perinatale per prevenire l'insorgenza di DPP (14). A tale proposito, è opportuno ricordare che le visite domiciliari per mamme e bambini nel periodo post natale raccomandate dall'OMS come strumento efficace nel promuovere la genitorialità responsiva si sono dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di sviluppare DPP (1,15).

Contesto culturale e normativo nazionale

L'interesse per la salute mentale perinatale da parte dei servizi sanitari è relativamente giovane nel nostro Paese. Il dibattito scientifico sul tema ha avuto il suo esordio in Italia nei primi anni '90 grazie alla pubblicazione del libro di Patrizia Romito dal titolo "La depressione dopo il parto" (16) e alla presenza del capitolo di Paola Benvenuti intitolato "Psicopatologia legata alle funzioni riproduttive" all'interno della prima versione del Trattato Italiano di Psichiatria (17), che per la prima volta rendevano disponibili in lingua italiana un approfondimento e una descrizione dettagliata dei maggiori disturbi psichiatrici riscontrabili in gravidanza e dopo il parto.

La svolta più importante in termini culturali e scientifici è senz'altro legata alla validazione italiana dell'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (18) avvenuta oltre 20 anni fa (19,20), che sollecitò l'avvio di molteplici progetti di ricerca permettendo di rilevare e divulgare le prime evidenze scientifiche sulla presenza di profili psicopatologici nelle donne italiane nel corso della loro esperienza perinatale. In questo clima culturale alcune équipe consultoriali cominciarono a porre maggiore attenzione alla salvaguardia della salute psicologica perinatale della donna, della coppia e della famiglia, facendo emergere i CF come luogo naturale in cui

collocare i programmi di tutela e promozione della salute globalmente intesa (21) nel ciclo di vita riproduttivo della donna e della famiglia nel suo divenire.

Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) ribadiva nel 2000 l'importanza strategica dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), in ambito pubblico da anni patrimonio culturale e operativo dei CF, incontri gruppalmente di educazione alla salute perinatale in cui il modello didattico-pedagogico è stato completamente abbandonato in favore di metodologie mirate a sviluppare l'*empowerment* della donna e della coppia, favorire il parto spontaneo, facilitare il contatto precoce tra la madre e il bambino, incrementare e migliorare l'assistenza al puerperio, promuovere e sostenere l'allattamento e individuare precocemente eventuali sintomi di disagio emotivo (22,23).

Nel 2005 il documento "Aiuto alle donne in gravidanza e depressione postpartum" del Comitato Nazionale di Bioetica riconosceva la DPP come una condizione importante correlata alla nascita, che richiede una presa in carico globale centrata sul valore della persona umana che includa ciascun componente della famiglia (24). Nello stesso periodo Pierluigi Morosini dava avvio al progetto formativo e di ricerca coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sull'individuazione precoce, la diagnosi e la cura della DPP, improntato sul modello biopsicosociale di Jeannette Milgrom *et al.* (25) mentre un progetto di ricerca coordinato dall'Università di Pisa finanziato dal Ministero della Salute nel 2008 rendeva finalmente disponibili evidenze italiane robuste sull'epidemiologia dei disturbi mentali perinatali (26).

Un'altra tappa importante del percorso è stato il *Piano Nazionale per la Famiglia* del 2012, che puntava su potenziamento e riorganizzazione dei CF pubblici per superare l'eccessiva sanitarizzazione a vantaggio di una maggiore integrazione sociosanitaria e di una logica di *empowerment* in grado di facilitare lo sviluppo delle risorse personali, di rete e l'assunzione di una prospettiva riflessiva e relazionale (27): elementi fondamentali, per altro, dei percorsi di prevenzione e cura della DPP (28).

L'istituzione nel 2015 della sezione italiana della International Marcé Society for Perinatal Mental Health ha rappresentato un ulteriore momento di crescita importante per questa area clinica e di ricerca nel nostro Paese, cui sono seguite la pubblicazione nel 2016 del Manuale di psicopatologia perinatale (29) e nel 2018 del volume di Psicologia Clinica Perinatale (30), che hanno reso disponibili ai professionisti che a vario titolo e in diversi contesti si occupano di salute mentale perinatale uno spazio di confronto multidisciplinare e strumenti culturali e operativi aggiornati in lingua italiana, in collegamento con la comunità scientifica internazionale.

I CF hanno saputo intercettare molti di questi stimoli: in alcune esperienze locali la rilevazione precoce del rischio di DPP è da anni una realtà assistenziale quotidiana, ponendo i CAN come luogo privilegiato non solo per programmi di informazione ma anche di prevenzione del disagio psichico (31). In altre esperienze i CF sono stati individuati come luogo privilegiato in cui rendere disponibile il trattamento di una sofferenza emotiva intercettata altrove: l'ATS di Bergamo nel 2015-2018 ha implementato un programma di screening per la DPP nei centri vaccinali che ha raggiunto 5.951 mamme e indirizzato al CF le donne positive con necessità di un trattamento psicologico (32).

Il Ministero della Salute ha sostenuto con continuità progetti multiregionali di ricerca-intervento sul tema del disagio psichico perinatale: nel 2011 un progetto coordinato dal Reparto Salute mentale dell'ISS sull'efficacia nella pratica dei servizi sanitari italiani di un intervento psicologico di gruppo per il trattamento della DPP (33), nel 2012 un progetto coordinato dalla Regione Liguria sull'efficacia di un intervento multidisciplinare per la prevenzione del disagio psichico perinatale e delle disarmonie dello sviluppo infantile (34), nel 2015 un progetto coordinato dalla Regione Emilia-Romagna con la partecipazione del Reparto Salute della donna dell'ISS sul riconoscimento del disagio psichico perinatale e il sostegno alla maternità fragile da parte dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie (35) e il suicidio materno (36). Nel

2018 un finanziamento dedicato alla diagnosi, la cura e l'assistenza della DPP ha infine supportato la realizzazione di 16 progetti regionali, recentemente giunti alla loro conclusione (37).

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 riguardante la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha inoltre stabilito un importante compito nell'ambito della salute mentale perinatale che i servizi sono chiamati a svolgere a livello nazionale. In tale ottica il CF si pone come luogo di riferimento per effettuare il colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche, in caso di un sospetto disagio psicologico in gravidanza e/o in puerperio, individuato come prestazione specialistica per la tutela della maternità responsabile esclusa dalla partecipazione al costo.

Considerazioni sui dati dell'indagine

L'indagine ISS ha ricostruito un quadro di riferimento nazionale della frequenza con cui i CF riferiscono di occuparsi di DPP – utilizzata anche come proxy dell'attenzione al tema della salute mentale materna in senso più ampio – e dispongono di modalità formalizzate per il riconoscimento dei disturbi mentali e del rischio psicosociale perinatali e per l'integrazione con i servizi di salute mentale.

Il fatto che il 70% delle sedi di CF che si occupano di salute della donna svolga attività nell'ambito della DPP suggerisce una consapevolezza della rilevanza di questa patologia – e in senso lato della psicopatologia perinatale – e testimonia l'impegno della maggior parte dei CF nazionali in questo ambito, in particolare nel Nord-Est e in Lombardia, dove le sedi che dispongono di attività dedicate superano l'80%.

L'identificazione precoce di condizioni di rischio psicosociale per lo sviluppo di disturbi mentali perinatali e dei sintomi di tali disturbi richiede il coinvolgimento di servizi sanitari universali di primo livello, giacché solo una piccola parte delle donne giunge all'osservazione dei servizi specialistici per la salute mentale (38). Nel contesto italiano i CF rappresentano il principale presidio di riferimento per queste attività, affiancati dalla medicina generale già nel periodo preconcezionale e dalla pediatria di libera scelta nel periodo post natale. La valutazione dello stato emotivo e del rischio psicosociale perinatale secondo le raccomandazioni del NICE presuppongono un modello organizzativo che individui i professionisti da coinvolgere e formare, il momento della gravidanza o del periodo postnatale nel quale effettuare le valutazioni e gli strumenti sui quali esse devono basarsi. Per questo aspetto l'indagine ha evidenziato una criticità, poiché un protocollo formalizzato è disponibile solo nel 41% delle sedi di CF che si occupano di percorso nascita, con marcate differenze sia per area geografica (61,5% al Nord, 39% al Centro, 16,1% al Sud) che interregionali.

Le buone pratiche cliniche assistenziali dei disturbi mentali perinatali si basano sulla tempestività e la continuità dell'assistenza, che richiedono un percorso di cura che definisca i servizi sanitari coinvolti e i compiti, le modalità e la tempistica di intervento dei vari professionisti e (4,13). Un'operatività di questo tipo può difficilmente essere garantita in assenza di un protocollo per la presa in carico integrata. Anche per questo aspetto, quindi, l'indagine segnala la necessità di promuovere un miglioramento: la messa in rete con i servizi psichiatrici per l'assistenza alle donne con un disturbo mentale riconosciuto è mediamente disponibile solo nel 42,5% dei CF che si occupano di percorso nascita, con una marcata differenza fra Nord (56,5%) e Centro (51,4%) rispetto al Sud del Paese (15,8%). Poiché l'indagine ha rilevato che il 60,2% dei CF che svolgono attività per la DPP offre dei percorsi psicoterapeutici – senza rilevanti differenze per area geografica – possiamo presumere che almeno una parte delle donne con disagio psichico perinatale riceva un trattamento psicoterapico gratuito direttamente presso il CF,

che assolve quindi anche alla funzione di luogo di cura per le donne emotivamente sofferenti e per le loro famiglie.

Contribuiscono alla fotografia restituita dall'indagine sul tema in oggetto i risultati relativi ai CAN che, disponibili nel 73% circa dei CF, hanno riconosciuto i nuovi bisogni assistenziali legati ai cambiamenti socio-culturali della popolazione italiana e alle nuove conoscenze sulla complessità che connota la salute mentale perinatale. La necessità di intervenire in termini di prevenzione dei disturbi affettivi perinatali e di sensibilizzazione nei confronti delle possibili configurazioni psicopatologiche della gravidanza e del dopo parto ha sollecitato in diverse realtà territoriali la presenza degli psicologi all'interno dei CAN – più spesso al Sud (79,2%) rispetto al Nord (67,2%) e al Centro (58,9%) – anche con il compito di affrontare le tematiche affettive ed emotive disfunzionali, compresa la DPP.

La disponibilità di un incontro in puerperio, offerto dall'83% dei CF nazionali, può rappresentare un momento privilegiato per promuovere la salute mentale delle neomamme e intercettare sintomi di disagio emotivo o di veri e propri disturbi mentali insorti o divenuti più intensi dopo la nascita del bambino. Tuttavia, per la prevenzione e il riconoscimento del disagio psichico e per la riduzione delle disuguaglianze negli esiti di salute riveste un ruolo centrale la modalità di offerta di questo contatto, che può essere in sede o a domicilio, rivolto solo alla donna o a tutta la famiglia, basato su un approccio selettivo – che privilegi le donne con condizioni di vulnerabilità – o universale. L'offerta attiva di un contatto in puerperio alle donne in condizioni di disagio è più frequente nei CF del Nord (65,0%), rispetto al Centro (49,4%) e al Sud (34,1%). È degno di nota che circa il 90% o più dei CF di Friuli Venezia Giulia, Veneto e Umbria e tutti i CF della PA di Trento abbiano adottato l'offerta universalistica di una visita domiciliare in puerperio. Tuttavia, fra i CF che offrono un contatto in puerperio a livello nazionale, solo il 24,5% (39,2% al Nord; 24,5% al Centro; 5,8% al Sud) dispone di un protocollo di valutazione del disagio psichico nel dopo parto e di un'integrazione formalizzata con i servizi psichiatrici aziendali, evidenziando un ampio margine di miglioramento della qualità dell'assistenza fornita e l'urgenza di promuovere buone pratiche particolarmente nel Sud del Paese.

Da ultimo, il tema della DPP è fra i più rappresentati nei CF che hanno svolto attività di ricerca negli ultimi 5 anni, rafforzando l'impressione che la scarsa diffusione di una "formalizzazione" delle attività sia in parte legata all'ingresso più recente all'interno dei servizi consultoriali di questa competenza – ancora in fase "sperimentale" – rispetto ad altre che li hanno contraddistinti fin dalla loro istituzione.

I dati raccolti dall'indagine nel 2018-2019 non hanno potuto intercettare le attività dei 16 progetti regionali sulla DPP finanziati dal Ministero della Salute, che in misura maggiore o minore hanno tutti coinvolto i CF e che possono quindi aver in parte modificato il quadro fin qui ricostruito. Fra le esperienze realizzate nell'ambito di tali progettualità di particolare interesse sono i risultati del progetto implementato in 10 ASST in Lombardia, che ha sperimentato l'efficacia nella pratica di un intervento di screening della depressione perinatale e di un'attività di *home visiting* basata su modello "Pensare positivo" dell'OMS (39). La Regione Piemonte e la Regione Emilia-Romagna hanno colto l'occasione del finanziamento per implementare un modello univoco di riconoscimento della depressione perinatale in tutti i servizi del percorso nascita regionali, a partire proprio dai CF. In entrambe le Regioni le domande di Whooley (40) sono state inserite all'interno della agenda/cartella della gravidanza, con l'immediato vantaggio di includere la valutazione dello stato emotivo fra gli aspetti indagati nei controlli abituali della gravidanza, in una dimensione dialogica e relazionale.

A seguito dell'epidemia COVID-19 il gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 ha proposto delle indicazioni da utilizzare nel contesto emergenziale, che si rivolgono ai CF soprattutto per il riconoscimento del disagio emotivo (41). Grazie alla rete sviluppata nell'ambito dell'indagine, il Reparto Salute della donna e dell'Età evolutiva dell'ISS in

collaborazione con la Società Marcé italiana per la salute mentale perinatale ha raccolto informazioni sull'impatto della pandemia sulla salute mentale e i bisogni di assistenza delle donne in gravidanza o nel periodo post natale fra le utenti dei CF di 9 Aziende sanitarie collocate in 8 Regioni italiane (42). Il 90% circa delle oltre 2.000 partecipanti ha individuato la necessità di una maggiore disponibilità di ascolto da parte dei professionisti sanitari, l'accesso a un professionista della salute mentale e a gruppi di supporto fra pari fra le risorse più importanti da rendere disponibili nel contesto pandemico.

Conclusioni

I CF dimostrano di possedere e di poter sviluppare ulteriormente modalità per intervenire nel promuovere e sostenere la salute emotiva delle donne/coppie in epoca perinatale e di individuazione precoce delle donne a rischio di psicopatologia. Alla luce dei nuovi LEA, il CF si pone come servizio di riferimento per il colloquio psicologico clinico in epoca perinatale con finalità diagnostiche: si rende pertanto necessario sviluppare e offrire stabilmente, al di fuori di una logica progettuale e soprattutto al Sud, buone pratiche ispirate alle raccomandazioni internazionali a cominciare da questa specifica attività, tenendo presente che le donne coinvolte in interventi di prevenzione della DPP apprezzano maggiormente la continuità di relazione con lo stesso operatore sanitario, il coinvolgimento del proprio partner e la possibilità di accedere a diverse visite con un'ostetrica o un *health visitor* formati su approcci centrati sulla persona o di tipo cognitivo-comportamentale (43).

La capillarità, la gratuità, l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari del territorio e la multidisciplinarietà che contraddistinguono i CF, ma soprattutto il profilo dei suoi operatori, formati a intervenire in maniera flessibile e centrata sulla donna e coinvolgendo i familiari nelle indagini, nel trattamento e nell'assistenza, li rendono servizi dalle potenzialità straordinarie per la promozione e la tutela della salute mentale perinatale, che il legislatore ha già in parte riconosciuto. Inoltre, come auspicato da recenti evidenze sulle barriere e le facilitazioni legate all'implementazione dei servizi a tutela della salute mentale perinatale (44), il CF può efficacemente facilitare sia la continuità e multidisciplinarietà dell'assistenza richiesta dalla donna in gravidanza o nel periodo postnatale che soffre di un disturbo mentale, sia la promozione dell'approccio *think family* fra tutti i professionisti sanitari, affinché forniscano un'assistenza attenta al momento del ciclo di vita della donna, al suo contesto di coppia, a quello familiare allargato e alla rete sociale di appartenenza (4).

L'indagine dell'ISS ha evidenziato la carenza di personale e la progressiva riduzione delle sedi che grava sull'operatività dei CF e gli approfondimenti regionali dimostrano che le Regioni hanno percorso strade diverse, sia relativamente alla composizione delle équipes consultoriali, che alle attività da erogare direttamente nel CF o tramite l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari.

In questo scenario, è prioritario:

- istituire un gruppo tecnico multidisciplinare nazionale con rappresentanti dei diversi servizi impegnati nella tutela della salute delle donne, delle coppie e delle famiglie in epoca perinatale per promuovere lo sviluppo di una linea guida sulla salute mentale perinatale specifica per il contesto italiano, che possa valorizzare la cultura e l'esperienza maturata dai CF in oltre 50 anni di attività a tutela della salute affettiva, emotiva e relazionale della donna e della famiglia;
- mettere a punto linee di indirizzo che individuino e sostengano le competenze degli attori sociosanitari coinvolti nella promozione e tutela della salute mentale perinatale, stabiliscano gli obiettivi da raggiungere, le azioni necessarie a perseguirli e gli indicatori per valutarne l'impatto;

- costituire localmente specifici gruppi di lavoro per mettere a punto percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che garantiscano a tutte le donne con un disturbo mentale perinatale, sospetto o riconosciuto, di ricevere il trattamento adeguato e a tutte le donne in gravidanza e nel periodo post natale di avere accesso agli strumenti di promozione della salute perinatale che i CF possono mettere in campo;
- individuare e rendere disponibili opportuni percorsi formativi per il personale sociosanitario coinvolto in questo ambito di salute pubblica.

Si tratta di un programma ambizioso, di cui l'esperienza del Regno Unito testimonia tuttavia con forza l'urgenza e la costo-efficacia: l'offerta di servizi per la salute mentale perinatale in linea con gli standard raccomandati dal NICE richiede circa 400 sterline per ogni nato, le conseguenze dei problemi di salute mentale perinatale non trattati impongono alla società costi complessivi pari a 10.000 sterline per ogni nato, 2/3 dei quali sono dovuti all'impatto negativo sulla salute bambino (45).

Bibliografia

1. World Health Organization. *Improving early childhood development: WHO guideline*. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332068>; ultima consultazione 05/04/2022.
3. Ministero della Salute. *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita - Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*. Roma: Ministero della Salute; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
4. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):313-327. doi: 10.1002/wps.20769.
5. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review [published correction appears in *Obstet Gynecol*. 2004 Jun;103(6):1344]. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
6. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
7. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210:315-23.
8. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML *et al*. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2019;80:18r12527.
9. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, *et al*. A metaanalysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1012-2
10. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, *et al*. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014;384(9956):1800-19
11. Pearson RM, Evans J, Kounali D, *et al*. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(12):1312-1319. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2163

12. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*. 2014;384(9956):1789-1799. doi:10.1016/S0140-6736(14)61278-2
13. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014.
14. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580-587. doi:10.1001/jama.2019.0007
15. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
16. Romito P. *La depressione dopo il parto. Nascita di un figlio e disagio delle madri*. Bologna: Il Mulino; 1992.
17. Benvenuti P. (1994). Psicopatologia legata alle funzioni riproduttive In: Cassano GB, Pancheri P (Ed.). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson; 1999. p. 2095-100
18. Cox J, Holden J, Henshaw C. *Perinatal mental health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. 2nd edition. London: RC Psych Publications; 2014.
19. Carpiniello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1997;18:280-5.
20. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord*. 1999;53(2):137-41.
21. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanita* 2000;36(4):465-78.
22. Ministero della Sanità. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000». Roma, Ministero della sanità, DM 24 aprile 2000. *Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana* n. 131, Supplemento ordinario n. 89 del 7 giugno 2000.
23. Fattorini G. *I consultori in Italia*. Roma: L'asino d'oro; 2014.
24. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum..* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2005.
25. Migrom J, et al. *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson; 2003.
26. Banti S, Mauri M, Oppo A, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Comprehensive Psychiatry* 2011;52(4):343-51.
27. Simeone D. *Il consultorio familiare*. Milano: Vita e Pensiero; 2014.
28. Kleiman K. *Guarire dalla depressione postpartum*. Trento: Erickson; 2017.
29. Grussu P, Bramante A. *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento*. Trento: Erickson; 2016.
30. Quatraro RM, Grussu P. *Psicologia clinica perinatale. Dalla teoria alla pratica*. Trento: Erickson; 2018.
31. Grussu P, Quatraro RM. Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. *Eur Psychiatry* 2009;24(5):327-33. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.006.
32. Bramante A, Cattoni C, Rinaldi C. Salvagente mamma: screening per la rilevazione precoce dei disturbi nel post partum. In: *Congresso Nazionale Società Marcé Italiana per la Salute Mentale*

- Perinatale 2018. Libro degli Atti.* Disponibile all'indirizzo: <https://iris.unica.it/retrieve/handle/11584/246571/295368/libroatti.pdf>; ultima consultazione 05/04/2022.
33. Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Palumbo G, Gigantesco A. Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione post partum. *Riv Psichiatr.* 2016;51(6):260-269. doi: 10.1708/2596.26728.
 34. Ministero della Salute. *Maternità fragile: studio sull'efficacia di un modello di intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale ed alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile.* Progetto CCM 2012. Roma: Ministero della Salute; 2012. <https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=programmi/2012/maternita-fragile-prevenzione-secondaria&idP=740>
 35. Guidomei S, Lega I, Cicconetti C, Falcieri M, Castelli E, Donati S, Borsari S. Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna. *Bollettino Epidemiologico Nazionale* novembre 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/novembre /disagio-psichico-perinatale-ausl-bologna>; ultima consultazione 05/04/2022.
 36. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, Vichi M, Loghi M, Donati S. Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy. *Arch Womens Ment Health* 2020;23(2):199-206.
 37. Ministero della Salute. *Depressione post-partum, approvati 16 progetti regionali dedicati alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio.* Ministero della Salute; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=3378; ultima consultazione 05/04/2022.
 38. Byatt N, Xu W, Levin LL, *et al.* Perinatal depression care pathway for obstetric settings. *Int Rev Psychiatry* 2019;31:210-28.
 39. Lora A, Andreoni G, Barri M, Frisone E, Fumagalli S, Gargantini G, Leogrande M, Magliano L, Monzio Compagnoni M, Nespoli A, Pellegrini E, Perego P, Rovelli N, Sacchi P, Scuratti L, Zanini R. Il progetto BLUES: implementare pratiche innovative nelle attività di screening e di home visiting rivolte alle donne con depressione perinatale. *Boll Epidemiol Naz* 2022;3(1):29-39. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_040
 40. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, *et al.* Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7):439-45.
 41. Camoni L, Brescianini S, Mirabella F, Calamandrei G, Barbano G, Cattaneo M, Del Re D, Michielin P, Palumbo G, Gigantesco A. A structured program for perinatal depression and anxiety to be adopted in the emergencies. *Ann Ist Super Sanita.* 2021 Jan-Mar;57(1):67-71. doi: 10.4415/ANN_21_01_10.
 42. Lega I, Bramante A, Lauria L, *et al.* The Psychological Impact of COVID-19 among Women Accessing Family Care Centers during Pregnancy and the Postnatal Period in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):1983. doi:10.3390/ijerph19041983
 43. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis CL, Ren S, Ragonesi M, Barkham M, Churchill D, Henshaw C, Newstead J, Slade P, Spiby H, Stewart-Brown S. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess* 2016;20(37):1-414. doi: 10.3310/hta20370.
 44. Webb R, Uddin N, Ford E, Easter A, Shakespeare J, Roberts N, Alderdice F, Coates R, Hogg S, Cheyne H, Ayers S; MATRIx study team. Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2021 Jun;8(6):521-534. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30467-3.
 45. Bauer A, *et al.* *The cost of perinatal mental health problem.* London: Centre for Mental Health and London School of Economics; 2014.

CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE NEI CONSULTORI FAMILIARI

Enrica Beringheli (a), Ilaria Lega (b)

(a) *Già psicologa-psicoterapeuta presso i consultori familiari dell'ASST Melegnano-Martesana, Milano*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

“Ciò che mi spaventa non è la violenza dei cattivi;
è l'indifferenza dei buoni”

M. L. King

Violenza contro le donne: prevalenza, conseguenze sulla salute, ruolo dei servizi e dei professionisti sanitari

È a partire dagli anni '90 del secolo scorso che la comunità internazionale e le organizzazioni intergovernative, incluse le Nazioni Unite e il Consiglio d'Europa, hanno messo in evidenza l'entità e la natura del fenomeno della violenza contro le donne. L'indagine condotta dall'Agenzia dell'Unione europea per i Diritti Fondamentali (*Fundamental Rights Agency*, FRA) su 42.000 donne in 28 Stati membri dell'Unione Europea (UE) ha documentato che in Europa la violenza contro le donne costituisce una violazione dei diritti umani di vaste proporzioni, che impone una rinnovata attenzione politica: il 33% delle donne ha subito violenza fisica e/o sessuale dopo i 15 anni, il 22% da parte del partner; il 43% delle donne ha subito una qualche forma di violenza psicologica da parte di un partner attuale o precedente (1).

La violenza contro le donne è un problema di salute pubblica trasversale alla posizione sociale, colpisce soprattutto – ma non solo – le giovani donne, mette a maggior rischio le donne con disabilità e patologie croniche e coinvolge sempre i bambini come vittime di violenza assistita (1). Solo il 14% delle donne ha denunciato alla polizia l'episodio più grave di violenza inflitta dal partner. L'opportunità del coinvolgimento dei professionisti sanitari, fra i quali anche quelli del percorso nascita, è supportata dal riscontro che l'87% delle donne considera accettabile il fatto che i medici chiedano informazioni in merito alla violenza e dal fatto che, tra le donne che hanno subito violenza da parte di un ex-partner, il 42% ha sperimentato tale violenza proprio durante la gravidanza (1). La bellissima prefazione di Patrizia Romito all'edizione italiana delle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sintetizza con grande efficacia questa opportunità:

“[...] Gli operatori sanitari hanno un ruolo chiave nel rispondere ai bisogni delle vittime, per diversi motivi: essi/esse sono spesso le prime figure, e a volte le sole, che possono rendersi conto della situazione che la donna sta vivendo; rappresentano spesso delle figure autorevoli nella comunità, e i loro comportamenti hanno un “peso” importante sulla singola paziente e sulle persone che la circondano; la violenza, presente o passata, costituisce una delle cause della malattia/sofferenza (a volte la principale) e va quindi inclusa nella diagnosi e nella presa in carico [...]. Le cure sanitarie dirette alle vittime di violenza devono radicarsi in un approccio rispettoso dei diritti umani delle donne. Questo significa adottare un approccio di cure ‘centrate sulle donne’, che tuteli la loro dignità e garantisca autonomia decisionale. Gli

operatori sanitari devono avere la consapevolezza dell'impatto che il "genere" – discriminazioni materiali, aspettative, stereotipi... – ha sulla vita delle donne e devono essere in grado di tenerne conto nell'approccio con le vittime [...]" (2).

Quanto proposto dalla linea guida OMS presuppone che il personale sanitario riceva una formazione specifica sulla violenza contro le donne, che deve far parte del curriculum universitario o professionale degli operatori ed essere continuamente aggiornata e opportunamente valutata nel corso dell'attività professionale (2).

Lo screening universale sulla violenza è sconsigliato dall'OMS, ma l'esposizione alla violenza del partner deve essere indagata in quelle condizioni che possono essere causate o complicate dalla violenza, che includono sintomi di un disturbo mentale – come depressione, ansia, PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), tentativi di suicidio/atti autolesivi –, esiti riproduttivi avversi (tra cui ripetute gravidanze indesiderate e/o interruzioni di gravidanza, ritardo nell'assistenza durante la gravidanza, esiti avversi del parto), sintomi genitali inspiegabili (compreso il dolore pelvico, disfunzioni sessuali), sanguinamento vaginale ripetuto e infezioni a trasmissione sessuale, consultazioni sanitarie ripetute o partner intrusivo. Il contesto delle cure prenatali è un'occasione per informarsi sistematicamente sulla violenza da partner (2). È sempre necessaria la presenza dei requisiti minimi per chiedere informazioni sulla violenza da partner che includono: disponibilità di un protocollo/procedura operativa standard; formazione su come fare domande, e su come fornire almeno una risposta minima o chiarimenti ulteriori; setting che garantisca la privacy; garanzia di riservatezza; organizzazione nel servizio di un sistema di invio ad altri servizi (2).

Contesto italiano

I dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) relativi al 2014 collocano l'Italia in linea con l'allarmante media europea: le donne che hanno subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale sono il 31,5% (circa 7 milioni di donne): il 20,2% (4 milioni 353 mila) ha subito violenza fisica, il 21% (4 milioni 520 mila) violenza sessuale, il 5,4% violenze sessuali gravi, quali stupro (652 mila) e tentato stupro (746 mila) (3). La voglia di riscatto e difesa è altissima: il 41,7% delle vittime ha lasciato il proprio compagno a causa delle violenze subite. Le donne straniere hanno subito violenza fisica o sessuale in misura simile alle italiane nel corso della vita (31,3% e 31,5%), ma più spesso dal partner o da un ex partner (20,4%) rispetto alle donne italiane (12,9%). Per quanto con un trend in miglioramento, la violenza del partner viene denunciata alle forze dell'ordine solo dall'11,8% delle donne e la ricerca di aiuto presso i servizi specializzati riguarda solo il 4,9% (3).

Delle 119 donne uccise in Italia nel 2020, il 92,2% è stata uccisa da una persona conosciuta: nel 51,7% dei casi (60 donne) dal partner attuale e nel 6,0% (7 donne) dal precedente, nel 25,9% dei casi (30 donne) da un familiare (inclusi i figli e i genitori) e nell'8,6% dei casi (10 donne) da un'altra persona conosciuta (amico, collega) (4).

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha accresciuto il rischio di violenza contro le donne in ambito familiare e ridotto la possibilità di accoglienza da parte dei servizi sanitari. Nel 2020 le richieste di aiuto al numero di pubblica utilità 1522 contro la violenza sulle donne e lo stalking promosso e gestito dal Dipartimento per le Pari Opportunità sono aumentate del 79,5%, con picchi ad aprile e a maggio, rispetto al 2019 (5). Gli accessi al Pronto Soccorso di donne con l'indicazione di diagnosi di violenza nel 2020 sono invece diminuiti del 28% rispetto al 2019, anche se in misura inferiore rispetto al totale degli accessi per qualsiasi diagnosi (6). La rete DIRE

(Donne in Rete contro la violenza) ha registrato un aumento degli accessi delle donne ai servizi antiviolenza nel marzo-aprile 2020 rispetto agli anni precedenti (7).

In linea con la Convenzione di Istanbul, ratificata dall'Italia con la Legge 27 giugno 2013 n. 773, nel Paese sono state adottate le linee guida nazionali rivolte alle aziende sanitarie e ospedaliere finalizzate a garantire un intervento adeguato e integrato nel trattamento delle conseguenze fisiche e psicologiche che la violenza maschile produce sulla salute della donna (8). Nel 2020 il Ministero della Salute, in collaborazione con l'Unità operativa Ricerca psicosociosanitaria, Comunicazione, Formazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha realizzato un corso FAD per favorire la piena divulgazione delle Linee guida nazionali cui hanno partecipato 26.347 professionisti e 642 Pronto Soccorso di tutte le Regioni italiane (6).

La Legge 19 luglio 2019, n. 69, recante “Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere”, conosciuta anche come Codice Rosso, ha reso più incisiva la repressione della violenza di genere introducendo nuove fattispecie di reato, inasprendo le pene di delitti già esistenti e predisponendo meccanismi di pronta risposta al fenomeno della violenza domestica e di genere e incidendo sui tempi investigativi.

Considerazioni

L'indagine dell'ISS 2018 ha raccolto informazioni di livello generale per restituire una prima fotografia nazionale del coinvolgimento dei Consultori Familiari (CF) in attività orientate alla prevenzione della violenza di genere in ambito scolastico e nel riconoscimento e nella presa in carico delle donne vittime di violenza.

È opportuno ricordare che, fra i 1.226 CF che hanno riferito di occuparsi di adolescenti/giovani e/o dell'area coppia/famiglia, quelli che effettuano attività di prevenzione e promozione della salute nelle scuole – in autonomia o in collaborazione con altri servizi – sono il 67,9% al Nord, il 51,4% al Centro e il 69,5% al Sud e nelle Isole. Il tema della violenza di genere è trattato più spesso in ambito scolastico dai CF delle Regioni del Centro (69,3%), rispetto a quelli del Sud e Isole e del Nord del Paese (46,6% e 42,3% rispettivamente).

A livello di Azienda sanitaria/Distretto, le attività relative al contrasto alla violenza di genere sono oggetto di programmazione periodica nel 61% dei servizi consultoriali e l'82,5% (151/183) ha sottoscritto un atto formale di collaborazione con la rete territoriale antiviolenza. Inoltre, il tema del contrasto alla violenza di genere, anche con particolare riferimento alla violenza in gravidanza, è fra i più rappresentati nei CF che hanno svolto attività di ricerca negli ultimi 5 anni. L'indagine testimonia quindi che il contrasto alla violenza contro le donne è parte integrante delle attività dei servizi consultoriali, che in questo ambito sviluppano programmazione e promuovono integrazione e ricerca.

Al livello di indagine di singola sede – che dà una misura della capillarità dell'offerta dei CF a livello di prossimità con l'utente – i risultati cambiano: i CF che fanno parte della rete antiviolenza sono in media 1 su 2 (52%). Emerge un'ampia variabilità interregionale: in Basilicata, Campania, Calabria, Liguria e Valle d'Aosta meno del 20% dei CF fa parte di questa rete, a fronte di oltre il 70% nella PA di Trento, in Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche e Molise. Con riferimento alle raccomandazioni delle linee guida dell'OMS e nazionali è urgente promuovere il collegamento dei CF con la rete antiviolenza come buona pratica diffusa in tutte le Regioni/PA del Paese.

Anche per l'offerta di *counselling* sulla violenza di genere e sessuale da parte dei CF – garantita a livello nazionale in media dal 70% dei CF – si riscontra un'ampia variabilità, con un gradiente geografico che vede una maggiore disponibilità nei CF delle Regioni del Centro

(80,4%) rispetto al Nord (70,8%) e al Sud e Isole (61,9%). Stratificando la disponibilità di *counselling* sulla violenza di genere e sessuale rispetto al modello prevalente di CF adottato nelle diverse Regioni – maggiormente orientato alle attività dell’area ostetrico-ginecologica (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria), centrato sulle competenze psicosociali (Lombardia, Liguria e Molise) o che abbinò la doppia linea di attività sanitaria e psicosociale (Valle d’Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Regioni del Sud e Isole) (9) – l’offerta mostra differenze contenute, essendo presente rispettivamente nel 65,7%, 73,3% e 70,5% delle sedi di CF. La composizione delle équipes in termini di profilo professionale non sembra quindi essere l’elemento principale in grado di condizionare la disponibilità di un *counselling* di primo livello.

Complessivamente i casi di donne vittime di violenza seguite nel 2017 dai CF in collaborazione con altri servizi sono stati 3.897, pari al 3% delle utenti donne dei CF nello stesso anno. È indubbio che i CF debbano essere adeguatamente supportati per svolgere un ruolo di maggior rilievo sia nel riconoscimento che nella presa in carico: i risultati dei più robusti studi italiani ci dicono infatti che hanno subito violenze nell’ultimo anno il 12% delle donne ricoverate per IVG (Interruzione Volontaria di Gravidanza) (10), il 14% di quelle che accedono al Pronto Soccorso (11), il 9% delle utenti di medici di medicina generale (12).

Guardando oltre i dati resi disponibili dall’indagine dell’ISS, fra le esperienze regionali meglio documentate ci sono quelle dell’Emilia-Romagna, dove l’Osservatorio regionale sulla violenza di genere pubblica dal 2018 un rapporto annuale che prende in esame l’andamento del fenomeno della violenza contro le donne analizzando i servizi esistenti e la domanda di accesso (13) e della Toscana, giunta nel 2021 al 13° rapporto, che contiene una sezione dedicata al ruolo dei CF (14).

Il PDTA regionale per le donne che subiscono violenza adottato in Friuli Venezia Giulia individua i CF fra i servizi sociosanitari che compongono i nodi della rete regionale di riferimento per la presa in carico della donna che subisce violenza, attribuendo loro un ruolo di primo piano sia nell’accoglienza che nella messa in protezione della donna (15).

A livello aziendale, la ASL Roma 2 ha messo a punto un percorso per le donne vittime di violenza, riconosciuto tra le buone pratiche aziendali, che prevede: la figura del *case manager*, l’ostetrica/infermiera che segue la donna in tutto l’iter ospedaliero e l’affidamento ai servizi; il Punto unico di ricezione, un telefono attivo 12 ore al giorno per operatori segnalanti, finalizzato a creare un raccordo e attivare la rete; il Centro unico di riferimento, in cui un’équipe dedicata accoglie la donna e mette a punto con lei un piano di intervento individualizzato (16).

Uno studio svolto nel 2017 in 6 CF dell’hinterland milanese ha esplorato le motivazioni della domanda di un campione di 97 donne vittime di violenza psicologica, fisica e/o sessuale utenti dei servizi consultoriali e le difficoltà agli operatori nella presa in carico di queste utenti (17). Meno del 10% si era rivolta al CF per chiedere aiuto per i maltrattamenti in famiglia e gli episodi di violenza, mentre le principali motivazioni dell’accesso erano la conflittualità di coppia, problematiche riferibili a difficoltà genitoriali, stati d’ansia, attacchi di panico, controlli ginecologici, Pap-test, IVG, bonus regionali. In questo studio alcuni casi sono stati intercettati dalle assistenti sociali durante l’erogazione dei bonus regionali, altri da richieste di sostegno psicologico per disturbi d’ansia, stati depressivi e/o disturbi psicosomatici. La lettura di questa esperienza evidenzia come la “domanda o richiesta” che arriva ai CF è varia e complessa, necessita di una buona capacità di analisi e di una conoscenza delle risorse esistenti sul territorio da parte dell’équipe. È uno dei momenti più complessi e delicati del lavoro consultoriale. Dal fronte degli operatori che hanno partecipato allo studio, meno del 10%, per lo più di area sanitaria, ritiene “che il problema non rientra nel loro ruolo, non li riguarda”, altri (12%) dell’area psicosociale hanno lamentato di non sentirsi in grado di affrontare direttamente il tema per mancanza di preparazione specifica e di strumenti adeguati. È emersa una frattura tra operatori dell’area sanitaria e dell’area psicosociale che, anche alla luce dell’indagine dell’ISS (9) stimola

una riflessione sui cambiamenti avvenuti gradualmente nel funzionamento dei CF a partire dalla metà degli anni '90 ad oggi. I mutamenti legislativi, la diffusa carenza di personale e la contrazione del numero delle sedi sembrano aver diluito le caratteristiche peculiari e fondanti del CF minandone il carattere esperienziale, di laboratorio sociale e culturale sulla sessualità “sana e consapevole”. Complessivamente è divenuto predominante l'aspetto sanitario, in una logica di “prestazioni da erogare”, di organizzazione per appuntamenti e con un singolo operatore: ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale. Naturalmente il CF risponde anche a situazioni urgenti per le quali le donne vanno accolte immediatamente (contraccezione d'emergenza) o entro pochi giorni (gravidanza non desiderata, dubbio di maltrattamenti/violenza sessuale, gravidanza iniziale, ecc.). Ciò nonostante, l'impianto del consultorio dovrebbe rimanere ancorato a una logica multiprofessionale e di forte interazione con le altre realtà, non solo sociosanitarie, ma anche educative, ricreative, culturali (18).

Possibile ruolo per i CF nel contrasto alla violenza contro le donne

Il racconto della violenza è difficile, si trova a passare per altre vie. I motivi sono differenti e soggettivi, si è parlato di vergogna, paura per sé e per i figli, incapacità di dare voce al dolore, paura di sentirsi madri o mogli fallite. La narrazione della violenza e del trauma è un aspetto di profonda criticità. Le donne vittime di maltrattamenti non raccontano facilmente ed esplicitamente le violenze subite, piuttosto paiono consegnare agli operatori sanitari le conseguenze psico-fisiche delle loro sofferenze. Dietro a disagi psicologici, malesseri, generici problemi di coppia, separazioni “conflittuali”, disagi dei figli, difficoltà genitoriali, IVG ripetute, patologie ginecologiche, disturbi e disagi perinatali non è raro che si nascondano violenze. Operatori educati a un ascolto attento, preparato e formato a individuare le spie della violenza e come essa si manifesti nei racconti possono avere un ruolo fondamentale nell'aiuto alle vittime. Rita Charon, che molto si è occupata di questo tema e del trauma, ha affermato che le persone che subiscono violenza o che sono traumatizzate devono essere spesso accompagnate nella narrazione del trauma (19). Un aspetto fondamentale nel trattamento della violenza di genere è quello di accompagnare le vittime nella ricostruzione del proprio racconto, della propria versione. Gli operatori devono essere formati per comprendere il racconto dei pazienti ma anche a strutturare il proprio, per analizzare il loro operato, e l'importanza del sostegno e della coesione all'interno dell'équipe, anche per il benessere degli operatori (19). Perché, ricordiamolo, un operatore equilibrato è un operatore che è in grado di aiutare il proprio paziente.

Un mito da sfatare è quello che vede nella gravidanza un momento di “protezione” della donna rispetto alla violenza (1), e il puerperio può rappresentare anzi un momento di particolare rischio, in cui è possibile che riprendano comportamenti violenti cessati in precedenza (20). Un aspetto su cui i CF dovrebbero focalizzarsi è proprio quello della gravidanza, che può essere foriero di campanelli d'allarme. Inoltre è un momento di grande delicatezza nella vita di una donna e il rapporto che si crea con i professionisti sanitari che seguono la donna in questo percorso è strategico. È necessario guardare alla gravidanza come una finestra diretta sulla salute futura della donna: il periodo perinatale rappresenta un'opportunità unica per i professionisti sanitari di valutare il benessere mentale e fisico della donna, contribuendo a migliorare la sua salute per tutto l'arco della sua vita (21). Non a caso la linea guida dell'OMS raccomanda di indagare l'eventuale esposizione alla violenza del partner nel periodo perinatale, e ciò chiama in causa il CF e i suoi professionisti che si occupano di percorso nascita, ma anche di IVG e di salute sessuale. Rispetto al contesto del Pronto Soccorso, che ha un ruolo centrale nella linea guida nazionale, il CF ha

delle potenzialità del tutto peculiari: può contare su un'équipe multiprofessionale – se saremo in grado di preservarla e rilanciarla – e sulla relazione instaurata con la donna nell'ambito di un percorso, cosa che facilita un riconoscimento più precoce di violenze anche meno manifeste ma non per questo meno gravi, e ha dalla sua la cifra dell'integrazione con il territorio e con i servizi sociosanitari per mettere in moto il lavoro di rete necessario alla presa in carico di casi così complessi.

L'associazione tra violenza e depressione, e il fatto che la violenza da parte del partner sia tra i principali fattori di rischio per la depressione post partum (22, 23), richiamano all'opportunità di unificare i percorsi per la prevenzione e il riconoscimento della depressione perinatale e della violenza contro le donne pur senza dimenticare le specificità delle due aree, soprattutto per quanto riguarda la presa in carico, che nel caso delle donne vittime di violenza in ambito familiare non può rivolgersi a tale contesto o includere il partner violento come destinatario dell'intervento (24).

I servizi consultoriali, con il loro ancoraggio al contrasto alle diseguaglianze di salute, possono rappresentare inoltre un presidio particolarmente prezioso per raggiungere le donne in condizioni di svantaggio o fragilità, giacché come sappiamo:

“la condizione economica, lo status di immigrata legale o illegale, il colore della pelle o l'origine etnica, l'orientamento sessuale, lo stato di disabilità, l'età hanno un impatto sia sul rischio di subire violenza sia sulla risposta da parte dell'istituzione sanitaria” (2).

Non dimentichiamo infine che il CF, attraverso le attività di promozione della salute nelle scuole, è forse fra i pochi servizi sanitari in grado di giocare un ruolo nella prevenzione della violenza di genere rivolta agli adolescenti, e, grazie alla disponibilità degli spazi giovani – 643 a livello nazionale ci dice l'indagine dell'ISS – offre alle giovani donne un luogo ad accesso libero, autonomo e gratuito, in cui trovare ascolto e supporto competente.

Conclusioni

La violenza contro le donne è un problema di salute pubblica la cui prevenzione e considerazione deve partire dai luoghi deputati alla cura, all'ascolto e al sostegno delle donne, quali sono i CF. È un cammino denso di criticità per affrontare le quali i CF, fondati sull'approccio olistico alla salute, sostenuti da équipe multiprofessionali esperte in qualità della relazione e comunicazione e integrate con gli altri servizi sociosanitari, offrono un'opportunità irrinunciabile per la prevenzione e il riconoscimento precoce della violenza, a partire dall'accompagnamento durante la vita sessuale, il percorso nascita e il percorso IVG, oltre che negli interventi rivolti agli adolescenti. È evidente come sia necessario un potenziamento strutturale, funzionale e organizzativo dei CF come previsto dal Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, rivolto a sette regioni del Mezzogiorno e finanziato a livello europeo, che oltre agli obiettivi di contrastare la povertà, prendersi cura della salute mentale e garantire maggiore copertura agli screening oncologici mira a porre il genere al centro della cura, stanziando dei fondi considerevoli per i CF nell'ottica dell'equità di genere. Si tratta di una importante opportunità che, con il potenziamento e il rinnovamento dell'assistenza territoriale previsti dal PNRR, intende affrontare la sfida di offrire servizi che non si misureranno sulla quantità di prestazioni erogate ma sulla capacità di promuovere la salute nei singoli e nelle comunità.

Bibliografia

1. Agenzia dell'Unione europea per i Diritti Fondamentali (FRA). *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione europea. Panoramica dei risultati*. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2014. Disponibile all'indirizzo: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_it.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
2. De Girolamo G, Romito P (Ed.). *Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne. Orientamenti e linee-guida cliniche dell'OMS*. Roma: Fioriti Editore, 2014.
3. ISTAT. *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. Anno 2014*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
4. ISTAT. *Omicidi di donne*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/omicidi-di-donne>; ultima consultazione 05/04/2022.
5. ISTAT. *Le richieste di aiuto durante la pandemia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/257704>; ultima consultazione 05/04/2022.
6. ISTAT. *Violenza e accesso delle donne al pronto soccorso*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-al-pronto-soccorso>; ultima consultazione 05/04/2022.
7. Lundin R, Armocida B, Sdao P, et al. Gender-based violence during the COVID-19 pandemic response in Italy. *J Glob Health*. 2020;10(2):020359. doi:10.7189/jogh.10.020359
8. Italia. DPCM 24 novembre 2017 “Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza. *Gazzetta Ufficiale* n.24 del 30-1-2018
9. Lauria L, Bortolus R, Battilomo S, et al. Analisi delle attività della rete dei Consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo: principali risultati del Progetto CCM 2017. *Epidemiol Prev*. 2021;45(5):331-42. doi:10.19191/EP21.5.A001.096
10. Romito P, Turan JM, Neilands T, Lucchetta C, Pomicino L, Scrimin F. Violence and women's psychological distress after birth: an exploratory study in Italy. *Health Care Women Int*. 2009;30(1-2):160-80.
11. Romito P, Gerin D. Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. *Social Science & Medicine* 2002;54(12):1813-24.
12. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past violence on women's mental health. *Social Science & Medicine* 2005;60:1717-27.
13. Osservatorio regionale sulla violenza di genere. *Rapporto Anno 2021*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://parita.regione.emilia-romagna.it/osservatorio-regionale-violenza-genere/rapporti-dell2019osservatorio-regionale-sulla-violenza-di-genere/osservatorio-regionale-sulla-violenza-di-genere-rapporto-anno-2021>; ultima consultazione 05/04/2022.
14. Osservatorio Sociale Regionale Regione Toscana. *13° Rapporto sulla violenza di genere*. Firenze: Regione Toscana; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13865702/violenzaXIII-interattivoII.pdf/0d8e75db-052a-e79f-9b9a-69daa5f67bc0?t=1637661416166>; ultima consultazione 05/04/2022.
15. Regione Friuli Venezia Giulia. *Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza*. Trieste: Regione Friuli Venezia Giulia; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale->

- sanitario/FOGLIA134/allegati/19112019_decreto_2400_SPS_2019.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
16. Proietti P, Marocchini S. *Il percorso aiuto donna dedicato alle vittime di violenza*. Roma: ASL Roma 2; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.buonepratiche sicurezzasanita.it/images/AslRoma2/Buona_Pratica_Percorso_Aiuto_Donna_ASL_ROMA_2_A.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
 17. Beringheli E. La violenza di genere: analisi dei dati del 2017 nei consultori dell'Asst Melegnano Martesana. In: *Convegno Assistenza alle vittime di violenza di genere, Vizzolo Predabissi, 9 aprile 2018*.
 18. Gambarini M, Marconi C, Maturilli F. Educazione alla salute nei consultori familiari. In: *Educare alla salute e all'assistenza: manuale per operatori*. Milano: Mondadori; 2018. Cap. 17. Disponibile all'indirizzo: <https://www.apirenetwork.it/2020/06/14/cap-17-educazione-alla-salute-bei-consultori-familiari/>; ultima consultazione 05/04/2022.
 19. Charon, R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative* 2005;13(3):261-70.
 20. Dubini V, Curiel P. La violenza come fattore di rischio in gravidanza. *Risveglio Ostetrico* 2004;1:1-2.
 21. American College of Nurse-Midwives and the National Association of Nurse Practitioners in Women's Health; American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine, Louis JM, et al. Interpregnancy care. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(1):B2-B18. doi:10.1016/j.ajog.2018.11.1098)
 22. Romito P, Escriba'-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin Molzan Turan J. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Women's Health Issues* 2009;19, 335-343.
 23. Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown SJ. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG*. 2012;119(3):315-23.
 24. Romito P. Violenza sulle donne nel periodo perinatale e impatto sulla salute mentale. In: *Convegno "La sorveglianza ostetrica Itoss"*. Roma, 14 marzo 2019.

APPENDICE A
Testimonianze dal territorio

Gilda Di Paolo, ginecologa

Gilda Di Paolo è ginecologa e lavora nei consultori familiari abruzzesi da oltre trent'anni

Ho iniziato a lavorare come ginecologa nei consultori familiari nel lontano 1986. La mia prima sede era collocata in un contesto “rurale” in un paesino in provincia di Pescara.

Fino ad allora la maggior parte delle donne non avevano mai conosciuta una ginecologa di sesso femminile e la loro figura di riferimento per confidare le problematiche della sfera sessuale era unicamente l’ostetrica “condotta”. La legge regionale istitutiva dei consultori era stata promulgata nel 1978 ma non si era ancora sedimentata una cultura del diritto alla salute sessuale della donna.

La ginecologa donna veniva fortemente investita dalla *mission* che la deputava al ruolo cardine di “diffusore” della cultura suddetta, fortemente esaltata dalla Legge 194/1978 che veniva regolarmente e sistematicamente boicottata. Per fare ciò la ginecologa si scontrava con un sistema di potere maschilista e conservatore; questo contesto sfavorevole ha fatto sì che io abbia dovuto lottare aspramente contro questi “poteri forti” pagando duramente in prima persona attraverso la cronica emarginazione dai ruoli e dalle funzioni allora ricoperte unicamente dai colleghi maschi ed “allineati”.

Fortunatamente in quegli anni la motivazione ad un lavoro olistico e in rete era fortemente rappresentata sia nei Servizi sanitari che in quelli sociali, dove gli operatori condividevano una *mission* e una *vision* protesa alla nuova e rivoluzionaria cultura espressa dalla L.833/78 e a tutte le leggi ad essa collegate: 194/78, 180/78 etc. E questo anche grazie alla presenza di referenti regionali estremamente illuminati e motivati – Ottavia Mermoz Strobbia – che hanno saputo trarre dalla sensibilità e determinazione dei singoli la forza del collettivo.

Intanto il mio impegno cresceva e si diversificava il target che afferiva ai consultori, con particolare riferimento alla popolazione adolescenziale – maschile e femminile -. Questo anche in virtù del fatto che, nel frattempo, mi ero ricollocata in contesti con una variegata caratterizzazione sociale e all’interno di *équipe* multidisciplinari – pediatra, ginecologo, ostetrica, psicologo, sociologo, assistente sociale, infermiere professionale – che garantivano una significativa qualità dell’assistenza e dei percorsi di promozione della salute: incontri nelle scuole, incontri nelle fabbriche, accompagnamento alla gravidanza e, soprattutto, la istituzione dei primi “consultori giovani”.

A tal proposito desidero narrare un episodio significativo che ben rappresenta la riconversione di stereotipi negativi in nuovi e inediti comportamenti pregni di consapevolezza del proprio diritto al benessere sessuale dell’individuo di ogni genere e appartenenza. Il giorno dedicato allo spazio giovani vedeva l’*équipe* del consultorio tutta coinvolta all’accoglienza di questo target al quale era riservato un accesso privilegiato. Le richieste di consulenza erano molto variegata e riferite vuoi a problematiche inerenti la sfera ginecologica – contraccezione, interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, ecc. – vuoi a richieste di aiuto per ogni forma di disagio o sofferenza nella vita di relazione affettiva e sessuale. Un giorno si presentarono due giovani ragazzi affetti da sindrome di Down, dichiarando di essersi da poco fidanzati e di aver deciso di avere una loro vita sessuale. Per questo motivo si rivolgevano alla ginecologa con la richiesta chiara di una corretta e sicura contraccezione. Colpiva la assoluta consapevolezza dei propri diritti ma, soprattutto, quella dei propri bisogni primari. Colpiva inoltre la meravigliosa conoscenza di quello spazio dedicato anche e soprattutto a loro due. La richiesta veniva accolta ed evasa dopo un gradevole e simpatico *counselling* con la presa in carico “globale” da parte dell’*équipe* del consultorio e la piena accettazione da parte di tutti gli altri utenti presenti.”

Purtroppo negli ultimi anni la condizione di impoverimento del *welfare* che ha interessato tutto il nostro Paese si è particolarmente evidenziata nella regione Abruzzo all’interno dei Servizi territoriali alla persona e soprattutto nei Consultori familiari, che sono stati progressivamente smantellati e ridotti nelle proprie risorse, in particolare in quelle umane. La condizione della donna ha visto un grave arretramento sul piano dei diritti primari – basti vedere gli attacchi violenti alla IVG – e della costruzione di un sistema basato sulle pari opportunità. È pertanto necessario recuperare quei contenuti e quegli obiettivi che la L. 833/78 aveva diffuso e che mi hanno permesso di sentirmi parte di un grande movimento di massa che mi ha portato ad essere donna tra le donne in un percorso di crescita emotiva, culturale e sociale. Oggi le sfide del nostro Sistema si sono moltiplicate grazie soprattutto ai flussi migratori e alla complessità delle problematiche che investono i giovani, gli anziani, le famiglie e le diversità di ogni genere. Bisogna recuperare una cultura dell’accoglienza e dell’ascolto, unico vero antidoto all’indifferenza e all’aziendalismo asettico.

Maria Rita Corina, ginecologa

Maria Rita Corina è specialista in ostetricia e ginecologia dal 1980. È stata responsabile dell'attività ginecologica consultoriale della ASM di Matera

Mi sono laureata nel 1976 e sono cresciuta professionalmente tenendo presente la valenza sociale, politica, morale che la legge 405/75 e successivamente la legge 194/78 hanno significato non solo nell'ordinamento giuridico della collettività, ma anche nella coscienza dei medici italiani. Gli anni '70 furono anni straordinari: legge sul divorzio (1970), legge sull'istituzione dei consultori e sul nuovo diritto di famiglia (1975), legge Basaglia e 194 (1978), legge 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale. La mia generazione ha avuto fin dall'inizio ed è riuscita a mantenere negli anni una grande motivazione a lavorare nei consultori, nonostante le difficoltà legate alle mutevoli condizioni politiche.

Studiare il contesto nel quale i consultori familiari hanno avuto origine è indispensabile per comprendere a pieno la valenza di questi servizi ed essere in grado di farli conoscere e riconoscere.

È importante che i colleghi giovani ricordino che il consultorio familiare deve:

- far fronte alle molteplici necessità del singolo, delle coppie e della famiglia, uscendo dalle quattro mura del servizio per offrire opportunità di incontro e di dialogo negli ambienti di lavoro, nei luoghi di aggregazione, nelle scuole;
- puntare sulla formazione interculturale di tutte le figure professionali in sinergia con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e operatori di pronto soccorso ospedalieri;
- programmare e riorganizzare – con una rappresentatività nell'ambito distrettuale e/o ospedaliero diretta e non mediata – progetti per la collettività;
- pretendere di dialogare in sede regionale per affermare e condividere linee guida e progettualità per garantire la genuinità della proposta operativa consultoriale.

Anna Domenica Mignuoli, ostetrica

Mimma Mignuoli, ostetrica dal 1988, dal 1993 ha lavorato presso il consultorio di Trebisacce (CS), dove ha fondato l'ambulatorio della gravidanza fisiologica. Attualmente lavora presso il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria

La mia attività di ostetrica è iniziata nel 1993 presso il Consultorio Familiare di Trebisacce, comune della Provincia di Cosenza e unico centro dell'Alto Jonio che raggiunge i 10.000 abitanti di popolazione. A Trebisacce vi era anche l'Ospedale "Guido Chidichimo", aperto negli anni Ottanta, riferimento per l'intera comunità Montana dell'Alto Jonio. Dal 2008 al 2012 è iniziata una politica di ridimensionamento dell'ospedale, tanto da chiuderlo definitivamente nel marzo 2012, in vista di un suo futuro accorpamento nell'Ospedale della Sibaritide, in fase di progettazione. In seguito alla chiusura dell'Ospedale e quindi del punto nascita, il Consultorio ha implementato le ore lavorative passando da sei a 12 ore giornaliere. Il Consultorio Familiare di Trebisacce ha un bacino di utenza di circa 22.000 abitanti e i Comuni afferenti sono i seguenti: Trebisacce, Villapiana, Francavilla, Cerchiara, Albidona, Alessandria del Carretto, Plataci, Amendolara. Attualmente è tutto l'Alto Jonio Cosentino a soffrire della carenza di servizi assistenziali, il Piano di Rientro e il Commissariamento della Sanità Calabrese, con il blocco del turn-over e il ridimensionamento dei servizi assistenziali ha fatto sì che tutto il comprensorio soffrisse la mancanza di un Ospedale.

Partendo dal presupposto che l'ultimo concorso finalizzato alla copertura di posti nei Consultori Familiari nell'Alto Jonio Cosentino risale a 25 anni fa, il blocco del turn-over non consente di sostituire il personale che man mano sta andando in quiescenza; nella prospettiva e speranza di nuova forza lavoro e quindi équipe consultoriali al completo per come previsto dal POMI, mi piacerebbe lasciare come messaggio, alle nuove leve, il valore che ho potuto sperimentare, lavorando in Consultorio, nella presa in carico della donna/coppia/famiglia attraverso un approccio integrato, che nessun altro servizio è in grado di offrire. Tutto ciò ha permesso non solo il soddisfacimento dei bisogni delle donne, ma anche un enorme arricchimento personale e professionale: lavorare in Consultorio mi ha consentito di valorizzare il mio ruolo

di Ostetrica, assai diverso da quello appreso durante il corso di studi, dove la maggiore attenzione era rivolta all'assistenza in sala parto.

Essere Ostetrica Consultoriale ha significato per me lavorare accanto alla donna in tutto il suo ciclo vitale e alle nuove generazioni di colleghe vorrei trasmettere il privilegio che ho potuto sperimentare ad es., nell'accompagnare le donne nella scoperta del funzionamento del proprio corpo, dagli incontri con le adolescenti a quelli di accompagnamento alla nascita per finire a quelli in menopausa. La soddisfazione che si prova quando si sente dire "... Ah non sapevo di funzionare così." "... Ah stasera vado a casa portandomi il perineo...". In sostanza vorrei trasferire alle nuove generazioni il valore del "prendersi cura" della donna, che rimane il pilastro portante della famiglia e quindi della società.

Spesso ripenso agli inizi, quando ho cominciato a lavorare come Ostetrica in Consultorio, non ne conoscevo neanche l'esistenza di questi servizi, perché l'allora formazione universitaria non prevedeva il tirocinio formativo presso gli stessi. Mi ritengo privilegiata, perché la mia presa di servizio in Consultorio è coincisa con alcune attività formative, che la regione Calabria aveva intrapreso con il gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità, per l'implementazione dello screening del cervico-carcinoma. Sono rimasta affascinata, perché per me era tutto nuovo, di quanto si potesse fare per coinvolgere attivamente la comunità di riferimento, ho cercato di comprendere e mettere in pratica tutto ciò che ho appreso in quegli anni. Insieme alle colleghe/i del Consultorio dove lavoro, abbiamo iniziato a coinvolgere i Sindaci dei paesi afferenti al servizio, i medici di medicina generale, i Parroci e le donne che pensavamo potessero essere delle influencer (per dirla in termini moderni, per noi le comari), li abbiamo coinvolti nell'organizzazione di convegni e iniziative dove spiegavamo l'importanza della prevenzione dei tumori femminili. L'offerta attiva per noi ha significato organizzare l'équipe itinerante (ostetrica e sociologa) che si recava nei paesini dell'entroterra per offrire il test di screening; laddove non era possibile usufruire di locali dell'ASP, chiedevamo ai medici di medicina generale di metterci a disposizione i loro studi, questo si è tradotto in un loro maggiore coinvolgimento. Quando analizzavamo le cause del rifiuto, cercavamo di mettere in atto nuove strategie, come ad esempio chiedere al parroco di informare le parrocchiane durante l'omelia della domenica dell'opportunità di eseguire il Pap-test nella propria sede anziché raggiungere il Consultorio. Abbiamo coinvolto le donne leader, per noi le comari del paese, come nel caso di un piccolo paese, in cui la maggior parte delle donne che non avevano effettuato il Pap-test viveva in un complesso di case popolari: abbiamo chiesto alla comare di parlare alle sue amiche e far capire loro l'importanza di eseguire il Pap-test. La stessa comare ha messo a disposizione casa sua e ci ha dato la possibilità di raggiungere quelle donne che non sarebbero mai venute in Consultorio per sottoporsi al test. Come in un altro caso, quando il sindaco ha messo a disposizione l'aula consiliare del comune per un convegno, ma non sapeva come coinvolgere le donne che avrebbero avuto maggiore bisogno dell'informazione, cioè quelle con basso livello socio-economico. Abbiamo pensato di recarci una settimana prima in questo piccolo comune dell'entroterra calabrese, e accompagnate da una comare abbiamo bussato a tutte le porte del paesino invitando le donne direttamente (questo era il modo di invitare la comunità ai matrimoni, altro che partecipazioni). Tutto ciò ha permesso di avere altissime percentuali di donne che hanno effettuato il Pap-test (97%), oltre ad essere riusciti ad accreditare il servizio nella comunità. Lo screening del cervico-carcinoma, potendo lavorare su un'ampia fascia di popolazione femminile, ci ha permesso di offrire attivamente i servizi che il consultorio offre, tra questi l'ambulatorio della gravidanza fisiologica, che negli anni ha visto crescere il numero delle donne seguite, come pure i corsi di accompagnamento alla nascita. Altra strategia di coinvolgimento è stato il mercato di fine mese: le donne in gravidanza che ci capitavano a tiro, le invitavamo ai CAN. A questo proposito, ricordo di un biglietto di ringraziamento scritto da una mamma... "Se quel giorno non ti avessi incontrata al mercato la mia vita avrebbe avuto un altro colore..." La signora forse ha esagerato, ma noi abbiamo imparato che offerta attiva significava non perdere nessuna occasione.

Nella mia esperienza consultoriale mi sono occupata prevalentemente del percorso nascita, ma recentemente ho voluto sperimentare degli incontri in Consultorio rivolti alle adolescenti per parlare del menarca. Abbiamo inviato qualche messaggio *whatsapp* ad alcune mamme che conoscevamo perché invitassero le proprie figlie a partecipare agli incontri. Avevamo previsto la partecipazione di 6/8 adolescenti, ne sono arrivate 23. A fine incontro abbiamo chiesto ai genitori quale motivo li avesse spinti a inviare le proprie figlie, nonostante non avessimo fornito spiegazioni dettagliate sulla finalità dell'incontro, la risposta è stata... "Come potevamo non fidarci di un incontro organizzato dal servizio che ha visto già in pancia le nostre figlie". Ebbene la quasi totalità delle ragazzine che avevano partecipato erano figlie di donne che in gravidanza erano state seguite dalle Ostetriche in Consultorio. Ebbene, questo episodio mi ha

dato conferma che l'accreditamento del servizio nella comunità consente che questo sia punto di riferimento per tutta la famiglia.

Se penso al futuro, alle nuove sfide, secondo me la sfida che i Consulenti Familiari devono raccogliere è quella di attuare pienamente il POMI.

Rosetta Papa, ginecologa

Rosetta Papa è Direttore dell'Unità Operativa Complessa Tutela Salute della Donna dell'Asl Napoli 1 Centro

Il Primo Giorno: 12 ottobre 1981 ore 14.30

Devo ringraziare innanzi tutto, le donne che ho incontrato e che continuo ad incontrare e la narrazione che mi hanno regalato delle loro vite attraverso i loro corpi. La peculiarità sta nell'osservatorio privilegiato dal quale ho la fortuna di guardare l'universo femminile: il territorio.

Ho seguito le ricadute di quella rivoluzione culturale e civile che attraversò gli anni '70 e i primi anni '80, conquiste e progressi che trovavano ogni giorno cittadinanza nel quotidiano di ognuno. Le donne, partendo dalla loro competenza, da quel sapere fatto di quotidianità e di saggezza, trasformarono l'essere madri e casalinghe in esperienza e capacità, affermarono il valore della sessualità senza riproduzione, mutarono la delegittimazione sociale, legata alla dipendenza economica, rivendicando la dignità del lavoro di cura e pretendendone la condivisione, convertirono le istanze di salute, disattese nella loro complessità e interezza, in progetti concreti. Nacquero così, voluti dalle donne, i Consulenti familiari.

L'assunzione era a tempo determinato, ma era importante accettare, perché lavorare in un Consultorio Familiare era una esperienza a cui non avrei mai rinunciato, dopo aver preso parte tanto attivamente al movimento che ne chiedeva l'apertura.

Nei quartieri poveri di Napoli, quelli veri, come di una qualsiasi altra parte del mondo, non traspare solo la miseria, ma si respira una sorta di rassegnata desolazione. Arrivando nella strada dove era la sede del Consultorio, percepii una indigenza strana attraverso la quale si intravedeva una anomala complicità, riconobbi insomma, in quell'abbandono, una sorta di sottomissione. La sede del Consultorio Familiare era al pian terreno, nei locali di una scuola elementare, manco a dirlo sede dell'ex ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia). L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, sostituì nel 1925 le Condotte Ostetriche istituite con regio decreto n° 466 nel 1906. Successivamente con la legge n. 298 del 13 aprile 1933, i presidi dell'O.N.M.I. furono trasformati in vere e proprie articolazioni territoriali direttamente gestite a livello centrale dal Partito nazionale fascista.

Ed ora, dopo 50 anni, le donne potevano usufruire di agenzie sanitarie i cui principi ispiratori rappresentavano una vera rivoluzione nel panorama sociale e sanitario del tempo.

Mi sentivo, quindi, testimone occasionale ma privilegiata, di questa trasformazione culturale: le donne erano passate dal modello assistenziale a quello partecipativo nella gestione della loro salute.

Sarei stata in grado di parlare con le donne di questo quartiere così concretamente e duramente 'escluso'? Questa la domanda che mi accompagnò nei giorni successivi. Ma sentivo che era proprio questo il laboratorio dove verificare finalmente le mie competenze professionali, ed era senz'altro questa la fabbrica dove imparare e confrontarmi con altre realtà, quindi dove la mia identità politica avrebbe trovato la sua sede privilegiata per esprimersi con atti concreti. Non mi sbagliavo.

Il volto del disagio: la signora Dora

La signora Dora aveva i capelli rossi che portava raccolti, in una grossa treccia, decisamente bella ma, se sorrideva, e lo faceva schernendosi con la mano, i denti tradivano la sua condizione sociale, le mancava un incisivo e si intravedeva qualche carie. Ma era bella lo stesso.

Aveva con sé una bambina di circa tre anni, l'altro figlio più grande lo aveva affidato ad un'amica. Era al quinto mese di gravidanza e perdeva sangue. La visitai, ma già l'ecografia che aveva esibito parlava di una placenta previa marginale. Le prescrissi subito una terapia farmacologica e le ingiunsi di andare subito a casa e di mettersi a riposo.

«Dottoré tengo altri due figli, abito al settimo piano nelle Vele¹ e spesso non ho acqua a casa!» Questa volta il sorriso imperfetto si trasformò decisamente in una evidente risata, sì per dirla tutta mi rise in faccia, ma senza aggressività, senza offesa, semplicemente con rassegnazione, e come per una conferma amara e scontata con quel sorriso rimarcò con spietata precisione il confine che c'era tra me e lei, tra la medicina dei medici e la medicina dei pazienti.

Senza volerlo, senza premeditazione, nella più assoluta inconsapevolezza, avevamo determinato la drammatizzazione di un conflitto vecchio come il mondo, avevamo reso tangibile in un luogo e in un tempo, la oggettiva difficoltà a comunicare e la improrogabile, almeno per me, necessità di infrangere ogni barriera. Il paradigma del rapporto medico-paziente appreso con tanta puntualità, da tempo sperimentato e che, a mio parere, aveva dato segni di fragilità già in molte, troppe occasioni, in questo momento, grazie a questa donna dai capelli rossi, cambiava incredibilmente il suo asse!

La signora Dora aveva prepotentemente esibito la sua condizione sociale ed era questo e null'altro che le avrebbe impedito di seguire quanto consigliato.

Ma non potevo abbattere le Vele, né montare l'ascensore e nemmeno garantire l'acqua a casa di Dora. Potevo solo prescrivere. Anche se avevo letto tanto sulla medicina sociale entusiasmandomi per le parole di Giulio Maccacaro, ora mi sentivo inadeguata in questo ruolo; il mio camice bianco assunse i confini seducenti e buffi di un travestimento, dentro cui avrei potuto nascondermi, ma non era questo ciò che volevo, dovevo proporre a Dora altro, lì in quel momento, subito.

La messa alla prova era arrivata in maniera repentina, quasi troppo. Un'altra sanità, un altro modo di produrre salute per Dora passava ineluttabilmente per la sua casa senz'acqua e i suoi denti cariati.

Dovevo infrangere la regola, mettermi dall'altra parte e immaginare con lei le soluzioni possibili! Le regole sono spesso restrittive, non lasciano margine, e proprio con questo loro delimitare danno sicurezza e garanzia a chi si muove dentro di esse.

Non avevo alcuna alternativa, dovevo rischiare! Fu allora che cominciammo a parlare, insieme, lei e io, entrammo in sintonia, e concordammo un "piano terapeutico" che teneva conto delle necessità di entrambe. La delega, a volte totale, che il paziente rimette nei confronti del medico non è senza beneficio per la buona riuscita di una terapia, ma la sfida che impone l'alleanza tra medico e paziente richiede molto altro.

Ci rivedemmo regolarmente, fino alla fine della sua gravidanza che arrivò quasi a termine. Dopo meno di quattro mesi nacque una splendida bambina dai capelli rossi a cui fu dato il nome di Jessica, con la J e non con la G (Dora ci teneva molto alla differenza).

Le Nuove Sfide

Quanto accaduto in questi ultimi 40 anni, politicamente, culturalmente ed economicamente, ha determinato molti cambiamenti nella Sanità Pubblica e queste straordinarie Agenzie, i Consultori, sono state senza dubbio quelle maggiormente deprivate anche se le esigenze del territorio sono andate aumentando. Basti pensare che il Progetto Obiettivo Materno Infantile, in alcune Regioni ancora oggi, non viene applicato. Le nuove sfide sono rappresentate dalle nuove istanze che vengono esibite sempre con maggiore determinazione dalla Comunità LGBT e da quella parte della comunità femminile immigrata sempre più invisibile perché costretta a spazi di prostituzione ai limiti della dignità umana. La formazione quindi deve essere uno degli obiettivi prioritari di una programmazione sanitaria che voglia davvero ridurre le disuguaglianze, unica vera strategia per produrre salute.

¹ Palazzi chiamati "le Vele" per la loro forma, il quartiere è quello di Scampia. Nati a seguito della legge 167 del 1962 che prevedeva la costruzione di case popolari, i palazzi si ispirarono alle Unités d'Habitations di Le Corbusier e alle strutture «a cavalletto» proposte da Kenzo Tange. Il progetto messo a punto dall'architetto Franz Di Salvo prevedeva la realizzazione di grandi unità abitative dove centinaia di famiglie avrebbero potuto integrarsi e creare una nuova comunità, gettando le basi per il riscatto sociale. Accanto alle Vele, avrebbero dovuto vedere la luce centri sociali, spazi di gioco per bambini e altre attrezzature collettive. Il sogno si è però trasformato in un incubo poiché il complesso residenziale è diventato un ghetto, regno dello spaccio e della delinquenza nonché simbolo di degrado, insicurezza e illegalità. Dei sette immobili tre sono stati abbattuti tra il 1993 e il 1997 (G. Ausiello, il Mattino).

Silvana Borsari, ginecologa

Silvana Borsari ha ricoperto prima l'incarico di Direttrice della Struttura complessa Consultori familiari di Modena poi di Direttrice del distretto sociosanitario di Modena. Attualmente è Direttrice sanitaria dell'Azienda USL di Modena

Sono una ginecologa specializzata presso l'Università degli studi di Modena nel 1986. La mia attività presso i consultori famigliari della città di Modena iniziò nel 1984, con un progetto integrato tra la scuola di specializzazione universitaria e il consorzio sociosanitario – servizio materno infantile territoriale – sull'assistenza al periodo climaterico e alla menopausa. Il progetto nasceva dalle richieste del comitato di gestione dei consultori famigliari, costituito da donne delle associazioni femminili e femministe, in particolare Unione Donne Italiane e Centro Italiano Femminile, e prevedeva interventi di prevenzione e informazione sulla menopausa, includendo anche l'attenzione agli stereotipi di genere e al contrasto alla medicalizzazione di una tappa fisiologica della vita della donna. Furono progettati incontri informativi con la cittadinanza, corsi dedicati a gruppi di donne in menopausa che si vedevano regolarmente – ogni 15 gg per tre mesi – con le professioniste del consultorio (ostetrica, ginecologa e psicologa), attività ambulatoriali di consulenza ostetrica, psicologica e ginecologica.

I consultori in Emilia-Romagna e a Modena furono istituiti nel 1974 e si consolidarono con la legge nazionale di istituzione dei consultori famigliari del 1975 e con la legge 194 del 1978. La tutela sociale della maternità, la procreazione cosciente e responsabile, l'autodeterminazione della donna non solo in tema di maternità ma anche di salute sessuale e riproduttiva, compresa la prevenzione dei tumori femminili, furono gli obiettivi prioritari della attività consultoriale anche nella città di Modena, come in tutta la regione e in Italia. Presso il consultorio a Modena era offerto anche un servizio di consulenza legale per le tematiche di separazione e divorzio.

Nel 1986 fui assunta presso i consultori famigliari di Modena insieme a un gruppo di colleghe/i a seguito di un progetto regionale, che aveva l'obiettivo di rafforzare e rendere stabili le attività dei consultori e che determinò l'assunzione di professioniste/i dedicati: ostetriche, ginecologhe/i, psicologhe/i.

Mi ritengo particolarmente fortunata perché ho iniziato la mia esperienza lavorativa nei consultori famigliari con un gruppo di professioniste/i giovani, tutte/i alle prime esperienze lavorative ma fortemente motivate/i e sostenute/i dai professionisti "storici", che avevano avviato le attività consultoriali in città e che ci accolsero insegnandoci con entusiasmo e competenza il nuovo lavoro.

Le esperienze allora in atto di gestione sociale del servizio sono state per noi giovani professioniste/i di allora un campo di prova importante dove mettersi in discussione rispetto al ruolo e alle modalità di fare assistenza che avevamo imparato nelle aule universitarie e nei reparti dei policlinici. Abbiamo scoperto, molte di noi già ne facevano anche parte, i movimenti femminili e femministi e le istanze sulla autonomia delle donne nella gestione del corpo e della salute, imparando a riconoscere e valorizzare i saperi delle donne. Ci siamo confrontate alla pari con le donne sulla modalità di assistenza proposta, sull'organizzazione dei servizi, sul come dare loro strumenti per autodeterminarsi. Abbiamo messo ampiamente in discussione il nostro ruolo e le modalità di lavoro con le donne e in équipe. Abbiamo compreso quanto potevamo imparare dalle donne stesse per fare meglio il nostro lavoro. Abbiamo programmato insieme ai colleghi la nostra formazione continua con particolare attenzione alla consulenza sessuale e alle teorie sistemiche relazionali quali strumenti importanti del nostro lavoro.

Le nuove generazioni di professioniste/i non hanno potuto fare queste esperienze e solo alcune/i hanno integrata la loro formazione in ambito di relazione e d'équipe. L'enfasi degli ultimi anni è stata rivolta soprattutto alle competenze tecniche/professionali (utilizzo di strumenti diagnostici, linee guida, protocolli etc.). Quello che manca attualmente sono contesti di discussione alla pari tra professionisti/e e cittadine/i sui temi della salute, sulla tipologia di servizi necessari, sull'organizzazione dei percorsi assistenziali.

Credo che la sfida sia, ora come allora, stimolare la curiosità delle/dei professioniste/i a conoscere i contesti esterni al consultorio, ad andare dove sono gli adolescenti, le donne gli uomini e lì iniziare a discutere, di diritti sessuali e riproduttivi, di desideri di maternità e paternità, di menopausa, di sessualità nell'anziano e tanto altro. Il bello del nostro lavoro è che ci confrontiamo coi progetti di vita di tante persone diverse e la varietà dei temi è infinita e sempre interessantissima e "intrigante" anche per la nostra vita/crescita personale.

Mi sento di fare un esempio concreto: è stato pubblicato nel 2018 un testo di una giovane giornalista, Camilla Endrici (“194 diciannove modi per dirlo”, Giraldi editore), che ha raccolto le storie di 19 donne che hanno avuto un’esperienza di interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Le narrazioni sono semplici, essenziali e senza commenti o giudizi in merito. La lettura condivisa di questo testo e successiva discussione con gruppi di giovani donne e uomini o nelle équipes dei professionisti che assistono le donne nel percorso IVG può essere un’occasione importante per riflettere sul miglioramento dei servizi offerti, ma soprattutto per affrontare i temi inerenti al desiderio di maternità, di paternità, le ambiguità presenti in ognuna/o di noi e il bisogno di condividere riflessioni esperienze e storie. Ancora sul tema della violenza domestica propongo a ad esempio un documentario, “Ma l’amore c’entra?” realizzato dalla regista Elisabetta Lodoli in collaborazione col centro Liberiamoci Dalla Violenza, centro di accompagnamento degli uomini che agiscono violenza del consultorio di Modena. Il documentario racconta la violenza agita sulle compagne da tre uomini utenti del centro, utilizzando per descriverla le parole e le frasi raccolte durante le interviste dalla regista che le ha riportate tali e quali nella realizzazione del filmato, utilizzando attori professionisti. La novità di questo documentario, bello anche dal punto di vista artistico, è l’ascolto di cosa dicono gli uomini che agiscono la violenza. Questa testimonianza consente di portare discussioni e confronti in molti contesti quali assemblee nei posti di lavoro, nelle scuole, sedi di associazioni e tanto altro.

La formazione dei/delle professioniste che lavorano nei servizi consultoriali dovrebbe comprendere la conoscenza delle tecniche di lavoro di gruppo, di teatro sociale, di promozione delle esperienze di gruppi di pari, i principi dell’assistenza transculturale e dell’utilizzo della mediazione linguistico culturale in ambito assistenziale. Questa formazione può essere garantita a livello istituzionale ma ognuno di noi ha fatto percorsi anche personali di formazione e anche questi vanno promossi e stimolati all’interno dei servizi.

Negli anni ‘90/2000 le esperienze dei consultori della nostra regione si sono concentrate sull’assistenza agli adolescenti (nascita degli spazi giovani consultoriali), sull’assistenza al percorso nascita con particolare attenzione alla promozione dell’assistenza ostetrica alla gravidanza e al puerperio fisiologico, sulla assistenza al percorso IVG, alla prevenzione delle IVG e la promozione di una consulenza contraccettiva personalizzata transculturale. Il coinvolgimento delle comunità delle donne straniere nell’analisi dei bisogni e di altre professionalità nei progetti di innovazione dei servizi quali antropologhe e sociologhe è stato un momento importante di rinnovamento e di iniezione di nuove energie e di nuovi progetti assistenziali.

Allo stesso tempo (1996) è partita l’offerta attiva dello screening del collo dell’utero e della mammella, in particolare il primo ha comportato un notevole aggravio e irrigidimento dell’attività dei consultori famigliari ma ha anche portato tanta utenza nuova, che attraverso lo screening imparava a conoscere i servizi offerti dal consultorio. Sulla gravidanza siamo passati dal 30% di donne in gravidanza assistite dal consultorio al 54%. Il consultorio è diventato davvero un servizio per tutta la popolazione in particolare per gli adolescenti, le donne in età fertile e le attività di ginecologia curativa e dei percorsi oncologici.

Altra esperienza per me importante è stata quella di riuscire a promuovere il centro di documentazione perinatale regionale (SAPERIDOC), centro a supporto dei professionisti consultoriali (ma non solo) che, essendo distribuiti sul territorio, poco avevano accesso alle informazioni scientifiche. Il sito è organizzato per quesiti clinici cui vengono date risposte chiare e utili nella pratica quotidiana ed è stato inoltre importante per supportare progetti di miglioramento ad esempio sulla promozione e sostegno dell’allattamento materno e la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili.

Quali le nuove sfide per il futuro? Tramandare l’enorme esperienza che i servizi hanno prodotto nei quarant’anni di attività svolta, ritrovando nuova energia per affrontare le nuove o vecchie tematiche che le persone che arrivano ai servizi ci portano. Il consultorio famigliare deve rimanere punto fondamentale della rete dei servizi territoriali e ospedalieri sanitari, sociosanitari ed educativi anche nelle nuove organizzazioni quali le case della salute L’esigenza è quella di investire di nuovo in progetti di ricerca sociale e antropologica per avere strumenti di lettura delle nuove realtà famigliari e sociali costantemente in evoluzione e per individuare offerte di servizi adeguate alle nuove esigenze. Un’altra sfida importante sarà promuovere attivamente il coinvolgimento diretto delle donne e degli uomini e delle/degli adolescenti nella riflessione sulle nuove sfide sulla salute sessuale, riproduttiva e relazionale, nell’identificazione dei servizi da offrire e dei percorsi assistenziali da organizzare.

Daniela Gerin, ginecologa

Daniela Gerin, dal 1985 lavora presso i Consultori Familiari dell'Azienda per i Servizi Sanitari n1 Triestina

Ho cominciato a lavorare nei Consultori Familiari (CF) nel 1984 a Trieste, dove tutt'ora vivo, con l'allora USL e con un contratto ad ore che non prevedeva nulla (malattia, ferie, pensione, etc.). Avevamo un "tutor" ospedaliero perché alcune di noi non erano ancora specializzate. Così alternavo l'attività consultoriale con le notti in ostetricia e quelle in Guardia medica e la medicina scolastica. Vivevo praticamente con il lavoro della guardia medica, di cui ero titolare.

Al tempo nei consultori triestini erano molto attivi i "comitati di gestione" (noi non li chiamavamo di partecipazione) e una volta al mese circa si facevano gli incontri con la presidente del comitato e con tante donne attive sulla salute delle donne.

Anche per questa presenza attiva e determinata, Trieste ha avuto, dal 1985 in poi circa, sei sedi consultoriali in cui erano presenti da subito le 4 figure base (ginecologa, psicologa, assistente sociale e ostetrica) per un discreto numero di ore. Nel 1989 infine tutte le ginecologhe erano a contratto "sumai" e ogni consultorio aveva 20-30 ore settimanali di presenza medica. In seguito anche le altre figure professionali sono state stabilizzate.

I C. a Trieste non hanno mai avuto personale obiettore di coscienza, né i Centri di Aiuto alla Vita (CAV) presenti nelle sedi. Questo per esplicita richiesta delle donne. Con i CAV si collaborava, come tutt'ora avviene, soltanto su casi specifici, da noi selezionati, che potevano essere aiutati dal volontariato (per es. qualche ora di baby sitter, supporto economico per pannolini, vestiti, carrozzine, ecc).

Ricordo l'entusiasmo nel lavoro e nelle "rivendicazioni" e tutto sommato il grande impegno di cui oggi vediamo i frutti. Per esempio l'aver istituito presso il pronto soccorso dell'ospedale un punto consultoriale nei giorni prefestivi e festivi per distribuire gratuitamente la contraccezione d'emergenza, finché non è stata accessibile senza ricetta in farmacia, è stata una battaglia vinta tutto sommato facilmente, perché molti dei vertici aziendali erano già stati "sensibilizzati". A tutt'oggi nei giorni festivi le minorenni possono rivolgersi all'ospedale infantile per richiedere la pillola del giorno dopo, gratuitamente e senza essere accompagnate dai genitori, come prevede la legge 194 e forse anche la 405 istitutiva dei consultori. Ovviamente nei giorni feriali devono rivolgersi ai CF.

Per le donne in condizioni di disagio sociale spirale (IUD) e impianti sottocutanei per la contraccezione sono erogati dal servizio in collaborazione con l'ospedale Burlo. In assenza di controindicazioni, viene proposto alla donna di inserire lo IUD in corso di IVG in continuità consultorio-ospedale-consultorio. Donne italiane e straniere, con o senza permesso di soggiorno, ricevono lo stesso trattamento.

L'approccio olistico in effetti è l'unico approccio che conosco e, paradossalmente, è più fattibile oggi che all'inizio della storia dei CF. L'ideologia iniziale talvolta aveva la meglio sulla preparazione professionale, ora invece il mix è a mio avviso più equilibrato, e questo è un bene. Certo, cosa succederà quando il ricambio di operatrici sarà totale?

È certo che 30 anni fa la violenza contro le donne veniva riconosciuta pochissimo in consultorio mentre oggi, dopo anni di intensa formazione, la violenza domestica è un tema quotidiano in consultorio per tutte e 4 le figure professionali, tanto per fare un esempio.

Un episodio speciale? Ce ne sono molti, ma qualcosa per abbattere gli stereotipi ce l'ho. Una donna velata, apparentemente sottomessa, con marito troppo presente, tre figli, che accetta molto volentieri la mediazione culturale. Parliamo di contraccezione senza il marito e lei ha già le idee chiare. "Dottoressa – mi dice – ma secondo lei è proprio necessario che io dica a mio marito che voglio mettermi la spirale?" "No signora – dico io – se pensa che sia meglio non dirglielo, può farlo. "Appunto – risponde – è quello che penso anch'io anche se nel mio Paese non è così." Abbiamo fissato l'appuntamento per lo IUD che ha ancora in sede dopo 5 anni. Il marito lo sa? Non lo so, ma non ha importanza per ora.

Le sfide da raccogliere sono un problema difficile e preoccupante. Parlando con chi lavora nelle varie regioni italiane, la situazione nei consultori è talmente variegata (da "semplici" ambulatori assorbiti nel distretto sanitario a "semplici" servizi psico-sociali che vedono il ginecologo una volta la settimana). In molte parti d'Italia sono già spariti. La regionalizzazione della sanità è per me dannosa, se si completa darà 20 risposte sanitarie diverse al Paese. Assurdo.

C'è poi l'attuale tendenza alla privatizzazione del sistema sanitario pubblico, il concetto di "comprare" prestazioni dal privato, di assumere sempre meno, ecc. E, molto grave, la stanchezza psicologica e

disillusione nelle cosiddette nuove generazioni; una sorta di rassegnazione come se così è e nulla si possa fare.

Ripeto sempre che le conquiste fin qui fatte non sono eterne, vanno costantemente difese: a Verona però c'è stata una bella dimostrazione che si può reagire alla follia! E questo è confortante e dà speranza (1).

Il consiglio alle operatrici e operatori giovani è di allargare i loro orizzonti, di inquadrare il loro lavoro in un contesto generale, di rispondere con coraggio e convinzione all'ignoranza delle istituzioni, quando è il caso e di assumersi la responsabilità delle proprie azioni, andando anche contro capi e capetti se lo si ritiene giusto. È troppo? Questo significa andare contro corrente, è quello che ho sempre fatto e che mi ha dato... molte soddisfazioni!

Mi fermo qui, ma potrei continuare per un giorno a raccontarvi tutto.

Spero che da queste parole si possa trarre qualche spunto per il futuro.

Patrizia Auriemma, ginecologa

Patrizia Auriemma ha ricoperto l'incarico di Coordinatore dell'attività dei Consulteri Familiari, successivamente di Direttore UOC Tutela Salute della Donna e Dell'Età Evolutiva nella ASL ROMA 2

Per lavorare in un Consultorio Familiare... ne ho aperto uno: il Consultorio Familiare di Settecamini, Via Rubellia 2. La Borgata di Settecamini, lungo la Via Tiburtina, oltre il Raccordo Anulare, separata dalle propaggini di San Basilio da un tratto di campagna si era fortemente urbanizzata e ospitava un gran numero di giovani famiglie con un gran numero di bambini. Le esigenze sanitarie erano in crescita e chi dalla Borgata doveva raggiungere un qualunque servizio assistenziale doveva affrontare, con i mezzi o in auto la Via Tiburtina, una strada stretta, lenta e trafficata il cui tracciato non molto differiva dalla Tiburtina dei latifondi dei primi del '900. Come poteva non esserci lì un Consultorio Familiare? E così fu, era il settembre del 1979.

Alla mia generazione è stato offerto un dono straordinario, quello di crescere permeati dall'idea di poter essere protagonisti dei cambiamenti che vedevamo necessari, di sentirci noi stesse/i parte attiva nel riscatto delle disuguaglianze sociali che il Maggio Francese nel 1968, il Femminismo militante poi con il suo portato di consapevolezza da parte delle donne dei propri diritti, portavano prepotentemente in luce, coinvolgendo un numero incredibile di uomini e donne, giovani e adulti.

Queste trasformazioni epocali furono accompagnate e sostenute da un dibattito nel Paese che ha coinvolto milioni di persone i movimenti delle donne e i partiti, spesso con posizioni trasversali tra donne di diversa estrazione e visione politica. I Consulteri Familiari nacquero in questo contesto, delineati da Leggi fortemente innovative, volute e votate da una larga maggioranza parlamentare. Una grande conquista che una intera generazione di operatori ha sostenuto nel suo sviluppo con il massimo impegno e professionalità.

Lasciare un messaggio alle nuove generazioni è sempre particolarmente delicato e ancora di più lasciarlo a persone che non spesso conoscono le motivazioni e le considerazioni tratte dalla realtà che hanno portato alla nascita dei Consulteri Familiari. Credo comunque che due possano essere i messaggi importanti:

1. l'importanza del conoscere la *vision* e la *mission* originariamente assegnata ai Consulteri Familiari e' tutt'ora di grande attualità. Ricercare le motivazioni delle scelte fatte allora può essere una guida nel comprendere a fondo l'innovatività rappresentata da servizi unici per tipologia, anche organizzativa, pensati e strutturati per un approccio globale ai bisogni della persona. Solo il non tradire la *vision* originaria e operare nel rispetto della *mission* e del mandato descritto nelle Leggi istitutive, e loro successive modificazioni e declinazioni, potrà garantire il perdurare dell'IDENTITÀ dei Consulteri Familiari e quindi la loro "SOPRAVVIVENZA";
2. la necessità del tenere costantemente aperto il canale dell'osservazione e dell'analisi delle realtà sociali e sanitarie cogliendone l'evoluzione e i cambiamenti intervenuti in questi 45 anni, in modo da poter adattare via via il servizio consultoriale alle nuove esigenze di donne, famiglie, giovani trasformando e arricchendo il proprio operato a che gli interventi siano aderenti ai bisogni odierni e rispondano sempre a criteri di evidenza scientifica.

Oggi infatti la situazione sociale e sanitaria trasformata ci pone di fronte ad una generazione di giovani donne che, per condizioni di prolungata permanenza nella precarietà lavorativa e/o forse anche relazionale, si trova a procrastinare nel tempo i propri progetti riproduttivi, una procrastinazione che fortemente impatta sulla effettiva potenzialità di futuro riproduttivo. Da qui l'emergere, se non il dilagare dei Centri per la infertilità, pubblici e privati per donne che, all'atto di abbracciare l'idea di maternità, impattano in una fertilità ridotta dalla normale fisiologia femminile e dalle numerose concause ambientali. Qui un grande ruolo può essere svolto dall'équipe consultoriale sui tanti aspetti della progettualità riproduttiva e sull'accompagnamento clinico verso le soluzioni più efficaci e congrue.

Altro fenomeno importantissimo è l'emersione della consapevolezza nelle donne del proprio assoluto diritto a non subire abusi, costrizioni, violenze. Tale consapevolezza si scontra però ancora oggi con la carenza di un efficace coordinamento interistituzionale (Servizi Sociosanitari, FFOO, Istituzioni giudiziarie e Associazionismo), e con scarsa garanzia di successo nelle azioni di contrasto al fenomeno della violenza e di tutela della donna e dei suoi figli per la mancanza di risorse dedicate, garantite nella continuità e di entità congrua rispetto ai bisogni di protezione e successiva autonomizzazione e reinserimento nei percorsi di istruzione e nel mondo lavorativo.

A tutto ciò si aggiunge la confusione per gli operatori consultoriali derivante dal fatto che, mentre a livello internazionale i Consulteri Familiari sono riconosciuti come modelli di operatività di dimostrata efficacia nella risposta ai bisogni complessi portati dall'utenza per l'operatività multidisciplinare e puntata sulla integrazione delle aree di intervento, contemporaneamente in Italia, i Consulteri Familiari non hanno il dovuto riconoscimento. Ancora oggi il maggior investimento economico converge sull'acuzie, e quindi sulla rete ospedaliera, mentre è stato irrisorio negli anni, lo è tutt'ora, e purtroppo pare così sarà anche nel prossimo futuro, rimane del tutto insufficiente l'investimento in termini di potenziamento dei servizi territoriali, tra cui i Consulteri Familiari, ovvero i luoghi deputati alla lettura del bisogno sanitario, all'accoglienza e orientamento dello stesso, alla presa in carico con percorsi ordinari e protetti tramite integrazione inter-servizi, con una presa in carico che va dalla prevenzione, attraverso la cura, fino alla riabilitazione e/o all'accompagnamento delle fasi più difficili per i pazienti e le loro famiglie.

Per lavorare secondo i principi istitutivi del CF quali l'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà, l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari, l'offerta attiva è stato necessario un processo di apprendimento e auto-apprendimento di nuove e mai utilizzate modalità operative e di interazione. Non è stato sempre facile ma l'équipe ha imparato a riconoscere il valore aggiunto del confronto anche attraverso la lettura dei risultati conseguiti. In tal senso, nel rafforzare la motivazione e sostenere gli operatori, un ruolo importante è stato svolto dalle Assemblee delle Donne, che dall'avvio dei Consulteri Familiari sono state permanenti alleate nel sostenerne la crescita e cartine di tornasole degli effettivi progressi conseguiti o meno.

Racconto un episodio che per me ha avuto un significato speciale e che ricordo sempre con piacere e commozione. Nel nostro percorso Consulteri Familiari ASL Roma 2, per diventare Comunità Amica del Bambino secondo i criteri e gli standard OMS-UNICEF per l'allattamento materno (Riconoscimento conseguito nel 2015) gli operatori dei Consulteri Familiari, delle Ostetriche e delle Pediatrie ospedaliere, i Pediatri di Base, gli operatori sociali dei Municipi, hanno tutti appreso, sperimentato e realizzato "Comunità di Pratiche"; mamme hanno scelto di attivare con altre mamme gruppi tra pari, realtà territoriali (cinema, bar, negozi vari, ecc.) si sono posti a disposizione per la creazione dei Baby Pit Stop per le neomamme. Ricordo il momento della foto di gruppo nella Sala Tevere della Regione Lazio. Dietro sullo schermo veniva proiettato il video realizzato da una delle mamme che illustrava quanto avevano trovato e ricevuto dagli operatori consultoriali, avanti in un grande insieme rumoroso e allegro mamme con i loro bambini in braccio e operatori a festeggiare insieme. Lì ho compreso pienamente il senso della parola "COMUNITÀ".

I Consulteri Familiari, in un dibattito franco e aperto che vede presenti l'Associazionismo, i gruppi di aggregazione femminile, condiviso con le donne che oggi nel mondo delle Scienze, della Cultura e della Politica pongono il focus del proprio impegno sulla condizione della donna e delle minoranze che con la donna condividono gli effetti della discriminazione e disuguaglianza, devono impegnarsi in una rilettura della realtà dal punto di vista sociale, culturale ed economico al fine di individuare i diritti fortemente minacciati oggi, da tutelare a tutti i costi e con ogni strategia;

- l'accesso libero e garantito alla contraccezione routinaria e di emergenza;
- il protagonismo nella scelta di maternità o meno a fronte di una concreta valutazione delle opportunità offerte per il sostentamento e la crescita dei propri figli o attraverso l'applicazione integrale della legge

- 194, con il superamento dello scempio delle problematiche conseguenti ad un tasso del 70% di obiezione di coscienza tra gli operatori sanitari;
- il contrasto alla violenza di genere tramite azioni efficaci e tempestive per il sostegno incondizionato alle vittime e l'imposizione di percorsi di recupero per i maltrattanti;
 - garanzia alle donne per l'accesso al lavoro tramite efficaci e stringenti azioni di supporto (ricordiamo che a seguito dell'emergenza COVID, tra coloro che hanno perso il lavoro il 60% è donna);
 - una medicina consapevole delle differenze di genere nell'approccio alle diverse patologie, alle peculiarità diagnostiche e terapeutiche tuttora scarsamente prese in adeguata considerazione.

Cristina Francesca Damiani, ginecologa

Cristina Francesca Damiani ha lavorato per circa 40 anni nei consultori familiari di varie zone periferiche di Roma e nella Provincia

Ho iniziato a lavorare nel consultorio di Ladispoli nel 1980.

Ladispoli è un paese cresciuto nel dopo-guerra come zona di vacanza al mare vicino a Roma (40 km a nord, direzione Civitavecchia). Dal 1970 si è trasformato in un paese-periferia di Roma, dove si sono trasferite molte persone che lavorano a Roma, perché le abitazioni costano meno. Ho lavorato a Ladispoli fino al 1994, quindi mi sono spostata prima ai castelli (Rocca di papa, Grottaferrata) poi in zona Appio-Tuscolana (via Monza, Piazza Condottieri, via Carlo Denina). Negli ultimi 15 anni sono stata nella periferia ovest (Corviale, Magliana e per oltre 12 anni al Trullo).

Ladispoli è stato uno dei primi paesi dove venivano inviati i primi migranti, russi, polacchi, nigeriani, rumeni.

La mia generazione negli anni '70 ha lottato per ottenere:

- a) divorzio e nuovo diritto di famiglia;
- b) possibilità di usare la pillola come contraccettivo;
- c) la possibilità di abortire in sicurezza;
- d) l'istituzione dei consultori come luoghi di assistenza ma non solo;

Credo che tutto ciò oggi giorno faccia parte del normale sentire, anche se non siamo tutti d'accordo sulle soluzioni.

Credo che il messaggio più importante da lasciare è che noi, come operatori siamo a disposizione dell'utenza cercando di assisterla nelle sue scelte e che non dobbiamo mai scegliere per loro.

Il "consultorio" non è un ospedale ma come dice il nome è un posto dove ci si "consulta".

Il primo obiettivo per riuscire a lavorare bene è stato quello di riuscire a vederci come operatori per programmare il lavoro: corsi, incontri, quali problemi trattare etc. In una parola riconoscersi come gruppo, équipe e non singoli isolati operatori.

Il secondo obiettivo è stato quello di identificare nel territorio eventuali servizi con cui collaborare (centri per la famiglia, scuole, centri anti-violenza, etc.)

Fatti questi due passi, tutto è venuto in maniera abbastanza facile.

Ho visto con la mia esperienza che anche operatori di un'altra generazione (30/50 anni), se entrano in una struttura lavorativa come sopra detta si inseriscono e lavorano bene. È fondamentale il modello lavorativo:

- accoglienza e capacità di ascolto
- lavoro in équipe
- collaborazione con altri servizi
- offerta attiva al territorio (corsi nelle scuole)

Vorrei raccontare due esperienze particolari:

- 1) A Ladispoli abbiamo preso contatto con una radio locale. A rotazione ognuno di noi andava due ore la mattina del lunedì per parlare di un argomento e rispondere alle telefonate che arrivavano. È stata una esperienza stimolante per noi ed ha favorito la conoscenza del consultorio nel territorio (indirizzo, orari, personale e cosa facevamo).
- 2) A "Carlo Denina" abbiamo organizzato un corso di preparazione alla nascita con donne bangladesi grazie alla presenza di una mediatrice del Bangladesh. Per queste donne, che spesso non uscivano

mai da sole, è stato molto importante parlare con loro pari, ridere tra loro, sentirsi più forti. Alcune dopo si sono iscritte ai corsi di italiano.

Il solo vederle parlare ci ha fatto piacere, loro che in visita non parlano mai perché c'è chi parla per loro: il marito.

Le nuove sfide che i CF devono raccogliere per far fronte alle attuali necessità delle donne, delle coppie, famiglie e degli adolescenti sono legate a:

- le nuove famiglie, sempre più monogenitoriali;
- adolescenti senza punti di riferimento con un ritorno del machismo e del bullismo, intolleranze e razzismo;
- l'aiuto da offrire per prepararsi alla menopausa mettendo in atto una serie di analisi e suggerimenti per la prevenzione di patologie della menopausa e vecchiaia;
- conoscenza di altre culture sociosanitarie per poter intervenire in maniera adeguata;
- collaborare con chiunque per aiutare le donne a riconoscere i segnali di rischio di violenza, informando sul “che fare”.

Piero Stettini, psicologo

Piero Stettini, psicologo, ha lavorato per 40 anni presso i servizi consultoriali della ASL 2 Savonese.

Mi ritengo fortunato ad essermi trovato neo laureato psicologo a fine anni '70 in un momento di grande evoluzione dei servizi sanitari, a partecipare alla costruzione della loro più avanzata espressione: i Consultori Familiari, dove ho iniziato a lavorare e dove – sono passati 40 anni da allora- ho continuato sino ad oggi a svolgere la mia attività professionale. Erano servizi appena nati, sulla base della legge istitutiva nazionale del '75 e della legge Regionale ligure del '76. Ed erano nati sull'onda del movimento delle donne in un momento storico di grandi trasformazioni nel mondo della sanità e più in generale della società civile. Di pochi anni prima la legge sul divorzio e il suo mantenimento nel '74 col referendum abrogativo, del '75 la riforma del diritto di famiglia che capovolgeva i valori tradizionali su cui si reggeva la famiglia patriarcale, e l'abbassamento della maggiore età dai 21 ai 18 anni. Nel '78 veniva varata la legge 833 che istituiva il Sistema Sanitario Nazionale, rivoluzionando la sanità pubblica, passando da una sanità che non garantiva il diritto alla salute se non in base al ceto sociale, ad un servizio rivolto a tutti i cittadini, distribuito in modo uniforme sul territorio, che aggiungeva all'aspetto curativo e terapeutico l'obiettivo della prevenzione e della riabilitazione, concezione a quei tempi avveniristica. Sempre dello stesso anno la legge Basaglia, che riformava gli ospedali psichiatrici, aprendo a un nuovo approccio sociale e umanistico verso la malattia mentale, e la legge 194 che depenalizzava l'aborto dettando le norme per la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza, affidando ai Consultori Familiari un fondamentale ruolo di assistenza, sostegno della donna e di prevenzione. Si trattava di trasformazioni sociali e culturali profonde, che andavano verso il riconoscimento dei diritti e della centralità della persona, la tutela della salute sia fisica che psichica come diritto, nel rispetto della dignità e della libertà dell'individuo, secondo principi di uguaglianza ed equità.

Questa era l'aria che si respirava e in questo particolare clima ho visto nascere il Consultorio Familiare, un servizio sanitario dai caratteri radicalmente nuovi rispetto a quella che era stata la sanità pubblica sino ad allora. Un servizio dove compariva la figura dello psicologo, chiamato a fianco di altri operatori (dal ginecologo al pediatra all'ostetrica, all'assistente sociale) a partecipare in un lavoro condiviso alla costruzione di un nuovo modello di assistenza integrato, con attenzione agli aspetti psico-somatici e psico-sociali, alle tematiche di genere, un servizio capace di affrontare in modo multidisciplinare i bisogni delle persone, con una attenzione rivolta alla promozione della salute, concetto anche questo profondamente innovativo, che andava al di là della pura prevenzione. Un servizio, inoltre, dove per la prima volta si poneva attenzione agli aspetti e ai temi della sessualità!

Pensate all'entusiasmo di un giovane laureato nel partecipare allo stato nascente di una realtà di questo genere, in un lavoro di équipe dove per la prima volta si univano e intrecciavano le competenze, sentirsi chiamati a scoprire e mettere alla prova nuovi approcci di cura e soprattutto di prevenzione! È stato bello per noi operatori poter mettere in moto all'interno dei servizi consultoriali liguri, col supporto e lo stimolo dei comitati di partecipazione delle donne, processi di cambiamento a livello ideologico e organizzativo

che ci allontanavano dal modello direttivo e paternalistico di medicina, di gerarchia verticale, per orientarci verso un modello orizzontale, centrato sull'accoglienza, l'ascolto, la centralità e la partecipazione attiva delle persone. Non sempre è stato facile, si dovevano talvolta affrontare resistenze a livello locale così come nel processo di integrazione con gli altri servizi, ma il successo delle iniziative e la risposta da parte di donne, giovani, famiglie e scuole coinvolte nelle diverse attività e progetti (dai programmi di educazione sessuale avviati a fine anni '70, all'apertura degli Spazi Giovani e del Centro Giovani di Savona, ai corsi di preparazione al parto sviluppati in tutti i consultori liguri dagli anni '80, ai corsi di massaggio del neonato e di sostegno alla genitorialità, agli incontri con la popolazione su temi preventivi), ci fornivano l'energia e la motivazione per proseguire con rinnovata passione. Si cavalcava una sorta di onda nascente, c'era la sensazione di partecipare attivamente a un importante processo di trasformazione.

E' vero che non sono mancati nei successivi passaggi alle USL, poi convertite in aziende, fattori di frenata rispetto alle spinte innovative e creative dei primi anni, anche a causa degli scarsi investimenti di risorse economiche e professionali e alle spinte verso approcci medici e organizzativi più tradizionali, ma non è neppure mancato da parte degli operatori uno sforzo costante per mantenere una valorizzazione del lavoro multidisciplinare e di rete e una attenzione alla persona nella sua globalità.

Oggi sono tante le realtà e le sfide che i servizi consultoriali hanno di fronte. Da un lato quella di non perdere le forti caratteristiche identitarie che li hanno contraddistinti (l'approccio integrato, multidimensionale, il lavoro di équipe multiprofessionale, l'offerta attiva, l'attenzione alla salute della donna, alle tematiche di genere, l'investimento nella promozione della salute) che ancora oggi conservano un grande potenziale e che rischiano -come in molte realtà è purtroppo avvenuto- di essere impoverite da processi di frammentazione dei servizi, parcellizzazione del lavoro multidisciplinare, burocratizzazione e depauperizzazione, nei vincoli di nuove organizzazioni di servizi e dipartimenti più ancorate a un'ottica biomedica, dove gli spazi consultoriali rischiano di essere ridotti ad ambulatori, con conseguente isolamento e arroccamento specialistico degli operatori. Dall'altro lato, le sfide poste dalle nuove realtà, nuovi bisogni e richieste emergenti. Pensiamo agli adolescenti e ai nuovi comportamenti a rischio, pensiamo al problema degli esordi sessuali precoci, alle nuove realtà delle famiglie, ai problemi posti dai processi migratori, ai fenomeni sempre più in risalto della violenza di genere, pensiamo al fenomeno della denatalità. Per affrontare efficacemente queste sfide c'è bisogno di un forte investimento di risorse economiche e strategiche che renda possibile un potenziamento e una riqualificazione dei servizi. E c'è necessità di operatori altamente motivati e accuratamente formati che possano indirizzare le loro migliori energie professionali e creative nella risposta a queste sfide, sfruttando le qualità uniche offerte dai servizi consultoriali, non a caso presi dalla OMS come modello di riferimento di servizi di I livello per la salute della donna.

Un aneddoto. Dopo aver avviato i primi programmi di educazione affettiva e sessuale rivolti agli studenti delle scuole secondarie superiori sul finire degli anni '70 con interventi in una scuola professionale Alberghiera, all'interno di un lavoro partecipato con studenti e insegnanti e ampio utilizzo nei gruppi classe di metodiche attivanti ed esperienziali, dopo alcuni anni di attività partì dalla direzione sanitaria un tentativo di bloccare il progetto, riportandolo a un più generico corso di prevenzione che toccasse tematiche di salute meno delicate e ideologicamente meno 'esplosive'. Nonostante i nostri sforzi come operatori di contrastare questa decisione, anche sulla base dei risultati raggiunti sugli obiettivi di salute sessuale e riproduttiva, non ci fu modo di spuntarla, la decisione era irrevocabile. Ma non si era tenuto conto della reazione dei ragazzi! Quando seppero dell'interruzione del corso ci fu una vera e propria insurrezione da parte degli studenti e accanto a loro di docenti e genitori, che presero le difese, attraverso invio di lettere alla USL, alla stampa e manifestazioni, del corso di educazione sessuale che non volevano assolutamente perdere. Era il 'loro' corso! La pressione dei ragazzi fu tale che le decisioni già prese a livello politico-organizzativo furono riviste e il progetto poté essere conservato, e come tale ha continuato a operare per più di trent'anni. Questa esperienza è stata una potente conferma della forza di un progetto co-costruito, dove i soggetti cosiddetti 'bersaglio' degli interventi ne diventano i principali protagonisti, in una realtà di partecipazione attiva e di *empowerment* degli individui e della comunità.

Un messaggio che ne deriva? Investiamo i nostri sforzi sul piano preventivo, promozionale e clinico verso l'obiettivo di un potenziamento delle risorse delle persone e delle comunità, confidiamo nelle capacità di evoluzione e trasformazione in loro insite. E facciamo con una progettazione adeguata, che identifichi obiettivi generali e specifici, azioni strategiche da implementare, metodologie idonee per la valutazione. In armonica integrazione con gli altri servizi e organizzazioni.

Un'ultima riflessione sulla centralità del tema della sessualità che dovrebbe rimanere un ambito privilegiato di intervento dei Consultori, a fianco degli altri importanti settori riferiti alla salute della donna e della famiglia: un tema poco trattato all'interno degli altri servizi sanitari e sul quale i Consultori hanno invece un ruolo specifico, sia a livello di prevenzione e promozione che di consulenza clinica di primo livello. Un campo d'azione fondamentale in questo senso è quello dell'educazione all'affettività, alla sessualità e alla salute riproduttiva, da realizzarsi con l'offerta attiva di programmi rivolti a giovani (e adulti), accompagnando alla prevenzione delle gravidanze indesiderate, dell'aborto e delle infezioni sessualmente trasmesse, una prevenzione della violenza di genere e delle forme di abuso veicolate dalle nuove tecnologie come il *sexting*, il cyberbullismo, il *grooming*. Attraverso un'educazione al rispetto, di sé e dell'altro, attraverso la promozione di atteggiamenti, valori e capacità sul piano personale e interpersonale volte al benessere dell'individuo e delle relazioni.

Manuela Molinari, ostetrica

Manuela Molinari, dopo l'esperienza in ospedale, ha lavorato 35 anni nei consultori familiari dell'ASST di Mantova

Dopo diversi anni di lavoro trascorsi in ospedali zionali del Veneto e dell'Emilia-Romagna giunsi per trasferimento in uno dei quattro consultori familiari (CCFF) dell'USSL n. 48 di Ostiglia-Mantova. Le sedi, collocate all'interno di tre presidi ospedalieri e un'ex sede Opera Nazionale Maternità e infanzia (ONMI), erano ben distribuite in un'area territoriale semi-rurale, con una popolazione pari a circa 50.000 abitanti.

Era il 1986. Avevo ventotto anni e mi consideravo – erroneamente – esperta in una professione per la quale, in verità, non smisi mai di studiare e di aggiornarmi.

La scelta di lasciare l'ospedale per il territorio non fu indolore, anzi, piena di ripensamenti che solo con il tempo riuscii a comprendere appieno: non era soltanto la mancanza di quel groviglio di emozioni, che da sempre suscita il parto, a impensierirmi, ma anche l'opinione della gente che in quegli anni collocava l'ostetrica quasi esclusivamente in ambito ospedaliero. L'ospedalizzazione massiccia del parto, già dagli anni '50-'60, aveva fatto sì che i medici ospedalieri divenissero i soli interlocutori della donna in gravidanza. In definitiva, fuori dagli ospedali, il "prestigio" dell'ostetrica appariva indebolito e la legittimazione dei CCFF, da parte delle istituzioni sanitarie tradizionali, ancora lunga da acquisire. Per guadagnare affidabilità era dunque necessario valorizzare, in primis, le stesse donne che frequentavano i CCFF, ma anche la figura dell'ostetrica "condotta", la cui memoria era ancora viva nella gente dei vari paesi che costituivano il mio distretto sociosanitario. Fu così che iniziai a frequentare e intervistare tali colleghe, titolari sino al 1975 della continuità assistenziale nel percorso nascita, continuità, peraltro, da sempre invocata dalle donne.

Con questo spirito un po' "travagliato" feci il mio ingresso in Consultorio Familiare.

Trascorse due settimane, il personale (ogni Sede aveva una propria équipe costituita da assistente sociale, ostetrica, psicologo, ginecologo, assistente sanitaria e, a quel tempo, anche pediatra) si rafforzò grazie all'arrivo di un'altra giovane ostetrica; fu così che insieme iniziammo l'esplorazione di altre realtà limitrofe (Modena in particolare) allo scopo di individuare come la normativa istitutiva del Servizio fosse stata declinata in buone pratiche professionali. L'esperienza degli altri era utile per proporre poi nuovi progetti. Le équipe condividevano il nostro entusiasmo e anche la dirigenza favoriva tanto dinamismo.

Alla fine del 1990, grazie alla lungimiranza di una psicologa dirigente, presero avvio i primi corsi di preparazione al parto. Tale attività fu concepita come ponte tra territorio e ospedale tanto che a essa collaborarono da subito sia professionisti consultoriali che ospedalieri. La realizzazione dei corsi pre-parto favorì l'incremento del numero di gravide prese in carico integralmente dal Consultorio Familiare. Ciò comportò anche l'implementazione di nuovi modelli assistenziali che prevedevano la gestione condivisa, tra ginecologi e ostetriche, delle donne con gravidanza fisiologica, cioè a basso rischio ostetrico (BRO).

Questo modello ha, di fatto, anticipato quanto oggi avviene nei CCFF mantovani e cioè la gravida, con decorso fisiologico, è assistita in autonomia dall'ostetrica consultoriale.

In seguito, grazie a un bando regionale, arrivò anche un nuovo automezzo, da utilizzare per l'assistenza domiciliare a donne con gravidanza a rischio, ma anche in puerperio. Le visite, in casi particolari, potevano essere anche congiunte tra ostetrica e assistente sociale. La visita domiciliare ha una grande valenza nell'inquadrare l'ambiente di vita (luoghi e relazioni) della donna e per questo gli operatori, a domicilio,

sostengono più efficacemente l'*empowerment* della neo-madre in un momento di potenziale vulnerabilità come potrebbero essere il puerperio e più in generale il primo anno di vita del bambino.

Gli anni '90 furono caratterizzati anche dal nefasto avvento dell'AIDS che comportò anche un avvicinamento progettuale e operativo tra Consulteri Familiari e mondo della Scuola. Dopo la formazione comune tra personale consultoriale e docenti, decollarono numerosi programmi di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e lentamente anche progetti di educazione sessuale e contraccezione, così come peraltro la Legge istitutiva dei CCFF richiedeva.

Nel 1997, grazie ai finanziamenti della Legge n. 34/1996 vi fu, per gli standard che imponeva, una revisione generale dei Servizi tra cui anche l'arrivo di nuovi arredi. Con gioia dismettemmo i vecchi mobili "ONMI". Si chiudeva, almeno simbolicamente, un'epoca.

Nello stesso anno, nell'ospedale di riferimento, arrivò la prima vasca per il travaglio/parto in acqua.

Fu così che noi ostetriche realizzammo i primi corsi di acquaticità in gravidanza che ancora oggi proseguono con successo. Attualmente questo Punto Nascita di Mantova, dispone di ben due vasche per il parto.

Il dipartimento materno-infantile, seppure all'epoca fosse solo funzionale, si caratterizzava per una buona integrazione territorio-ospedale-territorio. Il percorso nascita cominciava a essere realtà. La donna transitava nei vari Servizi sentendosi accompagnata da professionisti che, seppure di appartenenza differente, condividevano la stessa filosofia assistenziale: la donna e la famiglia sono al centro.

Anche per le donne richiedenti un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) fu tracciato un percorso psico-socio-assistenziale che prevedeva la prenotazione in ospedale e il rientro in CF per la prevenzione dell'IVG ripetuta. È proprio il ritorno al CF che consente di attuare un efficace contrasto a tale reiterazione perché costituisce un momento nel quale avanzare, nel caso in cui la donna valuti il proprio iter procreativo concluso o temporaneamente sospeso, una contraccezione sicura.

Nel 2005 circa aprimmo il secondo Consultorio Giovani della neonata USSL n. 22 di Mantova. Negli anni seguenti i CCFF mantovani furono dotati di ecografi. Anche quest'ulteriore risorsa strumentale contribuì ad aumentare il numero dell'utenza.

In definitiva la mia vita professionale è stata fortemente influenzata dalle istanze del movimento delle donne che identificavo nelle stesse richieste dell'utenza che accedeva direttamente al servizio: una vivace combinazione di operaie, insegnanti, casalinghe, contadine, ma anche libero-professioniste, consapevoli dei loro diritti, di recente acquisizione, quale per esempio la disponibilità di contraccettivi sicuri come la pillola. Queste donne sollecitavano all'ascolto e al rispetto delle loro scelte; da loro appresi l'attitudine ad accogliere senza farmi sorprendere dalle diversità, ad ascoltare senza giudicare. Il riconoscimento del diritto all'autodeterminazione, per quanto riguarda la vita sessuale-riproduttiva, permise lentamente il mio agire professionale.

A tale riguardo ricordo con estrema chiarezza il ritorno in CF di una giovane straniera che avevo supportato in vario modo durante la sua prima gravidanza; accompagnata dal marito richiedeva un'interruzione di una seconda e recentissima gravidanza. Poiché il primo bimbo era già grandicello mi permisi di insistere perché proseguisse; chiesi la ragione per questa scelta così estrema che mi appariva incomprensibile. La donna, con garbo e voce sommessa, m'informò della sua grave malattia e delle cure, che da lì a poco, avrebbe dovuto iniziare. Chiesi sinceramente scusa alla coppia, condivisi il caso, e l'assistenza, con i colleghi. Purtroppo non la rividi più.

Le nuove generazioni di professionisti che operano con donne e famiglie, dovrebbero, a mio giudizio, approfondire la storia del movimento delle donne, e delle loro istanze, che hanno portato il Legislatore a un'intensa attività.

Il Consultorio Familiare è un servizio di sanità pubblica e come tale chiamato anche a operare in sinergia con altri servizi e istituzioni per ridurre le disuguaglianze di salute sin dal momento del concepimento.

L'arrivo delle donne straniere, a metà degli anni '90 e più recentemente delle donne profughe, con tutto il loro carico di sofferenze personali e familiari, ricorda al personale consultoriale quanto i determinanti sociali (istruzione, occupazione, etc.) incidano pesantemente sulla salute di madri e bambini.

Accanto agli innumerevoli successi collezionati nel territorio mantovano non sono mancate le criticità. Nella mia realtà le ostetriche sono state coordinate sino ad anni recenti da dirigenti psicologi e questo potrebbe non aver sempre giovato al loro pieno sviluppo professionale.

Anche la capacità di lavorare efficacemente in équipe deve essere perseguita e periodicamente verificata; ciò consente la crescita del singolo professionista e del gruppo di lavoro nel suo insieme.

L'introduzione dei ticket sulle visite ginecologiche a scopo contraccettivo, ha certamente diminuito il numero delle donne che accedono al servizio per la pianificazione familiare. Pure l'indisponibilità di contraccettivi orali, da fornire gratuitamente a certe categorie di utenti "fragili", ha indebolito l'attrattività dei CCFF.

Gli interventi realizzati a favore della collettività sono stati tantissimi e hanno rappresentato, per me e i colleghi, un imperativo forte. Quando un sindaco, una scuola, un'associazione, una parrocchia, chiamava per progettare con noi un'iniziativa abbiamo sempre cercato di essere disponibili per aumentare la visibilità del Servizio e il suo radicamento nel territorio. Il rischio era però che dinanzi a determinate richieste complesse il CF perdesse di autorevolezza perché non puntualmente competente rispetto alla domanda.

La sfida principale che i CCFF devono, in parte, affrontare, è la mancanza di un'autentica programmazione scientifica che orienti nelle scelte e negli investimenti. In tante realtà italiane manca un sistema di rilevazione delle attività svolte, in particolare degli esiti di salute prodotti dalle attività consultoriali. Troppo spesso i dati disponibili rendicontano soltanto il volume delle diverse prestazioni prodotte dall'équipe. La stessa saturazione delle risorse professionali del CF con l'assistenza in gravidanza costituisce, a mio giudizio, un elemento di criticità; l'équipe nella sua interezza è chiamata ad operare anche in altri ambiti propri (educazione sessuale, contraccezione, prevenzione malattie sex. trasmesse, promozione di stili di vita sani, etc.).

L'attuale calo demografico potrebbe essere erroneamente interpretato dai decisori politici come ragioni per non impegnarsi nell'organizzazione dei servizi consultoriali mentre il welfare per le famiglie inizia proprio dalla disponibilità – nel territorio – di CCFF.

La limitatezza delle risorse, a causa del perdurare della crisi economico-finanziaria, certamente non favorisce il Servizio Sanitario Pubblico e quindi anche i CCFF.

Attualmente "il Sistema Socio Sanitario di Regione Lombardia propone ad ogni gravida un'ostetrica di riferimento, in rete con il medico specialista in ostetricia e ginecologia, il pediatra e altri professionisti, ove necessario. Nel periodo che intercorre tra il momento in cui Lei e il partner desiderano un figlio nell'immediato futuro Regione Lombardia garantisce incontri di accoglienza e orientamento, gratuiti e ad accesso libero. Alla donna in gravidanza è consegnata l'Agenda del percorso nascita che documenta l'assistenza ricevuta e accompagna la donna lungo il percorso della gravidanza e del dopo parto inteso come processo normale e non di malattia, per far vivere l'esperienza in piena consapevolezza e determinazione".

Post scriptum

Dalla fine del 2018 dirigo il Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Milano, sede di Mantova.

Tutta l'esperienza maturata come ostetrica, anche consultoriale, la offro a sostegno della formazione delle future generazioni di ostetriche chiamate a coniugare sapientemente tradizione e innovazione, nell'ambito di una professione da sempre essenziale nella e per la vita delle donne e delle famiglie.

Anna Maria Moscatelli e Paola Egidi, assistenti sociali

Anna Maria Moscatelli, assistente sociale dal 1980. Ha iniziato a lavorare nel consultorio familiare di Falconara, dove ha svolto anche il ruolo di coordinatore e di Mediatore familiare.

Paola Egidi, assistente sociale dal 1980. Ha iniziato a lavorare nel consultorio familiare di Chiaravalle dove svolge anche il ruolo di coordinatrice dell'équipe centralizzata affido familiare.

Abbiamo iniziato a lavorare nei consultori familiari di Falconara e Chiaravalle nel 1980. In quegli anni gli interventi che si effettuavano sul territorio assumevano anche un aspetto politico: la donna era al centro delle attività e delle azioni di sensibilizzazione sul territorio. Il personale era quasi esclusivamente femminile. I due consultori erano molto integrati tra loro e le attività venivano effettuate con la collaborazione dei dirigenti più sensibili dei rispettivi Comuni.

Il territorio di Falconara, di circa 30.000 abitanti, è caratterizzato da una popolazione variegata rispetto al background culturale, perché costituita soprattutto da emigrati, venuti a lavorare alla raffineria API e giunti principalmente dal sud Italia. All'epoca lo sviluppo dell'attività del Consultorio è avvenuto soprattutto attraverso incontri con i genitori nelle scuole, incontri informativi con i medici di medicina generale e con i pediatri e con l'avvio dei corsi di accompagnamento alla nascita. Inoltre nel 1986 si è

stabilizzata una comunità ROM, proveniente dall'Abruzzo. È stato avviato un considerevole lavoro di rete, con la regia del Tribunale per i Minorenni delle Marche, finalizzato all'inserimento a scuola dei figli minori, alla regolarizzazione delle vaccinazioni obbligatorie e l'iscrizione al pediatra di base.

Il Comune di Chiaravalle, di circa 14.000 abitanti, dal dopo guerra aveva avuto sempre un'amministrazione di sinistra. Era caratterizzato dalla presenza di diversi servizi sociali e sanitari, rivolti all'infanzia e agli adulti. Nel territorio era presente la Manifattura tabacchi che occupava personale in prevalenza femminile, residente nel Comune e in quelli limitrofi. Il Comune di Chiaravalle aveva una biblioteca molto attiva a livello culturale. In collaborazione con gli operatori della biblioteca si sono organizzate conferenze di sensibilizzazione sul ruolo femminile nella società, invitando relatori del calibro di Anna Giannini Belotti e Tilde Giani Gallino

In base alla nostra esperienza e con riferimento alla realtà territoriale nella quale abbiamo operato crediamo che le nuove generazioni dovrebbero riprendere la legge istitutiva dei consultori familiari pubblici, molto innovativa e attuabile ancora oggi, e declinarla in ogni singolo capoverso. I consultori attualmente sono costituiti in parte dal personale originario e in parte da nuove leve. Si tratta di integrare l'esperienza e le attività tradizionali dei consultori con le nuove spinte culturali e motivare il personale ad attuare anche interventi che tengano conto di nuove istanze sociali come le attività dedicate alla violenza di genere, allo *stalking* e al bullismo e cyberbullismo.

I consultori di Falconara e Chiaravalle erano molto attivi nei rispettivi territori comunali e lavoravano nel rispetto dei principi istitutivi dei consultori: il personale era fortemente integrato e il lavoro di équipe era un importante modello di riferimento. L'attività dei consultori familiari all'inizio era centrata sul tema della maternità e paternità responsabile, attraverso una sensibilizzazione capillare sulla contraccezione. A tal fine, l'équipe di ogni consultorio (ginecologa, ostetrica, assistente sociale e psicologa) effettuava incontri periodici con la popolazione e inviti individuali per fasce d'età. Negli anni Ottanta sono iniziati i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN), condotti da tutte le figure professionali presenti nel consultorio, con la collaborazione del Pediatra e del consulente legale. La finalità dei CAN è duplice: il rispetto delle esigenze e dei tempi delle gestanti promuovendo la fisiologia del parto e sostenendo e proteggendo l'allattamento al seno.

Nel 1986 tutti gli operatori dei consultori familiari di Chiaravalle e di Falconara, coinvolgendo il personale del punto nascita di Chiaravalle, organizzarono corsi di formazione invitando docenti che all'epoca erano all'avanguardia su queste tematiche, come Leboyer, Braibanti e Maghella. Queste esperienze, molto coinvolgenti a livello emotivo, hanno promosso la creazione di gruppi di lavoro solidi e fortemente motivati, tanto che molte delle attività di sensibilizzazione venivano svolte in tarda serata, fuori dall'orario di lavoro.

La ginecologa che da sempre ha lavorato nel Consultorio Familiare di Falconara non è obiettoressa di coscienza. Nel consultorio di Chiaravalle i ginecologi sono invece da sempre obiettoressi di coscienza. Nei primi anni in queste sedi la certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) veniva effettuata dal pediatra; successivamente le donne che richiedevano una IVG venivano inviate al consultorio di Falconara.

Un episodio importante che ha avuto un significato speciale nel nostro percorso professionale e che ricordiamo con piacere è accaduto quando i nostri consultori di Falconara e Chiaravalle hanno sostenuto gli esami per diventare "consultori amici dei bambini" dell'UNICEF. Gli esperti dell'UNICEF sono venuti nelle nostre sedi e quando hanno visto dei vecchi poster dei corsi di formazione che avevamo sostenuto con Leboyer ci hanno abbracciato e hanno chiesto se potevano avere in regalo il poster "del loro mito".

Pensando alle nuove sfide che i consultori devono raccogliere per far fronte alle necessità di una società in cambiamento crediamo che questi servizi debbano essere considerati oggetto di investimento da parte delle amministrazioni regionali in modo da poter garantire il personale e le prestazioni necessari a svolgere effettivamente la prevenzione e la promozione della salute sul territorio che li caratterizzano. Gli interventi di carattere sanitario devono essere curati prevalentemente dal ginecologo e dall'ostetrica mentre gli interventi relativi all'area psicosociale si basano sull'integrazione tra la figura dell'assistente sociale e quella dello psicologo. Nei periodi di scarsa disponibilità economica e conseguente difficoltà da parte della popolazione, il consultorio deve riprendere un ruolo primario e diventare un eccellente punto di riferimento per molteplici attività quali l'assistenza alla gravidanza fisiologica, i CAN, il sostegno alle donne che allattano al seno, l'identificazione precoce del disagio psichico in epoca perinatale, il sostegno alla

genitorialità, la mediazione familiare e la genitorialità responsabile anche attraverso interventi nelle scuole e nei luoghi di aggregazione del territorio.

Maria Rosa Giolito, ginecologa

Maria Rosa Giolito, specialista in ostetricia e ginecologia dal 1985, ha iniziato a lavorare nei consultori di Torino e della provincia dal 1981. Dal 2006 è responsabile del Coordinamento regionale dei consultori

Un'insegnante della Casa delle Donne di Torino descrive così l'inizio dei consultori in città: "...prima del 1975 vi erano a Torino molti collettivi di donne, collettivi femministi che parlavano di sessualità, di anticoncezionali e di aborto. Fu una vera rivoluzione per le donne. Parliamo di rivoluzione perché è necessario ritornare alla situazione italiana di quel momento; fino al 1971 era proibito pubblicizzare gli anticoncezionali, la chiesa cattolica, infatti, ne vietava ufficialmente l'uso e i ginecologici non potevano prescrivere la pillola. Altri anticoncezionali non se ne conoscevano; inoltre l'aborto era punito come reato contro la stirpe e l'unico contraccettivo esistente era il profilattico. Da qui l'esigenza di trovare un luogo pubblico in cui le donne potessero accedere alla contraccezione sicura ed eventualmente essere accompagnate in una richiesta per l'interruzione volontaria della gravidanza. In questo contesto la Casa delle Donne di Torino appoggiò i collettivi che iniziarono ad aprire i consultori autogestiti dalle donne in alcuni quartieri popolari di Torino nel 1975..."

Con l'introduzione della Legge 405/75 inizia la collaborazione dei consultori autogestiti con le istituzioni: il Comune di Torino con la Regione Piemonte presenta una piattaforma per i consultori. Grazie alla mediazione tra il coordinamento consultori delle donne e le istituzioni vengono stabiliti gli elementi condivisi e irrinunciabili che i consultori dovevano avere: essere pubblici (anche nella gestione) e gratuiti. Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978, i consultori diventano una realtà della Sanità pubblica piemontese con personale assunto e dedicato alle attività consultoriali. A Torino si apre un consultorio in ogni quartiere per un totale di 23 sedi.

Ho iniziato a lavorare nel 1981 proprio nei consultori di Torino: Barriera Milano, Regio Parco-Barca-Bertolla e Falchera, le prime sedi aperte in città, e in alcuni consultori della provincia.

Nei primi giorni di lavoro nel 1981 una donna, alla domanda se avesse figli e avesse avuto IVG, mi rispose in dialetto che aveva 4 figli e disse "Faccia lei dottoressa per il numero degli aborti, mio marito non è capace che di mettermi incinta..." Le risposi che non mi era possibile inventare un numero e lei mi disse che aveva fatto più di 20 aborti. Rimasi molto colpita dal numero. Parlammo molto, si affidò a noi, partecipò a molte iniziative e iniziò a utilizzare la spirale. Eravamo entrambe molto contente. Molte donne avevano la sua stessa esperienza e molte, anche grazie a lei, iniziarono a frequentare il consultorio.

Più di 25 anni dopo una donna proveniente dalla Romania, con l'aiuto di una mediatrice culturale, mi raccontò una storia analoga riferendo un numero ancora più elevato di aborti. Il lavoro che avevamo fatto per le donne italiane ci ha aiutato, anni dopo, ad accogliere le storie delle donne immigrate provenienti da Paesi dove la resistenza alla contraccezione continuava ad essere molto elevata e a lavorare con loro per migliorare la loro qualità di vita. Oggi le richieste di IVG sono nettamente diminuite e nei consultori le donne chiedono assistenza prevalentemente per la gravidanza e la contraccezione. Gravidanze spesso patologiche che richiedono una elevata competenza assistenziale e l'attivazione di Percorsi Nascita integrati con gli ospedali.

Con l'aziendalizzazione del SSN (d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502) i consultori sono stati ridotti numericamente e ridimensionati nelle loro funzioni. Non tutte le Aziende sanitarie piemontesi hanno garantito la presenza di personale non obiettore di coscienza e in generale le carenze di organico hanno notevolmente ridotto la potenzialità di questi servizi di primo livello. In quel periodo è diminuita considerevolmente la capacità di risposta alla domanda di salute soprattutto in termini di offerta attiva; ciò ha costituito un problema soprattutto per le persone che vivevano in condizione di maggiore marginalità sociale e che avevano una ridotta capacità di "cercare salute".

Proprio nella consapevolezza del ruolo cardine dei consultori, sia rispetto alla presa in carico delle fasce deboli, che nella programmazione di percorsi che promuovano l'integrazione territorio-ospedale, l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte ha attivato, informalmente nel 2006 e formalmente dal 2010, un Coordinamento Regionale dei Consultori familiari che vede la presenza di ginecologi, psicologi,

assistenti sociali, ostetriche e infermiere. Il Coordinamento si riunisce ogni due-tre mesi circa con l'obiettivo di supportare l'attività dell'Assessorato Regionale alla Sanità su tematiche specifiche e di creare le condizioni per una maggiore omogeneità nell'offerta delle diverse aziende sanitarie. Il Coordinamento Regionale, dopo aver condiviso una lettura della situazione organizzativa complessiva dei consultori (rilevazione puntuale delle sedi, del personale e delle attività) e aver definito, attraverso un'analisi dei bisogni, una sua riorganizzazione, ha avviato un lavoro di costante confronto e aggiornamento degli operatori, non solo dei consultori, ma anche dei Punti Nascita all'interno dei Dipartimenti materno-infantili. Il Coordinamento è diventato luogo di incontro e confronto anche con gli operatori delle nuove generazioni che, almeno nella città di Torino sono molti. L'elaborazione di "Profili assistenziali condivisi" tra i consultori dell'intera Regione nonché tra Consultori e Punti Nascita sui temi della contraccezione, del monitoraggio delle gravidanze, degli incontri di accompagnamento alla nascita, della caratteristiche dei servizi per adolescenti, della prevenzione della depressione post parto, hanno permesso e permettono un confronto costante, attraverso l'analisi puntuale della letteratura scientifica e gli audit dei singoli servizi, per cercare di fare in modo che i principi istitutivi dei consultori siano sempre rispettati e che da essi derivi una appropriata ed efficiente presa in carico delle donne e delle coppie.

L'andamento altalenante della "motivazione personale" degli operatori, indipendentemente dalla loro professionalità, ha evidenziato un problema mai risolto: il pregiudizio degli specialisti, anche delle nuove generazioni, rispetto alle attività in consultorio viste come lavoro di serie B, considerando che solo chi lavora in ospedale possa raggiungere una completa realizzazione professionale. Solo con un'adeguata formazione universitaria aperta ai percorsi di cura e di prevenzione, l'attivazione di tirocini seguiti e monitorati, la garanzia di contratti di lavoro dipendente anche per i consultori si potrà sperare in scelte professionali caratterizzate da maggiore "motivazione". Nella mia ASL di appartenenza, anche grazie all'impegno delle colleghe e mio, siamo riuscite a ottenere che i consultori fossero organizzati in una Struttura Complessa. Questo ha favorito la mobilità di molti operatori ospedalieri, sia ginecologhe che ostetriche, che hanno chiesto e ottenuto di lavorare con noi. Anche il riconoscimento personale di un Direttore di Struttura Complessa Consultori come Direttore di Dipartimento Materno Infantile ha notevolmente aumentato il prestigio dei consultori, che sono divenuti luoghi di lavoro "ambiti".

Altro nodo da affrontare è la tematica della rendicontazione delle attività. Indubbiamente l'aziendalizzazione del SSN che ha reso "monetizzabili" tutte le singole prestazioni senza prevedere per i consultori, luoghi di prevenzione e quindi di percorsi e non di prestazioni, una "specificità rendicontazione", sta rendendo sempre più difficile l'approccio olistico che dovrebbe essere sempre perseguito dai servizi consultoriali. La richiesta da parte delle Amministrazioni Aziendali di rendicontare le attività in prestazioni come previsto dal Tariffario Nazionale sta trasformando i Consultori in ambulatori specialistici con il rischio, già realtà in altre Regioni, di dover richiedere il ticket per le prestazioni. L'accesso diretto, libero e gratuito, peraltro ben esplicitato dalla legge istitutiva dei consultori, è assolutamente indispensabile e deve essere ribadito e garantito a livello ministeriale. La rendicontazione, altrettanto indispensabile, deve mettere in evidenza la specificità degli interventi consultoriali. Questi sono i cardini politico-gestionali per garantire la prosecuzione dell'esperienza consultoriale.

La specializzazione in ostetricia e ginecologia, che fa riferimento a tecniche diagnostiche sempre più sofisticate e fornisce competenze sempre più puntuali e circoscritte, muove una sfida nei confronti dell'assistenza consultoriale caratterizzata dall'offerta attiva, dall'accompagnamento lungo percorsi di prevenzione e di cura e dall'integrazione con servizi di secondo livello. Tale sfida può essere accolta solo in un contesto di collaborazione paritaria tra diversi livelli di cura e diverse professionalità che debbono integrarsi. Esempio della mia esperienza è la collaborazione paritaria ginecologo-ostetrica realizzata nei consultori.

Il Consultorio si trova ad affrontare i profondi cambiamenti sociali che la generalizzazione delle conoscenze o pseudo-conoscenze mediche ha portato nella formulazione della domanda assistenziale: deve ancorarsi all'autorevolezza del metodo scientifico, da una parte, e approfondire gli strumenti di comunicazione con le donne, dall'altra.

Silvia Sabato, sociologa

Silvia Sabato in 40 anni di attività, è stata componente di vari tavoli tecnici e commissioni su tematiche di interesse dei consultori familiari come referente aziendale. È stata responsabile del coordinamento di tutti i Consultori Familiari della Azienda USLTA/I

Racchiudere in poche righe l'esperienza di lavoro nei consultori familiari mi risulta difficile.

Vorrei avere qui con me tutti i colleghi e amici con i quali ho condiviso quasi quarant'anni di attività e so già che potrò esprimere solo una parte infinitesimale di una esperienza che ha attraversato quasi tutta la mia vita professionale ma anche, soprattutto, personale, come donna, moglie e madre. Le mie figlie, oggi quarantenni, per tanto tempo mi hanno preso in giro sostenendo che sulla targhetta della nostra porta di casa erano indicati i nostri cognomi ma anche "Consultorio Familiare di...". Ore di lavoro trascorse davanti ad un computer a casa, quando in servizio avevamo solo una macchina da scrivere, a preparare relazioni, progetti di prevenzione individuando obiettivi da raggiungere e da verificare, a creare locandine con le quali diffondere l'informazione circa l'esistenza di questo servizio.

Nel novembre 1981 si avvia l'attività di sei consultori a Taranto. È il Comune che con avviso pubblico assume diverse figure professionali, come previsto dalla legge regionale, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, ginecologi, pediatri, pedagogisti, avvocati, sociologi. Si parte con un lungo percorso di formazione che ci aiuta a capire cos'è questo nuovo servizio, come deve funzionare, di cosa si deve occupare. Sono distribuiti nei diversi quartieri della città e percepiamo immediatamente l'idea di una vicinanza con un territorio specifico, il quartiere dove si trova il consultorio è la base di partenza per capire con quale popolazione abbiamo a che fare.

Prendiamo coscienza di essere un "servizio di frontiera tra le istituzioni e la società civile".

L'impatto non è facile. Inizialmente veniamo identificati addirittura come i servizi dove si praticano gli aborti e faticosamente cerchiamo di far comprendere il reale significato del consultorio familiare. Non ci restava altro da fare se non andare al mercato rionale, distribuire i volantini da noi creati per descrivere l'attività del consultorio e parlare con le donne, le mamme, le nonne per dare corrette indicazioni di come potevano utilizzare questo servizio.

Qui si gioca, secondo me, l'aspetto fondante di un consultorio familiare, e cioè la sua capacità di ascoltare, di entrare in relazione, di creare empatia e quindi relazioni fondate sulla fiducia. L'accoglienza diventa il primo momento di impatto col servizio che cerchiamo di rendere piacevolmente ospitale. Compriamo manifesti, piantine e fiori che mettiamo sulle nostre scrivanie, cerchiamo di creare quelle condizioni ambientali e non solo, anche professionali, che l'utente possa percepire positivamente.

Non è facile parlare di problemi di cui fino ad allora nessuno si era seriamente preoccupato. La sessualità, le relazioni coniugali o genitoriali che non funzionano, le difficoltà di vivere storie familiari segnate dalla violenza e dall'abuso, i cambiamenti e gli eventi critici del ciclo vitale personale e familiare, la nascita di un figlio, la disoccupazione del capo famiglia, l'esperienza di ritrovarsi a vivere in un "nido vuoto".

Il primo pugno nello stomaco lo riceviamo a qualche giorno di distanza dall'avvio delle attività. Una giovane madre viene in consultorio e chiede di parlare con l'ostetrica. C'è qualcosa che non va nella sua bimba di nove anni. La piccola aveva subito un tentativo di deflorazione da parte di un cugino sedicenne. E per la prima volta ci sediamo intorno ad un tavolo e affrontiamo insieme la situazione che si era presentata all'ostetrica. Bisogna aiutare questa madre, la sua piccola ma anche tutto un sistema familiare che è in sofferenza.

Siamo una équipe ricca di figure professionali che deve crescere nella sua capacità di gestione e presa in carico delle situazioni che si presentano al servizio. Il nostro compito è promuovere l'autonomia delle persone, sostenerle nell'affrontare i propri problemi e metterle nella condizione di crescere nella loro consapevolezza e competenza. Cosa rappresentiamo nel nostro territorio? Un servizio ad accesso diretto, che deve essere capace di intervenire con un approccio non direttivo, attento alle differenze di genere, rispettoso della dignità della persona.

L'originalità di un servizio del genere è ciò che ancora oggi lo rende un patrimonio unico che non va disperso.

Quando penso al processo di *empowerment* il mio pensiero va automaticamente a Michele Grandolfo che in tutti questi anni ci ha seguito, sostenuto, supportato con i suoi interventi, con la sua lucida capacità di farci comprendere l'importanza del nostro ruolo.

Spesso abbiamo pensato di scrivere e di raccontare le storie personali e familiari con le quali ci siamo confrontati. E abbiamo sempre pensato che la realtà umana che abbiamo incontrato superasse qualsiasi narrazione fantasiosa della stessa realtà!

Inizia un lungo cammino di crescita professionale attraverso la gestione delle domande di aiuto che arrivano al servizio e all'offerta attiva di proposte di intervento nel territorio, nelle scuole, con le associazioni di volontariato, con i comitati di gestione dei cittadini.

Quando entri in una scuola non sai mai cosa puoi trovare! Presenti il consultorio, descrivi i servizi che offri, spieghi che anche loro, adolescenti, possono rivolgersi a noi. Dopo uno dei tanti incontri nelle seconde classi di una scuola media superiore il Preside mi telefona e mi chiede se posso incontrare un'allieva che mi vuole parlare. La partecipazione all'incontro di qualche giorno prima le aveva dato il coraggio di farsi avanti per chiedere aiuto. Lei aveva compreso che la sua sorellina di circa 10 anni stava subendo "attenzioni particolari" da parte di uno zio, esperienza che anche lei viveva da tempo. Inutile dire il lungo lavoro svolto da quel momento, in accordo con il Tribunale per i minorenni...dopo anni ogni tanto la nostra giovane amica è venuta a trovarci... anche solo per salutarci... per dirci che si era laureata e poi anche fidanzata.

Non è stato facile lavorare in équipe, nessuno aveva mai fatto questa esperienza e ciascuno di noi doveva crescere e maturare nell'idea che il sapere delle varie professionalità aveva pari dignità. Anche fra di noi ascoltarci e rispettarci per quello che umanamente e professionalmente rappresentavamo ha significato spesso mettersi in discussione, confrontarsi e crescere pur tra mille difficoltà.

La complessità dei problemi di salute che un consultorio familiare è tenuto ad affrontare richiede necessariamente il contributo di diverse professionalità. Oggi la scarsità di personale in questi servizi rappresenta un aspetto preoccupante che va affrontato. Visti gli anni passati dalla attivazione dei consultori stiamo vivendo ora un momento di passaggio importante. Molti operatori, pionieri del lavoro in consultorio, stanno andando in pensione e, come sempre succede, si perde una parte della storia di questi servizi e si disperde la ricchezza di esperienze maturate nel corso degli anni. Molte figure professionali non sono più presenti nelle équipe consultoriali e il processo di integrazione con gli altri servizi sociosanitari esistenti nel territorio è ancora lacunoso.

Spesso abbiamo vissuto la percezione che i consultori continuassero a funzionare perché noi operatori abbiamo fortemente "voluto" che funzionassero.

Lavorare per la prevenzione. Chi ha mai detto che è facile? Qui si mette in gioco tutta la nostra abilità. Essere gentili, compassionevoli, empatici, attenti a chi si ha di fronte non significa rinunciare alla propria professionalità ma significa anzi arricchirla, renderla, capace di creare relazione, capace di leggere la realtà umana anche quando si presenta nella sua estrema povertà. Raggiungere chi vive condizioni di rischio è l'elemento fondante del nostro lavoro.

Che fare? Ha senso ancora il consultorio familiare? I cambiamenti in atto nella società oggi impongono al consultorio la necessità di riflettere sul proprio ruolo e a rivedere le proprie modalità operative per renderle più rispondenti alle nuove realtà socio demografiche, culturali e multietniche.

Resta prioritario il lavoro con le nuove generazioni, il nostro futuro, nella scuola, nei percorsi di accompagnamento alla nascita rivolti alle giovani coppie che affrontano la nascita di un figlio e devono crescere nella loro genitorialità. Essere di supporto alle coppie in crisi, porre attenzione alle donne migranti e alle loro famiglie.

È necessario ascoltare anche gli operatori dei consultori, ricucire con loro il passaggio dal passato al futuro e riflettere:

- ogni territorio è una realtà a sé stante in continuo cambiamento e l'offerta dei servizi consultoriali deve adeguarsi ai nuovi bisogni e alle domande delle donne, delle coppie e delle famiglie garantendo risposte e modalità di intervento che si modulano sulle esigenze emergenti;
- promuovere la salute comporta un'elasticità di funzionamento del servizio in grado di rivedere continuamente le attività messe in campo, verificarne l'appropriatezza e il raggiungimento di obiettivi di efficacia;
- vista la crescente complessità del contesto sociale in cui si opera, l'elasticità dei servizi consultoriali deve accompagnarsi alla propensione di tutti gli operatori – nessuno escluso – a lavorare in équipe sia nella presa in carico che nella attività di prevenzione;
- raggiungere gli ultimi, quelli che non hanno la forza e la capacità di arrivare al servizio, è lì che giochiamo la nostra scommessa più audace.

Maria Antonietta Grimaldi, pediatra

Maria Antonietta Grimaldi lavora da 30 anni nei consultori familiari tra la Provincia di Nuoro e quella di Oristano. Attualmente è Responsabile del consultorio familiare di Oristano

Ho iniziato al lavoro in ruolo nel 1989 presso i Consultorio Familiari di Orgosolo e Gavoi, Provincia di Nuoro, che sono stati inaugurati dall'equipe appena costituita e di cui facevo parte, e nel '91 mi sono trasferita al Consultorio Familiare (CF) di Oristano, dove ancora lavoro in qualità di Responsabile.

Gavoi e Orgosolo sono paesi situati nel cuore della Barbagia, con economia e cultura agro-pastorale, fortemente legati alle proprie tradizioni. A Gavoi, in occasione dell'inaugurazione del Consultorio, un gruppo di donne del paese espresse con molta determinazione l'intenzione di entrare in merito all'organizzazione del servizio e noi operatori ci indignammo per quello che ci era sembrato un atteggiamento arrogante. Rileggendo la legge istitutiva dei Consultori ci rendemmo conto che non avevamo dato sufficiente importanza alla presenza della "consulta delle donne", un organismo preposto a condividere con l'equipe del consultorio le problematiche ritenute più importanti a livello locale e le modalità con cui affrontarle sulla base delle caratteristiche culturali e sociali del luogo.

Ad Oristano, sede più esposta agli scambi con culture diverse, il Consultorio aveva già perso la sua connotazione originaria, e di consulta delle donne non se ne è mai parlato. Appena arrivata rimasi colpita dalla presenza di utenti per la maggior parte molto curate nell'aspetto, nonostante la zona risultasse tra le più depresse della Sardegna dal punto di vista economico e socio-culturale. Al mio ambulatorio afferivano quasi sempre bambini belli e sani, con madri informate e di livello scolastico medio-alto. Questo indusse in me un senso di inutilità che mi spinse a cercare un modo di individuare e coinvolgere le famiglie appartenenti alle fasce più deboli della popolazione. Peraltro nella zona erano stati già assunti i pediatri di libera scelta, con i quali si creava una sovrapposizione di prestazioni. Eppure le assistenti sanitarie più anziane, ancora in servizio, raccontavano di come negli anni passati, attraverso la visita domiciliare, indirizzavano la loro assistenza verso le famiglie più bisognose. Nel 1999 riuscimmo a realizzare un progetto su "La visita domiciliare al nuovo nato e alla sua famiglia" basato sull'offerta attiva e sull'*empowerment* delle persone a cui ha aderito l'80% delle famiglie del nostro territorio.

La creazione dei consultori è stata un'idea geniale dei movimenti femminili degli anni '70. A tutt'oggi il consultorio rappresenta un servizio all'avanguardia sia per l'insita integrazione sociosanitaria presente all'interno dell'equipe, sia per la necessità di mettersi in rete con tutti gli altri servizi, sia per il fatto di mettere al centro della promozione della salute la donna, prima portatrice di interesse, attraverso la quale tale promozione si irradia a tutta la famiglia e di conseguenza all'intera comunità. Ma è necessario lavorare:

- 1) secondo il metodo dell'offerta attiva, che significa avere una conoscenza molto chiara di tutte le famiglie che compongono quella comunità in modo da orientare gli interventi soprattutto verso quelle che ne hanno più bisogno;
- 2) per creare *empowerment* nella donna al fine di aumentare le sue capacità di prendere decisioni autonome;
- 3) saper adattare gli interventi a misura delle possibilità economiche, culturali e sociali di una determinata famiglia;
- 4) porsi obiettivi di miglioramento della salute dell'intera comunità e misurarli.

Non è stato per niente facile lavorare secondo i principi istitutivi dei CF. A tutt'oggi, ciò che si fa in consultorio non viene compreso dalla nostra amministrazione, ma è riconosciuto dalle donne. Trent'anni fa nessun medico anziano poteva aiutarci, i consultori erano nati da poco, e non esistevano libri sull'argomento. Erano reperibili solo gli atti di qualche convegno in cui si parlava di esperienze fatte nei CF. Ci sarebbe voluto un corso di studi specifico. Non il corso di laurea in medicina, e neanche quello di specializzazione ci hanno fatto mai incontrare un'assistente sanitaria visitatrice o un'assistente sociale e ancor meno conoscere le loro competenze. Inoltre, mentre in ospedale esiste una rigida gerarchia dei ruoli, in consultorio i rapporti all'interno dell'equipe sono più paritari e all'inizio non è facile relazionarsi diversamente. Spesso nei consultori afferiscono operatori stanchi di tanti anni di corsia ma non particolarmente motivati a lavorare in consultorio.

Per me un significato speciale lo hanno avuto i gruppi di mamme.

Uno dei punti fondamentali per svolgere un lavoro utile alla comunità è stato coinvolgere le donne nella scelta e organizzazione delle attività del Consultorio e favorire la costituzione dei gruppi di mamme.

Dalla costituzione di questi gruppi è risultato subito evidente l'aiuto reciproco nel cominciare il nuovo e impegnativo ruolo di genitore, soprattutto per la gestione quotidiana del bambino. In genere, quando i bambini hanno due-tre anni, i rapporti tra le madri dello stesso gruppo si affievoliscono e talvolta sembrano scomparire.

Ma quest'anno ho avuto modo di constatare che non è così.

La madre di due bambine, che oggi hanno 12 e 9 anni rispettivamente, circa 10 anni fa si era unita ad un gruppo di supporto da mamma a mamma di un Consultorio sardo. Pian piano questo gruppo di mamme si è consolidato e, per qualche anno, ha frequentato lo spazio mamme del Consultorio, sino a rendersi sempre più autonomo nell'assistenza ad altre mamme.

Da alcuni anni non incontravo più quelle madri se non occasionalmente.

Purtroppo, nello scorso mese di febbraio, è avvenuto un fatto molto grave, luttuoso, riguardante il padre dei due bambini. Questo padre è mancato per sua decisione, forse in seguito a una crisi depressiva. Le mamme del gruppo sono state le prime accorse, insieme ai parenti più stretti, subito dopo l'accaduto. Sono loro che in silenzio sono state accanto a quella madre, mentre comunicava ai figli della perdita del padre, perché da sola non trovava il coraggio.

Venti giorni più tardi le ho invitate tutte in Consultorio, dove abbiamo letto una favola di Alba Marcoli intitolata "Il peso sul cuore" che parla di come troppo spesso i bambini sono lasciati soli ad elaborare la notizia di gravi eventi familiari. Il laboratorio di favole è stato condotto da una psicologa di Bergamo. In un ambiente che hanno percepito come sicuro, ciascuna ha messo a disposizione i momenti più delicati della propria vita, ha individuato aspetti dell'accaduto che potessero attenuare le sensazioni di rabbia di questa mamma, ha trovato soluzioni concrete, sia pratiche che emotive, di supporto a lei e ai suoi bambini. Ciascuna ha dato il meglio di sé perché tutta la comunità delle mamme è stata colpita dall'accaduto. Sono convinta che questi bambini abbiano ricevuto, sin da piccolissimi, un equipaggiamento adatto ad affrontare i problemi più difficili della vita. Già il loro comportamento subito dopo l'accaduto è stato inaspettatamente rassicurante.

Mi ha colpito il fatto che anche a distanza di tempo la costituzione del gruppo di mamme, ha avuto una funzione altissima di prevenzione, perché, tramite gruppi come questo, non è del solo singolo che ci si prende cura ma dell'intera comunità.

La nuova sfida per il futuro è quella di tenere aperti i consultori, distribuiti nel territorio come raccomandato dalla loro legge istitutiva e con équipe complete. Le nuove sfide sono le famiglie sole, monoparentali, fragili, i bambini che hanno pochissimo tempo per stare con i loro genitori, le gravidanze e i parti sempre più medicalizzati, i molti stranieri, il troppo cibo, la troppa sedentarietà, negli adolescenti sessualità e affettività disgiunte.

Antonella Monastra, ginecologa

Antonella Monastra, ginecologa dal 1986, ha iniziato a lavorare nel consultorio familiare di Nicosia nel 1988. È stata responsabile del Consultorio Familiare Danisinni dell'ASL6 di Palermo.

Danisinni, Palermo. Un Consultorio in Piazza, un'isola nella città.

Danisinni, Palermo: un giorno del 1995.

La mattina è fresca e luminosa. Supero Piazza Indipendenza e mi immetto nel budello della Via Danisinni. Le macchine faticano a camminare nel doppio senso di marcia, ma il senso unico qui non si può usare, perché la via porta all'omonima piazza, che non ha altre vie d'uscita per le auto. Così come non può passare l'autobus, nemmeno quello piccolo. Questo sarà il mio primo giorno in un nuovo Consultorio. Nuovo per me. Non per le donne del quartiere che, in pantofole e pigiama, ho visto entrare spesso, in andirivieni del quale non conosco ancora le regole e le aspettative.

Anch'io non sono "nuova" dei Consultori. Questa mattina ancora a casa, bevendo il primo caffè della giornata, riflettevo e ricordavo. Sequenze al rallentatore di un altro mio tempo, di un'altra mia vita. A distanza di pochi anni l'apertura di due Consultori nuovi, uno nella provincia di Enna e poi a Piana degli Albanesi, nella provincia palermitana. Ripenso al Consultorio di Nicosia, struttura tutta da inventare, la cui

sede iniziale era una stanza allocata tra le cucine e la camera mortuaria dell'Ospedale. Una battaglia culturale, una campagna di sensibilizzazione sugli amministratori dell'USL, prima ancora che sulla popolazione, vinta con l'apertura di una nuova sede in un antico palazzo, nel centro del paese. Altra esperienza quella di Piana degli Albanesi, comunità di lingua albanese, raro esempio di aggregato sociale dotato di forte senso civico e di grande consapevolezza. Lì il Consultorio Familiare era stato richiesto dalla popolazione già ai primi degli anni Ottanta, ma fu aperto soltanto verso la fine del novantuno. Due universi differenti, due avventure intense, ma al centro sempre le donne, con le loro storie in divenire, delle quali a noi operatori è dato conoscere soltanto pochi frammenti. Finalmente arrivo nella piazza Danisinni e il frastuono del traffico è cessato: adesso odore di erba umida, di stalle. Nell'ultimo tratto di strada, prima della piazza, ci sono degli orti. Nella piazza un grande edificio a due piani, un'ex O.N.M.I. (Opera Nazionale Maternità e Infanzia) che ospita un Asilo, attualmente chiuso, e il Consultorio Familiare.

Danisinni, questa la mia nuova sede. Uno dei primi consultori familiari aperti a Palermo.

Fu al principio degli anni Ottanta. Le donne erano fresche delle conquiste degli anni settanta. Quelle che avevano lottato per l'aborto sicuro, per l'autodeterminazione, la libertà sessuale erano donne consapevoli. Ma le donne nei quartieri cosa avevano vissuto di tutto questo? Echi troppo lontani da una quotidianità fatta di lotta per la sopravvivenza, di sopraffazione sociale e familiare. Donne schiacciate, senza spazio per i desideri, per i sogni, per le scelte.

Ad accogliermi trovo l'ostetrica, una mia coetanea, dal viso bello e intenso. Una grande esperienza ospedaliera e poi il consultorio familiare, vissuto sin dalla nascita. È molto stimata e conosciuta da tutte le donne della zona, per tutti è "a Signura Cettina". All'inizio, quando è arrivata a Danisinni, ha lavorato da sola perché il ginecologo veniva dall'ospedale e andava solo qualche giorno a settimana. "Avevo i capelli lunghissimi- mi racconta- ma li ho dovuti tagliare perché ho preso i pidocchi. Allora ho capito dove incominciava il mio lavoro". È andata casa per casa prima con lo shampoo contro i parassiti, e poi con la pillola anticoncezionale. In seguito sono arrivati anche assistente sociale e psicologo. Mi guardo intorno. Voglio capire questo luogo. Al di là delle saracinesche chiuse, delle piccole case raccolte intorno alla piazza come in un antico borgo aragonese. Danisinni non è come altri quartieri di Palermo. Non è un quartiere periferico. Anzi. Si trova in pieno centro storico, a tre passi dal Palazzo dei Normanni, sede del governo regionale, dall'Università, dal più grande Ospedale della regione. Ma quei tre passi equivalgono ad un "mi nn'acchiano in città" (salgo in città) come in un viaggio epico e difficile. E credo proprio che lo sia, per queste cittadine, un viaggio verso un mondo "altro", che non le accoglie, non comprendendone linguaggio e provenienza. Immigrate, nella propria città. Danilo Dolci è stato qui, negli anni Sessanta, quando ancora le case erano dentro le grotte. Ha colto in pieno l'appello muto dei suoi abitanti. Ha raccontato le loro storie con onestà e discrezione. Testimonianze di vita impensabili per chi, a tre passi, neanche conosceva questo luogo di rimozione dell'intera città.

Ma Danisinni non è tutto. Il Consultorio familiare serve anche altri quartieri: Zisa, Calatafimi. Altri mondi, altre storie, altro degrado, altri diritti negati. Tanto, troppo per un gruppo di quattro operatori.

La "fuitina" ovvero la fuga d'amore

Aprile 1998

La donna, bassa e larga, si presentò in consultorio con due bambine. Una delle due aveva il pancione del parto imminente, l'altra era magra e pallida, le occhiaie scure, profonde. Aveva un'aria da pubertà appena iniziata. La donna era madre delle due e chiedeva per la sua figlia piccola una consulenza: "picchi, dottoressa, si nni fuio e ancora un'nisciu 'ncinta!"². Non potevo credere che quella che avevo davanti era una richiesta per "problemi di infertilità". Una richiesta assurda dal mio punto di vista. Una bambina, mestrata da poco, aveva varcato la soglia di casa –come avevano fatto a suo tempo la nonna e la madre– ed era andata incontro al suo futuro di donna insieme ad un ragazzino di poco più grande. In questi casi se i "picciriddi"³ non arrivano può essere un guaio, perché lui non si sente legato e lei resta "sdisonorata"⁴.

Proprio oggi, dopo qualche anno, tornando a casa, ho visto in strada la bambina pallida di allora. Non ha perso il suo aspetto fragile e l'occhio di cerbiatta inseguita da una vita anticipata. Spinge la carrozzina

² Perché, dottoressa, è fuggita e ancora non è rimasta incinta

³ Bambini

⁴ Disonorata

con un neonato e un altro bambino (quello che non arrivava) le sta aggrappato al fianco di donna ormai fatta.

Rifletto sulle conseguenze pesanti, di una simile precocità, soprattutto in storie come queste. Spesso la mamma-bambina ha smesso già di andare a scuola per allevare i fratellini più piccoli, permettendo così alla madre di andare a lavorare, oppure abbandonerà gli studi alla nascita del proprio “picciriddo”. In ogni caso condurrà una vita difficile, fatta di lavori precari e di una vita familiare ancor più precaria. Sovente dopo il primo figlio ne seguono molti altri, si costituiscono così nuclei familiari con struttura disorganizzata e confini deboli che possono offrire scarsissime risorse educative e sociali, tragica semina di una futura emarginazione e devianza.

Ancora adesso mi chiedo cosa avremmo potuto fare per quella ragazzina pallida e ancora acerba. Trovo soltanto un po’ di conforto pensando alle “fuitine”⁵ più recenti. Da qualche tempo sembra che le cose stiano mutando. Le ragazzine, ma non tutte, si presentano con madri e suocere, anch’esse giovani, nostre pazienti cui prescriviamo la pillola già da tempo. Anche loro, le “fuiute” (4), la vogliono prescritta, perché i figli senza lavoro come si fanno?

Il caffè della signora Vincenza
Febbraio, 1998

Questa mattina, mentre stavo cercando un documento nel cassetto della mia scrivania in Consultorio è saltata fuori la sua foto. Abito elegante e lungo, da cerimonia. Cappello a tese larghe. Di quella eleganza posticcia, quasi da fiction, che è direttamente proporzionale al degrado sociale di certi quartieri. Mi ha aggredita la tristezza. La signora Vincenza è morta l’anno scorso e tutti noi del Consultorio ne sentiamo la mancanza. La conobbi quasi subito, al mio arrivo in consultorio. La mattina, in tuta, con le immancabili pantofole, portava, con un piccolo vassoio, il caffè appena fatto. Era il suo buongiorno. Si sedeva e fumava una sigaretta con l’ostetrica. Un gesto di grande intimità: si conoscevano da anni. Allora ero piuttosto diffidente. Mantenevo un certo distacco professionale, ritenevo che accogliere positivamente certi gesti potesse generare situazioni di ambiguità con gli abitanti del quartiere. Mi stupiva piuttosto l’approccio così rilassato dei colleghi, lo psicologo e l’assistente sociale, già occupatissimi nell’affrontare la complessità della struttura psicosociale del territorio che spesso imponeva loro rapporti di collaborazione con varie sezioni del Tribunale, incluso quello dei Minorenni.

Lentamente però nel tempo compresi. L’omaggio mattutino del caffè era un gesto che mai nulla chiedeva in cambio. L’ossequio affettuoso ad una istituzione che lavorava dalla parte delle persone. Da noi si potevano avere informazioni, consigli, indicazioni di ogni genere. In altre parole, quelle istruzioni per l’uso di una città spesso incomprensibile nelle sue regole e nei suoi meccanismi. Rappresentavamo una specie di ponte con la “città degli altri”.

Oggi
Palermo, ottobre 2019

Oggi, guardando indietro nel tempo, rifletto sul fatto che l’aver incontrato tante donne ai margini, le cui storie di vita molto dure, snodandosi nella essenzialità di valori, tanto elementari quanto fondamentali, mi ha fatto intuire le potenzialità peculiari della realtà di Danisinni che ho sempre cercato di sostenere anche durante il mio impegno politico istituzionale.

Da poco tempo ho smesso di lavorare perché sono andata in pensione. Danisinni oggi prova ad uscire dall’emarginazione: finalmente anni di semina da parte di tutti i soggetti presenti nel territorio, istituzionali e non, hanno trasformato questo luogo in un terreno fertile, ricco di iniziative e di cultura. Mi piace pensare che noi del Consultorio sin dai primi anni ‘90, ponendoci all’ascolto operoso del complesso divenire di questo territorio, abbiamo fatto la nostra parte contribuendo ad innescare processi di crescita e di riscatto sociale.

⁵ Fuga. Fuggite

Riccarda Triolo, ginecologa

Riccarda Triolo lavora dagli anni 80 nei consultori familiari della ASL3 Pistoia. Attualmente è Presidente dell'Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri (AGEO).

Ho iniziato a lavorare nel 1983, anno della mia specializzazione in ginecologia, prima come sostituta nel territorio fiorentino e poi a tempo indeterminato a orario pieno nei consultori provincia di Pistoia.

Negli anni 80 i consultori erano presenti in modo capillare nei borghi, frazioni e comuni anche ogni 3 km ed erano tutti coperti da ostetriche e ginecologi a cadenza variabile a seconda del numero di donne della località. Quando il servizio copriva un territorio più grande si poteva trovare anche il pediatra e lo psicologo. E le donne venivano, facevano il Pap-test e visite regolari, anche quelle che non avrebbero mai preso un appuntamento con uno specialista. L'accesso era libero all'interno dell'orario di apertura, nei centri più grossi si organizzavano gli appuntamenti per i controlli che comunque lasciavano spazio per dedicare il tempo a chi, non programmato, veniva per un dubbio, un problema di salute o altro.

Le richieste e l'accoglienza erano prioritarie, in pratica il consultorio era vicino e accessibile. Successivamente il numero dei consultori si è ridotto, centralizzato anche per ottimizzare risorse e personale aumentando l'orario di apertura, poi la regolamentazione e la concentrazione degli spazi è diventata l'obiettivo primario delle ASL fino a farli sparire.

Ovvero oggi in Toscana il consultorio è un ambulatorio ginecologico sempre più regimentato e programmato con prenotazione a CUP e pagamento del ticket ad eccezione della gravidanza e della contraccezione rivolta ai giovani fino a 25 anni, tutto il resto è considerata prestazione sanitaria.

Le ostetriche assistono le donne in gravidanza e allattamento ed eseguono lo screening dei tumori della cervice (Pap-test). Il tempo dedicato all'accoglienza e all'ascolto è ridotto ai minimi termini perché tutto il personale è organizzato a svolgere i servizi su elencati. Lo Psicologo/a per lo più è assegnato alla propria Unità Operativa e collabora col consultorio su richiesta e indicazione del personale e prende in carico quando opportuno i pazienti autonomamente.

Prima la signora o la giovane o la coppia con problemi che accedevano al servizio erano comunque conosciuti da Ostetrica, Psicologo, Ginecologo e/o Assistente Sociale, i professionisti che avevano avuto un contatto nel tempo erano informati e si interfacciavano tra loro. Ora il paziente e/o utente(?) segue il professionista dedicato esclusivamente al proprio problema prevalente e gli altri non ne sanno più niente.

Questa diffusione capillare degli anni 70/80 ha contribuito a dare consapevolezza, assistenza e informazione su prevenzione e protezione della salute riproduttiva, etc. e probabilmente la selezione e il tentativo di razionalizzazione dei servizi degli anni 90 ha favorito un'assistenza migliore più completa.

Poi si sono aggiunte le immigrate...e il consultorio è diventato colorato, straniere e italiane si mescolavano e si relazionavano in sala di attesa. Ecco il ricordo più vivido di quel tempo sono i colori, i bambini che corrono e noi che cercavamo di dirigere il traffico per dare una risposta.

Oggi non c'è tanta sala di attesa ma liste di attesa, lunghe e respingenti, anche a volte per le cosiddette emergenze consultoriali: IVG, contraccezione di emergenza, gravidanze con problemi.

Alle nuove generazioni di operatori vorrei consigliare di non preoccuparsi troppo di dare la prestazione sanitaria risolutiva a quella persona ma prendersi il tempo, interfacciarsi con i collaboratori, condividere ed evitare di chiudersi ciascuno nelle proprie stanze, di non lasciarsi imprigionare dalla burocrazia. Coloro che si rivolgono al consultorio, giovani, donne, coppie cercano risposte ad un disagio o ad una esigenza che coinvolge vari ambiti della sfera affettiva, sessuale, riproduttiva, ecc. e la richiesta sanitaria è spesso la manifestazione di un problema da osservare e capire nel contesto emozionale e sociale delle persone. Tutto questo va aldilà della semplice diagnosi e terapia ma richiede ascolto e consapevolezza del ruolo che stiamo svolgendo.

Per noi è stato facile lavorare secondo i principi istitutivi dei CF quali l'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà, l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari, l'offerta attiva perché il personale tutto era motivato e si riconosceva pienamente nel mandato dell'istituzione dei CF.

Ci sono tanti episodi e storie che potrei raccontare, indicativi del modo "nuovo" di rapportarsi alla comunità da parte del consultorio. Ad esempio la ragazza che il lunedì chiede aiuto perché il sabato precedente ha trascorso la serata in discoteca, ha bevuto e ballato e poi si è ritrovata nel parcheggio di una discoteca mezza nuda e non ricorda assolutamente nulla. Oppure la ragazza che si presenta per un controllo e poi ti racconta che ha avuto numerosi rapporti con persone diverse, anzi che regolarmente fa incontri con

uomini più o meno giovani incontrati su siti. E poi viene tutte le settimane a visita e parla perché sente il bisogno di confrontarsi con adulti che possano difenderla dalle malattie ma anche da sé stessa. E poi le donne che vivono ai limiti della povertà e che continuano ad avere gravidanze, unico segnale a volte di una vita familiare violenta. E poi le immigrate con talvolta storie terribili dalle quali devono essere aiutate a uscire.

Tutto questo non passa da una visita o un appuntamento ma da un Consultorio da consultare

Le nuove sfide che i CF devono raccogliere per far fronte alle attuali necessità delle donne, delle coppie, famiglie e degli adolescenti sono l'educazione alla salute, all'affettività e al rispetto dei generi. Non solo IVG o contraccezione o gravidanza, esiste una salute riproduttiva da salvaguardare, una salute affettiva e relazionale.

I giovani sono esposti a stili di vita eccessivi, per essere accettati nel gruppo spesso abusano di alcolici, altre sostanze e comportamenti sessuali ai limiti.

Le donne dovrebbero acquisire una maggiore consapevolezza sul fatto che il controllo della propria salute riproduttiva non passa solo dalla medicina, c'è una pillola per non concepire e c'è "una pillola" per ottenere una gravidanza, e ce ne è una per interromperla, non funziona così. C'è un corpo e una vita con cui fare i conti

Secondo me queste sono le sfide, meno assistenza sanitaria stretta, quella la fanno gli ambulatori specialistici, ma più comunicazione e disponibilità utilizzando tutti i mezzi web, social, incontri e spazi dedicati

Marina Toschi, ginecologa

Marina Toschi, ginecologa dal 1985 e igienista dal 1994, è stata Responsabile del Servizio Consultoriale e Dirigente dell'Unità operativa semplice Consultori Lago dell'ASL1 Umbria dal 2008 al 2018.

1974: Mentre facevo il primo anno di Medicina si apre la battaglia sociale e politica per ottenere i Consultori pubblici che nel Dicembre 1975 trovano vita legislativa con la legge quadro 405. Ogni Regione dovrà poi 'riempire' questa cornice con sue proposte e altrettante leggi regionali negli anni successivi prendono corpo. La seconda metà degli anni 70 all'Università La Sapienza di Roma è stata molto calda e ricca di discussioni e proposte innovative. Erano tanti i collettivi femministi e le associazioni sulla salute delle donne che nascevano e che anche io frequentavo in quel periodo.

Siamo arrivati nel maggio '78 ad ottenere non solo la legge 180 sulla Salute Mentale ma anche la legge 194 e poi a dicembre la Legge 833 sul Servizio Sanitario Nazionale (tutto attorno al periodo del rapimento Moro!). Questi avvenimenti hanno molto influenzato le scelte di tante persone e certamente anche le mie e modificato percorso di studi e interessi. Sono così passata a cercare di diventare una ginecologa, invece che una pediatria come volevo essere, dopo la lettura di "Dalla parte delle bambine" e proprio con l'idea di lavorare nei Consultori, di innovare l'ambiente piuttosto ostile alle novità e alla libera scelta delle donne che regnava nel mondo dei ginecologi.

Far applicare la legge sulla tutela della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza (L.194) era, ed è ancora, una strada in salita. Con attenzione ho seguito la formazione del gruppo di lavoro che Simonetta Tosi aveva creato in ISS, dal 1978 per la sorveglianza e la valutazione del fenomeno delle IVG negli Ospedali di tutta Italia. Era un buon punto di riferimento anche per il lavoro dei Consultori e l'unico punto dello Stato che si occupava di monitorarne almeno il numero e le certificazioni IVG rilasciate.

Con grande passione e convinzione ho quindi colto l'occasione che mi si offriva di lavorare in Umbria, già da specializzanda, organizzando i Consultori della ULSS di Perugia in collaborazione con il Centro sperimentale di Educazione Sanitaria di Perugia e con il Centro Nascita Montessori di Roma.

L'utenza non andava attesa negli ambulatori, bisognava cercarla attivamente dove aveva più bisogno e con le modalità, tempi e modi di cui aveva necessità. Chi ha più bisogno spesso è proprio chi non chiede, non cerca, perché non conosce nemmeno i suoi diritti. Una rivoluzione copernicana rispetto all'approccio ospedaliero di attesa dell'emergenza.

Questo abbiamo imparato nei Consultori e non si insegna generalmente nelle Università:

- essere in grado di capire, di ascoltare, di analizzare la popolazione e la realtà in cui si opera;
- essere capaci di programmare il proprio intervento e misurare nel tempo i suoi effetti.

Tutto questo restando capaci di rispondere a domande di salute anche urgenti: contraccezione di emergenza quando la prevenzione con profilattico non ha funzionato, terapie per malattie a trasmissione sessuale come una Chlamydia;

- tenere un ottimo livello tecnico e di conoscenze scientifiche per essere in grado di negoziare con gli ospedali anche sulla patologia o sulla necessità di operare più o meno d'urgenza;
- saper affermare l'importanza della prevenzione e della offerta attiva e gratuita delle cure primarie, lavorando per mantenere la fisiologia e collaborando con il secondo livello rispetto a patologia e cronicità;
- “perdere tempo” a spiegare, perché è solo con l'*empowerment* e la conoscenza di sé del proprio corpo, della fisiologia femminile e maschile che si ottiene la migliore gestione della propria salute. In particolare della salute sessuale e riproduttiva che determina molto nella vita, anche lavorativa delle donne, che dovrebbero essere messe in grado di esercitare una vera scelta sul proprio corpo, sulle sue potenzialità.

Ad esempio banalmente usare lo specchio (anche quello della borsetta!) per far vedere alla donna come è fatta, dove finisce la vagina e come è la sua cervice, dove potrà inserire un anello vaginale, una coppetta mestruale, dove può sentire i fili dello IUD (dispositivo intra-uterino o spirale), collaborando con le ostetriche che possono e devono trovare tempo e modo per favorire le conoscenze delle donne, anche quando eseguono un Pap-test;

- aprire spazi/ luoghi per utenze con bisogni diversi: le/gli adolescenti, le coppie in gravidanza, le migranti che non parlano affatto la lingua, le/gli LGBTQ, le coppie infertili, le madri nel post partum.

Ci si può sentire soli e isolati a lavorare in un Consultorio, non si è in tanti come in un Ospedale e vi sono professionist* divers* e si esercita meno potere verso utenti che non sono in pigiama a letto, ma vestite con il loro burka o la loro minigonna ascellare. In realtà si è immersi in una zona della città/ del territorio che ha le sue istituzioni (scuole, ospedali, questura/ commissariati,) gruppi di interesse (associazioni di quartiere, di pazienti, parrocchie) gruppi di lavoro dell' Azienda sanitaria (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, poliambulatori) istituzioni private che “competono” per la stessa utenza (ambulatori privati, centri specializzati, liberi professionisti) ma che possono e devono invece diventare nostri interlocutori e alleati.

Quindi non siamo mai sol*, bisogna valutare il proprio core/ business, il proprio target, i propri compiti istituzionali e le proprie capacità ed energie, senza sotto o sopravvalutazioni, per non finire delus* scoraggiat* e nel ‘burnout’. Sapendo che operiamo sempre delle scelte e che gli effetti del nostro operato spesso si vedono solo dopo anni.

Lavorare a lungo per favorire l'allattamento materno che riduce l'obesità infantile, il diabete, favorisce la buona relazione madre bambino, non è essere talebano ma sapere che davvero gli esiti di salute sono molto migliori rispetto all'uso del latte in polvere.

Avere alti tassi di vaccinazione per le tante malattie infettive dell'infanzia ma anche per l'HPV, vuole dire ridurre la mortalità e la patologia che potrebbe svilupparsi anche dopo molti anni.

Non è facile tutto questo perché è difficile andare oltre il proprio particolare, perché le abitudini sono difficili da modificare e i Servizi come ogni istituzione scivolano verso l'entropia, il minimo sforzo possibile per tutti. Ma la formazione obbligatoria, la valutazione degli obiettivi di budget ben amministrati, la spinta dell'utenza organizzata, il confronto con altre realtà italiane od estere, sicuramente aiuta a mantenere alta la qualità dell'operare. Certamente un incentivo e un maggiore interesse e valutazione da parte del Ministero e quindi delle Regioni per i Servizi Consultoriali favorirebbe il loro sviluppo e valorizzerebbe il loro lavoro.

Certamente le soddisfazioni maggiori per le operatrici, sono quelle che vengono dal riconoscimento da parte dell'utenza, che è buona giudice della qualità delle attenzioni, cure, *empowerment* ricevuto.

Ad esempio:

- le signore della comunità magrebina che noi volevamo intervistare sul Servizio, si sono presentate in folta schiera e hanno portato un vero rinfresco nord africano come ringraziamento delle cure ricevute in gravidanza nel Consultorio di Magione. La stanza degli incontri di preparazione alla Nascita era piena di carrozzine, thè alla menta, dolci arabi, couscous e noi operatrici davvero non ce lo aspettavano;

- una signora in gravidanza avanzata viene a salutare felice: dopo aver interrotto una gravidanza in un brutto momento della sua vita di coppia ora è felice di questa nuova opportunità. Ci dice che la abbiamo sostenuta nelle sue scelte qualunque fossero state e questo la ha resa sicura e tranquilla;
- un rappresentante di medicinali scopre, quasi per caso, con i nostri test salivari per l'HIV la sua positività e ci ringrazia per aver trovato un *counselling* adeguato in un momento così duro e indicazioni esatte per affrontare questa malattia;
- i ragazzi della scuola vicina ci portano i video che hanno preparato dopo un anno di incontri con il personale del Consultorio e del Sert (Servizio tossico dipendenze), noi ci mettiamo a piangere dalla commozione nel vedere quello del ragazzo arabo che ha taciuto tutto il tempo, ma nel suo prodotto mostra di aver capito e saputo spiegare in modo forte ed efficace che cosa si può chiedere ai nostri Servizi;
- i dati delle gravidanze seguite al Consultorio e delle donne che frequentano gli incontri post partum e sul sostegno all' allattamento materno crescono ogni anno.

Le prossime sfide sono molto legate al web, alla capacità di avere pagine web chiare sui servizi, saper rispondere anche nei social (*Whatsapp*, FB) alle domande che rimangono spesso cucite nelle bocche delle utenti di tutte le età.

La popolazione invecchia, le donne specialmente vivono sempre più a lungo ed hanno bisogno di sostegno non solo nelle scelte riproduttive ma anche nella menopausa e nella post menopausa per la cura del loro pavimento pelvico.

Salute sessuale e riproduttiva significa anche occuparsi della sessualità, delle malattie sessualmente trasmesse certamente con gli adolescenti ma anche con donne e uomini di tutte le età, culture e provenienze. Significa saper riconoscere una MGF (Mutilazione Genitale Femminile) e sapere certificare e spiegare che questo può dare diritto alla protezione internazionale (Convenzione di Istanbul).

Salute significa prima di tutto libertà dalla violenza. I Consultori dovrebbero con la somma dei loro operatori e operatrici essere in grado di riconoscere le donne vittime di violenza sia fisica che psicologica, essere in RETE con gli Ospedali e con i Centri Antiviolenza in modo da favorire il lungo e complesso, lungo, accidentato percorso di uscita da una relazione patologica della spirale della violenza, spesso presente dove non ce la aspettiamo, come in gravidanza.

Luoghi di formazione: i Servizi Consultoriali devono essere considerati luoghi di apprendimento quanto gli Ospedali. Per molte professioni questo avviene (psicologi, assistenti sociali, ostetriche) ma sono pochissimi (Torino/ Novara) i Consultori che vengono frequentati obbligatoriamente per un periodo sufficiente dagli specializzandi ginecologi, che così potrebbero imparare come si lavora nel Territorio, cosa significa fare prevenzione. Saper affrontare un colloquio per una richiesta di IVG, inserire uno IUD (in genere NON si imparano in 5 anni di Ospedale), svolgere un *counselling* contraccettivo con una adolescente, affrontare un incontro con una classe di ragazzi che fanno domande spudorate e provocatorie, seguire una gravidanza in modo fisiologico... sono tutte cose molto formative che non potrebbero essere apprese altrove.

Queste mi sembrano le sfide aperte in un futuro non lontano in cui temo però che ci sarà purtroppo sempre meno spazio e risorse per la Salute Pubblica.

Ma spero di sbagliarmi!

Carla Foletto, ostetrica

Carla Foletto è Coordinatore delle ostetriche nei servizi territoriali del Distretto 2 di Aosta

Ho iniziato l'attività consultoriale nel momento della nascita dei consultori. All'epoca ero un'ostetrica ospedaliera e, a turnazione con le colleghe, tenevamo aperto un piccolo ambulatorio vicino al centro della città di Aosta in cui operavano solo l'ostetrica e una ginecologa. All'epoca l'attività consultoriale era molto ridotta e ci si limitava all'effettuazione dei Pap-test e alla compresenza con la ginecologa.

Nel gennaio 1989 ho lasciato definitivamente l'ospedale per l'attività consultoriale.

I consultori della città di Aosta erano tre e io suddividevo il mio tempo lavoro in queste tre sedi.

Dal punto di vista operativo le cose non erano molto cambiate, le attività principali continuavano ad essere i Pap-test e la compresenza.

L'utenza che frequentava i consultori era caratterizzata in prevalenza da donne poco scolarizzate che non potevano permettersi il servizio privato.

Nel corso del tempo nei consultori sono state ampliate le attività e il bacino d'utenza si è decisamente diversificato, accogliendo donne di tutti i ceti sociali e diversi tipi di scolarizzazione.

Il consultorio, però, ha assunto più l'aspetto di un ambulatorio che di consultorio. Le attività si svolgono su prenotazione e difficilmente si ha il tempo di rispondere a richieste immediate.

Attualmente penso che la sfida principale sia quella di riuscire a mantenere un rapporto di fiducia con l'utenza, dedicandole tutto il tempo necessario e avendo cura di migliorare la relazione e la comunicazione.

Nella nostra realtà esiste un consultorio adibito agli adolescenti, ma è poco utilizzato; a mio parere sarebbe utile migliorare la sua conoscenza da parte dei giovani in modo da incentivare i ragazzi a frequentarlo, non solo per necessità immediate, ma anche per ricevere consigli.

Inizialmente, considerando che l'utenza era molto scarsa, era molto facile rispondere in maniera immediata alle richieste delle utenti e, soprattutto, la comunicazione con gli altri operatori era semplice e immediata perché le équipe consultoriali erano complete. Attualmente, per motivi logistici, in alcuni consultori le équipe si sono disgregate, il lavoro è notevolmente aumentato ed è difficile mantenere la multiprofessionalità e multidisciplinarietà del servizio come pure rispondere in maniera immediata alle necessità dell'utenza.

Credo che la grande sfida odierna dei servizi consultoriali sia quella di riuscire a mantenere una relazione con l'utenza caratterizzata da un rapporto di empatia e fiducia in un momento in cui sembra prevalere l'attenzione alla quantità delle prestazioni effettuate più che alla loro qualità. Ritengo che l'attenzione verso le donne che si rivolgono al consultorio debba sempre essere desta e vigile: è stata fatta tanta fatica per creare, ma basta poco per distruggere.

Antonella Debora Turchetto, ginecologa, psicoterapeuta

Antonella Debora Turchetto, ginecologa dal 1981, ha lavorato nel Consultorio Marghera Ulss 12 Veneziana dal 1978

Nel luglio 1977, al tempo della mia laurea, la pillola contraccettiva era ancora illegale in Italia.

Gli informatori farmaceutici portavano a noi specializzandi della Clinica Ostetrico Ginecologica di Padova i campioni di contraccettivi in blister sciolti, non regolarmente confezionati. Sapevano che i Consultori Familiari nel Veneto stavano per diventare realtà e investivano sui giovani professionisti che vi sarebbero andati a lavorare.

Nella primavera del 1978 venne approvata la legge 194. Io assistevo, in quanto non obiettrice, alla prima seduta operatoria di interruzioni volontaria di gravidanza effettuata in Clinica Universitaria. Al secondo intervento la professoressa perforò l'utero nella fase di dilatazione del collo. Saltò la lista operatoria di tutte le sale poiché si doveva fare posto ad un nuovo imprevisto intervento. Ma ecco che allora, senza più trattenersi, il gruppo dei chirurghi ginecologi esplose in furibonde invettive contro "questa nuova legge che rovinerà la vita a noi seri professionisti". Vedevo il volto più brutto dell'opposizione alla legge 194.

Era lo stesso cipiglio con cui fui estromessa d'autorità da ogni attività scientifica, prodromica alla carriera universitaria, appena si seppe che avevo cominciato a lavorare nei Consultori Familiari. Fu un vecchio e ricco collega "monopolista" a Marghera che arrivò appositamente in Clinica per informare il Direttore di questa mia attività, intralciante per lui e politicamente inaccettabile per la dirigenza di quei tempi. Era la Padova degli anni 70, gli anni di piombo.

A Venezia invece il Comune, grazie anche alla tenace volontà dell'Assessora ai Servizi Sociali, aveva aperto i primi Consultori Familiari. Io scelsi di lavorare nella sede di Marghera, rinunciando ai miei diritti di prelazione su altre sedi che sarebbero state centrali e più comode, ma sicuramente meno interessanti quanto a opportunità di sviluppare un buon lavoro di integrazione con il territorio.

E infatti così è stato al punto di raggiungere il traguardo entusiasmante di diecimila utenti nei primi 10 anni di apertura, in una popolazione totale di 35 000 abitanti del territorio di competenza.

Nei vecchi schedari traboccanti si accumulava anche un gran numero di cartelle stampate su cartoncino giallo che utilizzavamo per le utenti fino ai 21 anni. Queste ci fornirono il nucleo base di dati per poter ottenere di organizzare e finanziare con un progetto specifico il primo Consultorio Adolescenti.

Eravamo creativi, entusiasti e ben sostenuti dall'amministrazione che largheggiava in fondi per la formazione e le attrezzature delle sedi consultoriali.

Si aveva la sensazione di lavorare direttamente "per la gente" e "con la gente". Nulla a che vedere con il lavoro in Clinica Universitaria, in Ospedale o nel proprio studio professionale. Noi avevamo forti motivazioni per contribuire all'instaurarsi di una società più giusta con una equa distribuzione delle risorse comuni. Il lavoro aveva più senso.

La professionalità per poter interloquire con i ragazzi, gli insegnanti e i genitori nelle scuole la maturavi col tempo, provando e riprovando, con molti scacchi ed errori.

Nel mio percorso formativo in Clinica avevo seguito le gravidanze ad alto rischio, mi ero occupata di colposcopia, ecografia e, nell'ultimo anno, di tumori ovarici. L'approccio olistico alla tutela della salute sessuale era lontanissimo da qualsiasi mia pregressa formazione universitaria.

Per l'attività consultoriale erano necessarie delle competenze che non possedevo e quindi decisi di seguire dal 1984 al 1988 a Bologna un corso superiore per le terapie dei disturbi sessuali e di coppia. In seguito ho continuato il percorso di formazione in autonomia per iscrivermi poi nell'Albo degli Psicoterapeuti dell'Ordine dei Medici. Ho fatto di necessità virtù, ma sarebbe stato veramente difficile adempiere alla mission dei Consultori senza ampliare e arricchire le proprie competenze professionali.

Nel 1978 la realtà sociale di Marghera era molto dura, costituita per lo più da famiglie dove lavorava il padre operaio, più qualche figlio apprendista se andava bene, in genere tutti nelle industrie del "Polo Petrochimico". Quello delle fughe di foscene, per capirsi, e sempre lo stesso settore che ha massicciamente licenziato dagli anni 90 in poi.

Per me è stato molto difficile comprendere veramente in quale mondo si stava inserendo il Consultorio Familiare A mia discolpa dirò che arrivavo da Venezia Dorsoduro e dalle Cliniche Universitarie di Padova, cioè ero come una aliena rispetto al nuovo contesto, ma anche il resto dell'équipe dovette farsi le ossa sul campo.

Due episodi mi sembrano emblematici.

Alle 18 della sera di un lungo pomeriggio di ambulatorio a Marghera arrivò una signora pallidissima con grave metrorragia. Raccontò che era abituata alle mestruazioni abbondanti, ma questa volta era un po' preoccupata perché da tre giorni era costretta a usare gli asciugamani invece che i pannolini e comunque il flusso non accennava a fermarsi. Io le spiegai che in questa situazione è necessario e urgente rivolgersi all'ospedale e mi attivai per chiamare una ambulanza. La signora rifiutava l'ipotesi di ricovero al che io, preoccupatissima, sbottai in un "Ma è matta a non andare!" e lei, schiena dritta, serissima e piena di dignità mi rispose "È matta lei! Io ho 4 uomini che stasera tornano a casa dal lavoro e devono poter mangiare!".

Mi sarei data una randellata in testa dalla vergogna dell'inadeguatezza del mio approccio.

L'altro episodio coinvolge la nuova psicologa che era stata appena trasferita dal lavoro ospedaliero in Psichiatria al territorio. Una adolescente si rivolse al Consultorio per una visita ed era molto decisa ad iniziare la contraccezione ormonale. Io ero molto contenta e pensavo: "Finalmente le ragazze si informano e intraprendono azioni positive di autotutela in autonomia! Siamo nel 1980 in fondo!". In coda al nostro incontro, già sulla porta, la ragazza accennò con indifferenza al fatto che quella notte aveva dormito male. Spiegò che le era sembrato che ci fossero delle persone in casa, sangue sul pavimento del bagno, voci, trambusto e alla mattina sua sorella non c'era. Non si capiva se stesse raccontando un sogno o un fatto vero non adeguatamente registrato e vissuto.

Chiesi alla nuova psicologa di parlare a sua volta con la ragazza per andare a fondo di questo pur vago racconto, ma lei si mise a ridere di fronte alla mia preoccupazione e mi spiegò che "le fantasie delle persone un po' fragili e di famiglie problematiche hanno spesso accenti di realtà che le rende più confusive". Io comunque sapevo che la ragazza doveva ritornare la settimana successiva (si prescrivevano ancora gli esami del sangue per la pillola, allora!) e mi ripromisi di risentirla autonomamente su questo "sogno" e su altro.

Fu però il giornale locale che il giorno dopo ci inondò di realtà: una adolescente di Marghera (la sorella della nostra utente) aveva avuto un drammatico parto prematuro in casa come esito di una gravidanza "misconosciuta".

Nel territorio del Consultorio la realtà superava di gran lunga la fantasia e noi non eravamo ancora in grado di vederla.

Oggi temo che i compiti dei Consultori Familiari, anche a causa della continua riduzione degli investimenti finanziari e a fronte delle crescenti necessità delle donne, delle coppie, delle famiglie e degli adolescenti, siano diventati "impossibili".

Noi, una unica équipe, cercavamo di fare azioni positive in giornate distinte e con progetti diversi modestamente finanziati (Progetto Benessere Donna Straniera, Progetto prevenzione IVG e Progetto Adolescenti con lo Spazio Maschio, Una bussola per gli adolescenti come intervento nelle scuole) cercando di acquisire competenze grazie all'esperienza sul campo.

Se dovessi pronunciarmi sulle attuali necessità dei Consultori Familiari, direi che l'organico va potenziato, il personale specificamente formato, le sedi vanno moltiplicate e meglio attrezzate. E non parlo di sedie e scrivanie nuove, ma di kit e test rapidi per la diagnostica, malattie a trasmissione sessuale e gravidanze per esempio, e ancora spirali, pillole, preservativi gratuitamente a disposizione dell'utenza.

Tutto questo costa!

Se si continua invece nell'azione di smantellamento dell'istituzione "Consultorio Familiare", così come avviene in molte parti d'Italia, ci sarà anche il rischio di frustrare e demotivare gli operatori al punto che avranno solo l'obiettivo di sopravvivere civilmente alla dura giornata.

Difficile che così disarmati possano entrare nella lotta e cambiare il mondo, come invece pensavamo noi 40 anni fa.

Noi sì, confusamente, sognavamo!

Silvia Camin, Fisioterapista ed educatrice prenatale

Silvia Camin ha iniziato a lavorare in consultorio nel 1997. Attualmente è presidente dell'AIED di Bolzano

Sono la presidente dell'AIED di Bolzano dal 2016. Ho iniziato a lavorare in consultorio nel 1997 e da subito ho partecipato anche alla gestione del consultorio partecipando alle riunioni del direttivo. Ho vissuto la storia dell'AIED di Bolzano fin dall'infanzia, perché sono figlia di una delle femministe del gruppo fondatore. Come tanti altri bambine e bambini, figlie e figli di chi ha lottato per le trasformazioni sociali, culturali e politiche degli anni 70', ho partecipato alle manifestazioni, assistito a riunioni, colorato manifesti e striscioni per la conquista di fondamentali diritti civili come il diritto alla contraccezione, il divorzio, l'educazione sessuale, la legge 194, l'autodeterminazione ecc. L'AIED a livello nazionale è nata il 10 ottobre 1953 ad opera di un gruppo di giornalisti, scienziati, uomini e donne di cultura, di diversa estrazione politica, ma con una comune ispirazione laica e democratica. Opera dunque sul territorio italiano da quasi 70 anni e ha maturato in tutto questo tempo un significativo patrimonio umano e culturale. La sezione AIED di Bolzano è nata il 12.06.1973 per volontà di un gruppo di donne di diffondere l'informazione sulla contraccezione e di creare un luogo aperto dove si potesse parlare della salute della donna e della sua condizione generale, nel dicembre dello stesso anno il consultorio ha aperto al pubblico. Nei primi anni la sezione si è retta sul volontariato degli operatori e delle operatrici e in gran parte sull'autofinanziamento. Dal 1992 il consultorio porta il nome di Andreina Emeri, avvocatessa, presidente della sezione dalla sua costituzione sino al 1985, anno della sua scomparsa. Il suo importante contributo, competente e creativo ha permesso al consultorio di diventare nel corso di quegli anni punto di riferimento e di confronto.

In Provincia di Bolzano non ci sono consultori pubblici. L'istituzione dei consultori familiari a livello nazionale fa riferimento alla legge n. 405/75 e a livello locale alla legge provinciale n. 10/79 e relativo regolamento d'esecuzione n. 21 del 2/12/1982 e successive modifiche. Il finanziamento è stato finora garantito grazie a convenzioni dei consultori con l'Azienda Sanitaria e l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano. Con la legge provinciale n.17 del 21.07.2016 è stato modificato l'articolo 5 della legge provinciale n. 10/79 prevedendo un finanziamento aggiuntivo da parte dell'Agenzia della famiglia (finanziamento dedicato a un progetto specifico stabilito dalla stessa Agenzia della famiglia).

L'attività che i consultori possono svolgere nella Provincia di Bolzano è prevista in modo dettagliato e specifico da un nomenclatore aggiornato nel 2018.

Il Decreto dell'Assessore alla Sanità N. 324/23.2 del 30.10.2012 prevede inoltre per i consultori l'obbligo di accreditamento istituzionale con validità quinquennale.

La Provincia autonoma di Bolzano garantisce e finanzia quindi i consultori dal 1980, ha scelto di convenzionarsi con privati per ottemperare ad un obbligo di legge del servizio pubblico. La specificità della nostra convenzione è che i consultori lavorano, e possono lavorare, esclusivamente in accordo con gli enti finanziatori. L'Accordo di programma tra consultorio ed enti finanziatori viene attualmente firmato di anno in anno. Non è prevista per i consultori, a differenza di altre strutture private-convenzionate, la possibilità

di offrire prestazioni anche privatamente, per cui è preclusa per i consultori qualsiasi possibilità di avere ulteriori introiti e i servizi offerti risultano assolutamente al di sotto delle necessità. Le liste di attesa in particolare per gli ambulatori ostetrico-ginecologici e per i percorsi psicologici sono sempre molto lunghe.

Il finanziamento annuo di ogni consultorio è fisso. Se il servizio eroga un numero di prestazioni superiore al tetto di finanziamento previsto, quelle in eccesso non vengono finanziate.

Continuiamo a batterci affinché i consultori siano riconosciuti e valorizzati. Riteniamo che sarebbe fondamentale e lungimirante aumentare il finanziamento di quei servizi che come attività ordinaria, e non con progetti una tantum, si occupano della promozione della salute.

Nel corso degli anni l'attività del nostro consultorio si è arricchita e diversificata, ampliando l'offerta di servizi alla persona e aumentando il personale a disposizione, cercando di adeguarsi alla complessità della società attuale.

Nella realizzazione delle sue finalità statutarie l'Aied non fa discriminazione di appartenenza di genere, culturale, sociale, politica e religiosa.

L'équipe dell'AIED di Bolzano si avvale dell'apporto professionale di ginecologhe, ostetriche, fisioterapista, psicoterapeuta, avvocate, assistente sociale, mediatrici culturali, mediatrici familiari, personale di segreteria e coordinamento.

Le aree di intervento comprendono:

- consulenza in ambito sanitario, psicologico e sociale
- ambulatorio ostetrico e ginecologico
- percorsi psicologici e sessuologici
- percorsi di accompagnamento alla nascita e nel dopo parto
- sostegno alla maternità e alla genitorialità
- salute pelvica
- educazione all'affettività e alla sessualità nella scuola primaria, secondaria e superiore
- consulenza legale.

L'AIED di Bolzano è partner della Rete dei Servizi contro la Violenza di Genere del Comune di Bolzano e della Rete ELGBTQI* del Trentino-Alto Adige.

Per quanto riguarda la mia esperienza, sono cresciuta in una famiglia in cui l'impegno personale per la costruzione di una società più giusta è parte fondamentale della realizzazione di sé. Nella mia storia quindi avere la possibilità di lavorare in consultorio ha un grande significato personale e politico. Vuol dire poter contribuire a creare opportunità di crescita, conoscenza e consapevolezza rispetto a salute, relazioni e diritti. Vuol dire fare la mia parte per migliorare la qualità della vita delle persone e quindi anche la società.

La mia esperienza in consultorio mi porta a dire che i diritti vanno difesi, che nulla va dato per scontato e che c'è ancora molto da fare, in particolare rispetto alla consapevolezza delle donne e alle pari opportunità. C'è ancora molta ignoranza anche banalmente sull'anatomia e, fisiologia del corpo umano e sui metodi contraccettivi; così come esistono ancora modelli di riferimento sui ruoli maschile e femminile fortemente condizionanti. Penso che le nuove generazioni si trovino davanti a una complessità sociale nuova, che rende indispensabile l'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà, l'integrazione dei servizi sociosanitari e l'offerta attiva.

Negli ultimi anni è diventato veramente molto difficile lavorare secondo i principi fondanti del servizio consultoriale. È sempre più pressante il rischio di diventare un poliambulatorio. Il carico di lavoro delle operatrici e degli operatori, la complessità e l'urgenza dell'utenza e il limite imposto dal tetto fisso di finanziamento rende acrobatica la gestione del consultorio.

La sfida che il CF ha ora più che mai è di continuare ad avere un approccio sociosanitario e multidisciplinare.

La società multiculturale ci impone di non perdere la nostra specificità. Convinta che informazione e prevenzione siano tappe fondamentali di un qualsiasi intervento legato alla salute, ritengo che sia fondamentale lavorare nelle scuole. Entrare in contatto con tutti i giovani e le giovani è l'unico modo di creare un terreno culturale diverso. Devono essere promossi gli interventi con gli studenti e le studentesse, finalizzati all'individuazione delle differenze nel processo di crescita fra maschi e femmine e nel modo di rapportarsi alla sessualità e alla valorizzazione della capacità di entrare in relazione con l'altro/a pur restando fedeli a sé stessi/e. Tali interventi devono essere anche strumento per combattere la piaga della violenza sulle donne e del femminicidio. Anche le visite guidate in consultorio, per far conoscere i servizi offerti e il personale presente, possono contribuire al raggiungimento di questo prezioso obiettivo.

Rossella Mazza, ginecologa

Rossella Mazza, dopo un'esperienza in ospedale, ha lavorato per 35 anni nei consultori. Ha ricoperto il ruolo di Responsabile del consultorio familiare di Trento

È iniziata per un fortuito caso la mia attività consultoriale.

Era l'agosto del 2002 quando motivi personali non mi permettevano più di dedicare le mie giornate all'attività che tanto amavo: la professione di ginecologo-ostetrico ospedaliero con buona esperienza chirurgica, di sala parto e diagnostica prenatale. Peraltro non era stato facile conquistare un certo prestigio perché avevo iniziato nel 1979 quando ancora la donna medico era osteggiata nella sua professione e infatti ero stata accolta già al tirocinio, allora obbligatorio per poter accedere ai concorsi ospedalieri, con "non è un lavoro da donne". Ero riuscita a superare gli ostacoli, a farmi apprezzare dai colleghi maschi, a diventare aiuto (in quegli anni si passava da assistente ad aiuto con concorsi) superando colleghi "raccomandati", a passare da un ospedale di zona al primo ospedale della provincia. Era la mia vita e mai avrei pensato di poterla modificare, le notti erano molte, gli stress anche, ma erano indispensabili per stare bene, la vita vista alla nascita era tutto per me.

Poi d'improvviso quell'estate non fu più possibile sostenere l'impegno, si offrì l'opportunità di alcune ore presso 2 consultori uno in città, l'altro in una valle vicina, poteva essere la soluzione per alcuni anni fino a quando avessi potuto riprendere il lavoro ospedaliero per non dedicarmi solo alla libera professione che non era prevista dalla mia ideologia.

Sono così approdata al consultorio: struttura che noi ospedalieri non conoscevamo e dico la verità, nemmeno io come donna ne avevo un concetto reale. Ero spaesata, a Trento mi accolse un'infermiera che facendomi vedere l'ambulatorio mi disse che lì avrei trovato tutto il materiale. Ho iniziato effettuando visite, partecipavo alle riunioni d'équipe gestite da psicologo e assistente sociale, ma senza interesse e convinzione. Mi sentivo fuori luogo, ma soprattutto avevo la percezione di una struttura disorganizzata che sopravviveva per inerzia, non parliamo poi della difficoltà anche nelle visite per l'assenza di un ecografo e di possibilità di confronto con colleghi. È vero potevo rivolgermi agli ex colleghi ospedalieri, ma non capivano, come non conoscevo io l'attività svolta in consultorio, anche loro lo consideravano come un luogo dove "si può sopravvivere lavorando poco, con scarsa responsabilità: "beata te!!"

Figuriamoci quando arrivai a Pergine, consultorio più periferico, dove ai primi accessi feci 1-2 visite, ricordo ancora che la psicologa mi trovò disperata e mi prestò un romanzo da leggere.

Iniziai caparbiamente a documentarmi meglio sulla storia della nascita dei consultori, ripescai la mia tesi del 1978 su "La riforma sanitaria", mi documentai sulla loro funzione, sul loro scopo, sulla modalità di lavoro. Partecipai con più convinzione alle riunioni d'équipe facendo valere anche la mia parola e affrontai subito il problema delle interruzioni di gravidanza. In ospedale era diverso, qui si poteva fare di più per le donne anche dal punto di vista preventivo e sociale. Erano gli anni dell'ondata di badanti e di prime donne immigrate che si ricongiungevano a mariti già in Italia da anni. Mi colpirono etnie dove l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) era considerato quasi un metodo contraccettivo, alla domanda "gravidanze, aborti?" ti rispondevano il numero esatto dei figli e un numero imprecisato "5, 6 o forse 8" di IVG. Non conoscevano i metodi contraccettivi o li utilizzavano male, non comprendevano la lingua ed erano ancora molto legate alla loro cultura. Anche tra le italiane inoltre erano molte quelle che rimanevano gravide nonostante l'assunzione di pillole. Questo aspetto mi colpì molto. Che a noi ginecologhe fosse delegato solo il compito di redigere il "certificato" e i colloqui fossero effettuati solo dall'assistente sociale e prima di una conferma della gravidanza mi infastidiva. Non sentivo parlare di gravidanze proseguite dopo i colloqui, le donne erano lasciate allo sbaraglio per la ricerca dell'ospedale dove eseguire l'intervento, figurarsi le straniere, vi arrivavano al limite dei 90 giorni od oltre. Il tutto con grande vantaggio della struttura privata convenzionata, da dove mi erano ritornati vaghi racconti raccapriccianti.

Fu da qui che partii, io non avevo scelto questo tipo di lavoro, ma dovevo impegnarmi per le donne della mia città, per le donne che avevano bisogno, per le più fragili; e tutte le donne sono fragili nell'affrontare questa esperienza, ma in modo particolare le straniere e le giovani.

Il lavoro doveva essere un lavoro d'équipe e condiviso, un lavoro di integrazione con l'ospedale e tutto il territorio. In Trentino avevamo un'unica Azienda Sanitaria che avrebbe dovuto garantire eguaglianza a tutti.

In primis la ginecologa doveva fare diagnosi di gravidanza in evoluzione, in utero ed entro 90 giorni, doveva poter parlare con la donna e capirsi per comprendere i motivi alla base della scelta, per aiutarla a superare paure se fossero stati motivi medici o chiedere intervento dell'assistente sociale o dello psicologo se di altra natura e assieme aiutare "quella donna". Non fu facile farlo recepire all'équipe, durante le riunioni, ero pur sempre un "ex-ospedaliere che vuol venire a dettar legge"; mi aiutò l'esperienza indispensabile in caso di una gravidanza extrauterina. La signora straniera che capiva poco l'italiano, era la 4° volta che veniva da noi per gli incontri con l'assistente sociale, finalmente la mia visita, percezione di formazione annessiale destra e sensazione di rottura; telefonata veloce in ospedale intervento tempestivo con già 2 litri di sangue in addome. Questo episodio, che attendevo, mi ha permesso di spiegare l'importanza di un percorso strutturato, la necessità per primo di una diagnosi con datazione e quindi di un ecografo, la necessità di colloqui nella lingua dell'utente e la conoscenza della loro cultura e quindi mediazione culturale; la necessità di un accompagnamento alla prenotazione dell'intervento, di un ritorno al controllo. Solo così si sarebbe potuto affrontare con la donna argomenti di prevenzione, promozione della salute e di programmazione familiare e questo dando subito l'appuntamento per il ritorno, permettendo così alla donna di sentirsi più accolta e accompagnata.

Si è iniziato a ridare visibilità al consultorio anche tra i medici di medicina generale e ospedalieri: aumentavano le persone che venivano per IVG e contraccezione tra le straniere, aumentavano i controlli post-intervento; ottenni un vecchio ecografo dismesso, ma sufficiente allo scopo. Chiaramente iniziai ad aggiornarmi sui metodi contraccettivi, capii quali potevano essere gli errori più facilmente effettuati e cercai di adottare strategie per farli comprendere. Iniziarono anche ad esserci più donne che dopo i colloqui decidevano di proseguire con la gravidanza e in questo caso, con il supporto di tutta l'équipe, decidemmo di dare loro l'opportunità di essere seguite per tutta la gravidanza presso il consultorio con la presenza della mediatrice culturale, se straniera. Il consultorio era già la sede dei corsi di accompagnamento alla nascita.

C'era ancora un aspetto che non mi piaceva: al consultorio venivano pochi giovani.

Sicuramente l'ambiente non era allettante, sopra di noi c'era il servizio di salute mentale, le molte straniere e lo stesso stabile decadente non era invitante, ma poi scoprii che c'era ostilità da parte delle mamme delle adolescenti trentine, perché gli unici accessi riguardavano qualche studentessa universitaria. Giovani che iniziavano a dover affrontare una società che stava mutando in modo repentino, con nuove tipologie di rischi, e adolescenti che crescevano in numero per l'ampliamento dell'offerta formativa universitaria a Trento.

Era un'altra sfida: per questo il giorno della presentazione delle mie dimissioni per rientrare in ospedale, dopo faticoso concorso, accettai, dopo non travagliata decisione, la proposta di essere sì assunta dall'Azienda per i Servizi Sanitari, ma in qualità di medico presso il consultorio di Trento, dove dopo poco avrei ottenuto il ruolo di responsabile. Si cambiava sede, più vicina alle scuole, più luminosa e invitante, l'équipe iniziò ad essere più numerosa e si cercarono strategie per avvicinare anche i giovani.

Era impossibile andare noi presso le scuole, per carenza di personale, ma allora perché non far venire le scuole da noi? Ecco quindi l'offerta alle seconde classi degli istituti superiori degli incontri: "Conoscere il Consultorio" che negli anni, con il contributo delle esperienze degli altri consultori del Trentino e l'arrivo di personale giovane, si è rinnovato adattandosi alle necessità dei giovani, alle loro richieste, alle loro modalità comunicative.

Anche il rapporto con i medici di medicina generale e la popolazione è migliorato grazie a corsi di aggiornamento, incontri. Con l'ospedale è nato un canale comunicativo con la mia partecipazione alla loro riunione settimanale e con l'istituzione, oltre al Percorso strutturato per IVG, ad un percorso di accompagnamento per le gravide con vari aspetti di fragilità psicologica o sociale.

Un'altra interessante collaborazione è iniziata con il Centro per i Disturbi alimentari, solo per la parte ginecologica, che ha permesso di approfondire un'altra problematica che in modo esponenziale sta aumentando tra i giovani. Parlandone in équipe, diffondo la conoscenza fra gli operatori, ci ha permesso di cogliere segnali di disagio durante consulenze per altri motivi e indirizzare la giovane alla struttura adatta.

In questi ultimi anni la società è cambiata, anche noi abbiamo dovuto affrontare il problema della "violenza" in tutte le sue sfumature e dell'immigrazione "forzata" (scusate ma io quest'ultima ondata la definisco così). Per la violenza avevamo sicuramente già negli anni scorsi un occhio di riguardo, collaborando con la LILA, mi era già successo di impattare in violenza subita da prostitute, ora però si è aperto un vaso colmo di ingiustizie per lo più subite dalle donne (abbiamo avuto un caso di violenza verso un uomo da parte di una donna) che spazia dalla violenza fisica, sicuramente più evidente, a quella

psicologica. Ed ecco la storia che mi ha colpito: donna italiana, non vedente accompagnata da compagno bello, elegante, educato e apparentemente molto sensibile e amorevole, che viene da noi per IVG. Sembrano ambedue decisi nella scelta, al controllo ritorna solo lei in taxi perché ha avuto la forza di lasciare “l’amorevole compagno” che l’aveva costretta alla scelta.

Riguardo alla nuova immigrazione: mi sono occupata personalmente delle visite e dei colloqui con le donne profughe, mi hanno consigliato di non approfondire una “tratta di donne” nella nostra cattolica città (dalla radio ho poi saputo che non avevo fantasticato) ed è la realtà a cui ora, secondo il mio parere, il lavoro del consultorio dovrebbe rivolgersi. Gli immigrati che venivano in cerca di lavoro, prima il marito poi a seguito donne e bambini, non esistono più. Siamo di fronte ad immigrazione dettata da paura, fuga e in parte costrizione; sono persone spaesate che non sanno come affrontare il loro futuro e non hanno un futuro.

Questo non ci deve far dimenticare i nostri ragazzi, i ragazzi stranieri ormai italiani: non hanno più una famiglia stabile che possa essere d’insegnamento con l’esempio quotidiano; affrontano esperienze importanti per la loro vita con l’insegnamento tratto dal digitale, in modo asettico, impersonale, con bisogni volontariamente indotti; che si credono più liberi della mia generazione, ma che purtroppo sono in modo subdolo assoggettati ad una società meramente consumistica e individualista.

Questi sono i due grandi soggetti svantaggiati a cui oggi il consultorio si deve rivolgere, ricordando sempre i principi fondamentali alla base della legge istitutiva: tutela e promozione della salute pubblica mediante un approccio integrato secondo un modello di salute intesa come “benessere psico-fisico” e tramite un’offerta attiva del servizio.

Il 29/12/2018 sono andata in pensione e se mi manca molto ancora la sala parto non da meno mi mancano le ragazze che ho seguito al consultorio ne ricorderò sempre una, allora giovane madre, che in un’intervista disse “voglio anche la mia dottoressa: è molto rigida, severa, ma le devo molto perché mi ha insegnato a vivere”. Ora è di nuovo mamma di un fratellino desiderato.

APPENDICE B
Interventi al convegno di chiusura del progetto

Com'era verde la mia vallata... ovvero la memoria consegnata

Marina Piazza, sociologa

Già consulente presso la Gender consulenza formazione ricerca s.c.r.l., Milano

Il compito che mi è stato dato è di dare voce a una serie di narrazioni e testimonianze di operatrici sulle loro esperienze professionali e personali e sul messaggio che vorrebbero lasciare alle nuove generazioni. Hanno risposto soprattutto operatrici già in pensione o comunque in fase avanzata della loro vita lavorativa.

Mi sono chiesta qual era il motivo della disposizione temporale del mio intervento: dopo tutti i ragionamenti sull'oggi si torna al tempo d'antan? Nostalgia? Celebrazione della gloria primigenia?

Poi, mano a mano che leggevo le 18 interviste in grandissima maggioranza di ginecologhe, ma anche di 3 ostetriche, 2 assistenti sociali, 1 pediatra, 1 fisioterapista e dell'unico uomo, psicologo, mi sono convinta che l'acquisizione profonda del passato possa offrire indicazioni preziose per riformulare il futuro, non per ripeterlo. Quindi non chiusura o ritorno, ma apertura e sfida. Anche rispetto alle nuove generazioni che operano nei consultori.

Sono voci diverse, ognuna con la sua irripetibile singolarità, ma unite da fili comuni molto forti.

Il primo filo comune è la narrazione del clima, del contesto in cui sono nati i consultori, dell'aria che si respirava. Quindi un contesto sociale e politico complessivo, per così dire oggettivo, segnato da cambiamenti in tutti i campi del sociale e da sommovimenti nei comportamenti soggettivi. Come viene descritto in una testimonianza:

“Di pochi anni prima la legge sul divorzio e il suo mantenimento nel '74 col referendum abrogativo, del '75 la riforma del diritto di famiglia che capovolgeva i valori tradizionali su cui si reggeva la famiglia patriarcale, e l'abbassamento della maggiore età dai 21 ai 18 anni. Nel '78 veniva varata la legge 833 che istituiva il Sistema Sanitario Nazionale, rivoluzionando la sanità pubblica, Sempre dello stesso anno la legge Basaglia, che chiudeva gli ospedali psichiatrici, e la legge 194 che depenalizzava l'aborto, affidando ai Consultori Familiari un fondamentale ruolo di assistenza, sostegno della donna e di prevenzione. Si trattava di trasformazioni sociali e culturali profonde, che andavano verso il riconoscimento dei diritti e della centralità della persona, la tutela della salute sia fisica che psichica come diritto, nel rispetto della dignità e della libertà dell'individuo, secondo principi di uguaglianza ed equità. Questa era l'aria che si respirava e in questo particolare clima ho visto nascere il Consultorio Familiare.”

In questo clima generale, di “rivoluzione copernicana”, era fortissima la motivazione soggettiva a far parte di questa spinta innovativa, di questa “onda nascente”:

“Mi sentivo protagonista e testimone di un passaggio d'epoca: le donne erano passate dal modello assistenziale a quello partecipativo nella gestione della loro salute. Era una rivelazione: cadeva il confine tra la medicina dei medici e la medicina dei pazienti”.

Un altro filo comune è la descrizione del metodo di lavoro, dell'incontro, dell'approccio con il metodo olistico, con la grande novità del lavoro di équipe, interdisciplinare, con lo stupore di entrare in una dimensione di ascolto e di scambio tra saperi e competenze diversificate, orizzontale, ben diversa dall'organizzazione verticale e gerarchica sperimentata da chi proveniva dal lavoro ospedaliero.

Ma subito emergono anche le diversità. In piena evidenza le diversità territoriali. Che significano anche diversità dell'utenza.

Un conto è entrare a far parte o persino fondare un nuovo servizio in un territorio già preparato, reso fertile da collettivi di donne femministe, agguerrite e decise come avviene a Trieste, a Torino, in Veneto, a Bolzano, in Emilia-Romagna ecc. La percezione narrata è quella di essere aspettati, supportati, non solo dalle donne, anche dalle istituzioni.

Ma ben diverso è avviarsi verso una terra sconosciuta, confrontarsi non con chi è simile, ma con “la città degli altri”, con le donne dei quartieri degradati, con le loro finora impensate difficoltà di vivere e di sopravvivere, entrare nelle loro case, “contrastare la rassegnata desolazione dei quartieri poveri di Napoli”.

“Noi eravamo fresche delle conquiste degli anni '70, “ma le donne nei quartieri come avevano vissuto tutto questo? Echi troppo lontani da una quotidianità fatta di lotta per la sopravvivenza, di

sopraffazione sociale e familiare. Donne schiacciate, senza spazio per i desideri, per i sogni, per le scelte” dice una ginecologa siciliana”

E come ribadisce la testimone della Campania:

“La signora Dora aveva i capelli rossi che portava raccolti, in una grossa treccia, decisamente bella ma, se sorrideva, e lo faceva schernendosi con la mano, i denti tradivano la sua condizione sociale, le mancava un incisivo e si intravedeva qualche carie. Ma era bella lo stesso.

Aveva con sé una bambina di circa tre anni, l’altro figlio più grande lo aveva affidato ad un’amica. Era al quinto mese di gravidanza e perdeva sangue. La visitai, ma già l’ecografia che aveva esibito parlava di una placenta previa marginale. Le prescrissi subito una terapia farmacologica e le ingiunsi di andare subito a casa e di mettersi a riposo.

«Dottore’ tengo altri due figli, abito al settimo piano nelle Vele e spesso non ho acqua a casa!» Questa volta il sorriso imperfetto si trasformò decisamente in una evidente risata, sì per dirla tutta mi rise in faccia, ma senza aggressività, senza offesa, semplicemente con rassegnazione, e come per una conferma amara e scontata con quel sorriso rimarcò con spietata precisione il confine che c’era tra me e lei, tra la medicina dei medici e la medicina dei pazienti.

Senza volerlo, senza premeditazione, nella più assoluta inconsapevolezza, avevamo determinato la drammatizzazione di un conflitto vecchio come il mondo, avevamo reso tangibile in un luogo e in un tempo, la oggettiva difficoltà a comunicare e la improrogabile, almeno per me, necessità di infrangere ogni barriera. Il paradigma del rapporto medico-paziente appreso con tanta puntualità, da tempo sperimentato e che, a mio parere, aveva dato segni di fragilità già in molte, troppe occasioni, in questo momento, grazie a questa donna dai capelli rossi, cambiava incredibilmente il suo asse!

La signora Dora aveva prepotentemente esibito la sua condizione sociale ed era questo e null’altro che le avrebbe impedito di seguire quanto consigliato.

Ma non potevo abbattere le Vele, né montare l’ascensore e nemmeno garantire l’acqua a casa di Dora. Potevo solo prescrivere. Anche se avevo letto tanto sulla medicina sociale entusiasmandomi per le parole di Giulio Maccacaro, ora mi sentivo inadeguata in questo ruolo; il mio camice bianco assunse i confini seducenti e buffi di un travestimento, dentro cui avrei potuto nascondermi, ma non era questo ciò che volevo, dovevo proporre a Dora altro, lì in quel momento, subito.

La messa alla prova era arrivata in maniera repentina, quasi troppo. Un’altra sanità, un altro modo di produrre salute per Dora passava ineluttabilmente per la sua casa senz’acqua e i suoi denti cariati.

Non avevo alcuna alternativa, dovevo rischiare! Fu allora che cominciammo a parlare, insieme, lei e io, entrambi in sintonia, e concordammo un “piano terapeutico” che teneva conto delle necessità di entrambe.”

O la testimone del Piemonte.

“Nei primi giorni di lavoro nel 1981 una donna, alla domanda se avesse figli e avesse avuto IVG, mi rispose in dialetto che aveva 4 figli e disse “Faccia lei dottoressa per il numero degli aborti, mio marito non è capace che di mettermi incinta...” Le risposi che non mi era possibile inventare un numero e lei mi disse che aveva fatto più di 20 aborti. Rimasi molto colpita dal numero. Parlammo molto, si affidò a noi, partecipò a molte iniziative e iniziò a utilizzare la spirale.”

In più, da parte di alcune ginecologhe, e in alcuni territori, soprattutto al Sud, anche il passaggio “non indolore” da una struttura organizzata e gerarchica come l’ospedale in una struttura disorganizzata, orizzontale, a volte una stanza collocata tra le cucine e la camera mortuaria dell’ospedale” dove ci si poteva sentire “fuori luogo”. Anche la percezione di venire considerata “una che lavorava in un servizio di serie B”.

Però il filo che sembra unire queste pur evidenti diversità è la consapevolezza che bisognava buttarsi in mare aperto, uscire e andare quartiere per quartiere, casa per casa “a prendersi i pidocchi”. E contemporaneamente affinare le proprie competenze con corsi di formazione aggiuntivi “perché era veramente difficile adempiere alla *mission* dei consultori senza ampliare e arricchire le proprie competenze professionali, dice una ginecologa veneta. E imparare a lavorare in équipe quando “nessuno aveva mai fatto questa esperienza”.

Molte si soffermano su questo intreccio tra l'interno e l'esterno. Tra le nuove modalità di lavoro con un approccio interdisciplinare – dunque lavorare sull'interno, sul difficile esercizio di ascoltarsi e imparare le une dalle altre, senza inutili rivalità tra le diverse competenze- e la necessità di buttarsi in mare aperto, confrontandosi con le istituzioni, che a volte appoggiano e a volte ostacolano, per assicurarsi il coinvolgimento dei medici, dei sindaci, dei parroci e soprattutto l'adesione delle donne che da cosiddetti bersagli diventano protagoniste. In primo luogo conferendo al consultorio un ruolo di primo piano nella diffusione di informazioni sulla salute sessuale e nel supporto e assistenza per le donne che volevano esercitare il proprio diritto ad abortire. Ma anche a più largo raggio. Perciò si inventano interventi nelle scuole per gli adolescenti, corsi di lettura, contatti con le ostetriche condotte per programmare le visite domiciliari per raggiungere i più lontani ma anche i più bisognosi., l'andare nei mercati regionali per conquistare la fiducia delle donne, la costituzione di gruppi di donne che si interrogano sulla maternità o sulla menopausa, ecc. ecc. le modalità quindi di un'offerta attiva, consapevoli di essere immerse in realtà complesse, di cui bisognava individuare bisogni e quindi attivare risposte, Ma anche imparare ad ascoltare davvero, perché “abbiamo capito quanto potevamo imparare dalle donne”, “lì ho fatto un bagno di umiltà”

Dunque le difficoltà non mancano, tra le quali anche le prime partecipazioni quasi volontarie, informali, a tempo, che solo più tardi diventeranno assunzioni. Ma le motivazioni soggettive non si appannano “eravamo creativi, entusiasti e ben sostenuti dall'amministrazione che largheggiava in fondi per la formazione e le attrezzature. Si aveva la sensazione di lavorare per la gente e con la gente.” come afferma una ginecologa veneta. Ma anche nelle situazioni più arretrate, la sensazione di essere “un servizio di frontiera tra le istituzioni e la società civile”, la capacità di ascoltare, entrare in relazione, creare empatia, creare relazioni fondate sulla fiducia, creare accoglienza”.

Questo il quadro che emerge, compatto, pur nelle diversità e nelle difficoltà che le intervistate non sottovalutano, ma in qualche modo velano con la sottolineatura della percezione del sentirsi protagoniste attive di un cambiamento sociale, di una “rivoluzione copernicana” impensabile fino a pochi anni prima.

Poi, nel racconto, si insinuano le prime crepe, le prime resistenze delle istituzioni, a volte contrastate dall'entusiasmo e dalle prese di posizione dell'utenza, come racconta il testimone della Liguria:

“Dopo aver avviato i primi programmi di educazione affettiva e sessuale rivolti agli studenti delle scuole secondarie superiori sul finire degli anni '70 con interventi in una scuola professionale Alberghiera, all'interno di un lavoro partecipato con studenti e insegnanti e ampio utilizzo nei gruppi classe di metodiche attivanti ed esperienziali, dopo alcuni anni di attività partì dalla direzione sanitaria un tentativo di bloccare il progetto, riportandolo a un più generico corso di prevenzione che toccasse tematiche di salute meno delicate e ideologicamente meno 'esplosive'. Nonostante i nostri sforzi come operatori di contrastare questa decisione, non ci fu modo di spuntarla, la decisione era irrevocabile. Ma non si era tenuto conto della reazione dei ragazzi! Quando seppero dell'interruzione del corso ci fu una vera e propria insurrezione da parte degli studenti e accanto a loro di docenti e genitori, che presero le difese, attraverso invio di lettere alla USL, alla stampa e manifestazioni, del corso di educazione sessuale che non volevano assolutamente perdere. Era il 'loro' corso! La pressione dei ragazzi fu tale che le decisioni già prese a livello politico-organizzativo furono riviste e il progetto poté essere conservato, e come tale ha continuato a operare per più di trent'anni. Questa esperienza è stata una potente conferma della forza di un progetto co-costruito.”

Comunque resistenze delle istituzioni sempre forti e a mano a mano più forti, anche nelle situazioni più assestate. E differenze territoriali sempre più marcate, legate alle diverse leggi regionali.

Che si concretizzano soprattutto nella progressiva deprivazione di risorse, nel progressivo tentativo di ridurre i consultori ad ambulatori. La testimone piemontese dà un nome a questo processo e lo definisce come l'aziendalizzazione del 1992, in cui si svuota il senso originario dei consultori. Comunque in tutte le testimonianze prevale il senso di perdita.

Le crepe che hanno minato l'edificio vengono fatte risalire al complessivo disinvestimento sul sistema di welfare, di cui i consultori sono stati le vittime principali. E che ha comportato sia lo svuotamento progressivo dell'istanza olistica che era alla base della sostanza stessa dei consultori, sia la possibilità di affrontare la nuova complessità dell'utenza, che si andava trasformando sotto i loro occhi. Ma anche la percezione di un affievolirsi della spinta del movimento delle donne e di quel complessivo slancio sociale che aveva caratterizzato gli inizi.

La constatazione che in molti casi il consultorio si andava trasformando in ambulatorio perché “le attività si svolgono su prenotazione e difficilmente si ha il tempo di rispondere a richieste immediate”, dice la testimone della Val d’Aosta. Per la riduzione delle risorse, in alcuni consultori le équipes si sono disgregate, il lavoro è notevolmente aumentato ed è difficile mantenere la multiprofessionalità e multidisciplinarietà del servizio. E ribadisce la testimone del Veneto:

“Anche ora temo che i compiti di un Consultorio Familiare del 2020, a fronte delle necessità attuali delle donne, delle coppie, delle famiglie e degli adolescenti, siano “impossibili” a causa della continua riduzione degli investimenti finanziari dedicati. Ogni area necessiterebbe di professionisti e risorse ad hoc. Noi cercavamo di fare azioni positive in giornate distinte e con progetti distinti (Progetto Benessere Donna Straniera e Adolescenti), ora direi che le competenze vanno ulteriormente affinate. Ma la formazione costa, il personale va potenziato ma il personale costa, le sedi vanno aumentate e meglio attrezzate e anche questo costa. E non parlo di sedie e scrivanie nuove, ma di kit e test rapidi per la diagnostica, malattie a trasmissione sessuale e gravidanze per esempio, e poi spirali, pillole, preservativi gratuiti e a disposizione dell’utenza. Si dice che la necessità aguzzi l’ingegno, ma penso che in certe situazioni di autentico degrado della istituzione Consultorio Familiare il rischio sia quello di frustrare e demotivare gli operatori, che avranno solo l’obiettivo di sopravvivere civilmente alla dura giornata. Difficile che così disarmati possano entrare nella lotta e cambiare il mondo, come invece sognavamo noi 40 anni fa. Noi, sì, confusamente sognavamo!”

Questa prima crepa si collega ovviamente alla constatazione della nuova complessità dell’utenza. Si presentano nei consultori situazioni molto diverse: le donne vittime di violenza, le straniere che raccontano di numeri di aborti impensabili, le donne profughe, le donne in difficoltà con la loro prima gravidanza, i ragazzi e le ragazze con la loro difficile iniziazione a una sessualità responsabile, le famiglie lasciate sole nelle loro nuove responsabilità genitoriali, le nuove modalità del web, la nuova comunità LGBT. La divaricazione che può avvenire tra necessità di accoglienza e specializzazione. Perché oggi, dicono, la gestione dei consultori è diventata acrobatica.

Infine il difficile rapporto con le nuove leve di operatrici, il possibile divario tra chi mantiene in sé lo spirito originario, ma è ormai in pensione o comunque sta per avviarsi alla fine dell’attività lavorativa e chi subentra nelle nuove condizioni che si sono venute a creare.

Di fronte al combinato disposto e perverso tra riduzione delle risorse e aumento della complessità dell’utenza, c’è il rischio – quando il ricambio tra operatrici vecchie e nuove sarà totale – di una stanchezza psicologica nelle cosiddette nuove generazioni: una sorta di rassegnazione. Dice la testimone dell’Emilia-Romagna:

“Le esperienze nei consultori sono state per noi giovani professioniste un campo di prova importante dove mettersi in discussione rispetto alle modalità di assistenza che avevamo imparato nelle aule universitarie e nei reparti dei policlinici...le nuove generazioni non hanno potuto fare queste esperienze...l’enfasi degli ultimi anni è stata soprattutto sulle linee guida e sui protocolli.”

Infine e per concludere, di fronte alle narrazioni, di cui ho cercato di rendere lo spirito, sembra di poter dire che le sfide sono aumentate, le risorse diminuite, mentre è aumentata la specializzazione e la frammentazione. Sembrerebbe un senso complessivo di perdita. Ma un’indicazione queste testimonianze sembrano offrirla. Ed è l’indicazione della necessità di una riqualificazione in termini di risorse e di personale e di una risignificazione dei consultori come spazi politici, culturali e sociali oltre che come servizi sociosanitari. Certo non per ritornare a un rigurgito passatista, ma per mettere a frutto anche oggi, in un contesto completamente diverso il nocciolo duro di quell’esperienza, il suo spirito fondativo, il suo essere il primo presidio, quello più vicino a chi ha bisogno e non trova le strade per rispondervi. Insomma, vorrei ribadire la preziosità della memoria consegnata se viene interrogata per rispondere alle difficoltà del presente.

Salute della donna: tappe di vita

Grazia Colombo, sociologa

Libera professionista, Consulente di formazione ed Esperta di organizzazione

12 dicembre 1969, una mostra di foto sulla Milano degli anni 60, Banca dell'Agricoltura poche ore dopo l'attentato: un mucchio di cappelli accatastati, tutti maschili; l'elenco delle 17 vittime, tutti uomini. Le donne allora non andavano in banca, non avevano ancora soldi loro e semmai il conto corrente era cointestato con quello del marito.

25 novembre 2019, le statistiche ci riferiscono cifre enormi, drammatiche, quasi irreali, di donne che perdono la vita nei dintorni degli amori, degli affetti, delle relazioni domestiche diventate pericolose più di un bosco di notte in solitaria, che tuttavia costituisce ancora il buco nero delle nostre paure di ragazze e di donne.

Tutto ciò ha a che fare con la salute delle donne.

Si fa presto a dire salute delle donne e interpretarne i bisogni. In realtà si tratta di un universo quanto mai variegato e complesso: quali donne, di quale contesto geografico e culturale, di quale età, con quali carichi familiari, con quali lavori. Anche con quali possibilità economiche e con quali patologie, ma queste sono variabili maggiormente condivisibili con gli uomini. La salute nelle tappe di vita oggi, ci dice che le donne incontrano un menarca precoce, una maternità procrastinata e pressoché unica, maggiori anni aperti al concepimento, menopausa posticipata, sessualità prolungata, alta probabilità di soffrire di depressione.

Come si muovono, come si regolano, cosa chiedono, cosa viene loro offerto? Tutto quello che non è consegnato e definito dalla medicina, anche quella non convenzionale, sembra diventare terreno estetico e di generico "benessere".

Salute fra sanità e bellezza: le farmacie diventano parafarmacie, le terme, da terapeutiche diventano beauty farm, il ricorso a tutto ciò che contiene la parola natura sembra buono.

Il supermercato della salute continua ad essere florido e a spillare sostanziosi euro dal nostro borsellino.

Nanda Vigo (artista, designer che lavora "sulla luce"), in un'intervista dice: *negli anni 60 e 70 giravano le idee di trasformare il mondo e dare un colpo di spugna al vecchio. Ora i giovani quando vengono da me chiedono una sola cosa: come si fa ad avere successo?*

Le giovani: vengono accompagnate dalle madri da una o un ginecologo – con buone intenzioni ma anche con meccanismi di delega – per una "visita" e perché spieghino tutto quello che devono sapere sul funzionamento presente e futuro del loro corpo, centrato quindi sull'apparato genitale. Consegnando in questo modo unicamente alla dimensione sanitaria tutto ciò che costituisce uno dei passaggi di età più critici della vita.

Le ragazze sembrano sapere già tutto, avendo a disposizione una quantità di informazioni al di sopra delle loro possibilità di esplorazione e tuttavia nella pratica sanno veramente poco. Fanno sesso ma non sanno contrattarne col loro partner la modalità sia quella più gradita a loro, sia quella più sicura.

La libertà è grande, ma l'indipendenza/autonomia è ancora una conquista. Sanno di contraccezione, ma ritengono che pensarci il giorno dopo sia una buona strategia, oppure anche fare subito una lavanda con coca-cola ha il suo perché. Qual è il problema? Che la sessualità e la procreazione non sono degli oggetti che hanno delle regole di funzionamento come il computer o internet e non basta un manuale per l'uso o quello che hai imparato qua e là, se non c'è un'educazione ai sentimenti – agli affetti e alla cura di sé e degli altri – che renda le ragazze consapevoli di quanto loro e il loro corpo siano preziosi, da rispettare e da far rispettare, che il sesso è vicino all'amore, che non tutto è da consumare ma che il tempo del desiderio e di attesa di un incontro non è buttato via, ma può essere costitutivo di se stesse. Se le giovani non incontrano tutto questo, le informazioni, benché necessarie, in sé possono facilmente portare delusione, smarrimento e senso di fallimento. Tutti sentimenti cui la nuova generazione sembra esposta con scarsi anticorpi. Inoltre hanno come riferimento la conoscenza e la cultura del corpo che offre loro la pubblicità e le persone "di successo". Allora il corpo va corretto secondo certi canoni portati a modello che richiedono persino una plastica vulvare, che tuttavia le ragazze italiane non vivono come mutilazione del corpo, perché secondo loro l'hanno scelto in libertà.

Le donne in gravidanza e con un bambino piccolo: le stesse che hanno ricevuto il messaggio che tutti i momenti importanti di passaggio di vita e le "cose" che riguardano il corpo, siano di precisa competenza

medica. Diverso è per le donne straniere – ma anche questa definizione è troppo generica – che tuttavia spesso non tardano ad integrarsi attraverso comportamenti di salute offerti dalla medicina e dall'organizzazione sanitaria.

Acquistano visite ginecologiche alla ricerca di qualcuno che le accompagnerà fino al parto e analisi cliniche di ogni tipo, ripetute anche oltre le adeguate prescrizioni, per acquisire la presunta sicurezza di un buon prodotto alla nascita.

Uno è e sarà e deve essere perfetto. Pena l'abbassamento immediato dell'autostima e di quello di coppia.

Per le donne inizia il percorso di madre, ma si accorgono solo dopo il parto, a casa col bambino nuovo fra le braccia che “non ha gli orari del cagnolino” né “il telecomando per spegnerlo”, fra sentimenti e situazioni non solo nuovi ma anche del tutto contraddittori: *come madre so tutto e devo fare a modo mio; odio come faccio a capire cosa vuole; ma come cavolo faccio a fargli il bagnetto da sola; non riesco a lasciarlo neanche per un momento; e poi se non mangia abbastanza? Telefono al pediatra.*

Di nuovo la via sanitaria diventa quella maggiormente imboccata, forse è l'unica offerta, forse è quella che ritengono più sicura. Tuttavia, sappiamo che laddove si fa esperienza di un'offerta spostata sul versante socio educativo, si abbassa la lettura e la domanda unicamente sanitaria dei bisogni dei bambini e le madri acquisiscono fettine di autonomia, non come sinonimo di libertà assoluta, ma come ricerca di competenza attraverso l'ascolto, l'osservazione, il confronto con più soggetti, sia del proprio dintorno familiare sia operatori di varia professionalità.

Succede qualcosa di nuovo anche nelle relazioni di coppia, quando nasce un figlio. Il padre va a dormire sul divano, deve cambiare il pannolino un numero di volte uguale a quello della madre per essere all'altezza, però bisogna andare a fare la spesa insieme mentre non si esce più “da soli”, cioè senza il bambino, per almeno due o tre anni. La vera coppia diventa quella della madre e del bambino, il padre diventa il terzo. Sembra banale, ma c'è un gran bisogno di rimettere a fuoco il disegno e le strategie familiari, in fatto di relazioni e di educazione: la coppia è quella degli adulti che devono cercare un modo di rapportarsi fra loro e fra loro e il figlio, sperimentando ascolto reciproco e negoziazioni, accordandosi sul senso che reciprocamente viene dato al concetto di libertà, di controllo e di confine, per poter prendere delle decisioni coerenti e adeguate anche col figlio, neonato, bambino e poi adolescente. Tutto ciò sembra apparire particolarmente faticoso e, spesso, fa star male le donne neo madri.

Le donne adulte, che lavorano in più del 60%, vengono considerate e si considerano il perno della cura della famiglia. Lo dicono le varie testimonianze e lo dicono i dati Istat. Aggiungerei due tipi di osservazioni. I dati dicono che le donne italiane lavoratrici, in confronto a quelle di altri paesi europei, passano un maggior numero di ore settimanali nella cura della famiglia. In tutto ciò si può notare anche un dato culturale che forse prescinde dal livello di autocoinvolgimento degli uomini nelle cure domestiche. Le donne italiane si sentono talmente al centro delle cure familiari da far fatica a cedere terreno. Tendono a tenere tutto nelle loro mani e, quando “non fanno” direttamente, devono avere una stretta regia di quanto viene fatto da altri, prevalentemente dal compagno di vita, con elenchi di critiche che appesantiscono sicuramente il rapporto di coppia. Si sentono gravate da grandi responsabilità: lavoro, vita familiare, desiderio di riuscire in tutto e di continuare a piacere, in poche parole vogliono “mantenersi giovani perché la vita sfugge”. Alla conferma di una prenotazione alberghiera, sulla mail era stampato, oltre il nome della signora addetta “lavorare sodo, giocare coi figli, ridere un sacco, far l'amore. Non è una cosa semplice”.

La fatica di quella che chiamavamo doppia presenza sembra essere eccessivamente gravosa e la delusione per quei successi fantastici e scarsamente realizzati – persino gli insuccessi scolastici dei figli – diventano punte di malessere e la frase ricorrente è “sto scoppiando”. Anche questo ha a che fare con la loro salute.

In questo periodo della vita talvolta le donne incontrano – pare percentualmente in numero calante, ma non per le donne straniere – anche l'evento dell'IVG. Evento che viene descritto in diversi contesti come un grandissimo dramma, personale e sociale. Le istituzioni potrebbero e dovrebbero allora tendere a renderlo meno drammatico. Ma qual è la realtà?

- minor numero di medici non obiettori;
- soldi spesi in medici consulenti presso ospedali pubblici per sopperire alla loro inadeguatezza legislativa;
- ospedali che offrono questa procedura come se fosse una lotteria;
- ricorso a IVG private e quindi fuori controllo;

- nessuna preparazione, se non imitazione delle pratiche procedurali, dei medici nel corso universitario di specialità in ostetricia e ginecologia.

Il dramma è servito.

- Il dramma è stato servito e continua ad essere alimentato ad esempio da tutta la narrazione attorno al tumore al seno – che appare all’opinione pubblica come il più tragico dei tumori, a dispetto di ogni statistica – tentando di convincere ogni donna del dramma che dovrà affrontare, incontrando questa patologia. Dramma del tutto sottaciuto o negato a fronte di altre patologie ben più invasive o con possibili esiti più drammatici, come ad esempio quelle cardiovascolari.

Donne dalla menopausa in avanti. Per molte, ancora troppe donne è un percorso in declino. La menopausa è spesso percepita come la fine di qualcosa, benché la propria fecondità sia stata tenuta sotto controllo fino a diversi anni prima. *La menopausa è il resto della vita.* Quindi una tappa da allontanare il più possibile, benché lo specchio restituisca loro un’immagine “ancora giovanile”.

Il corpo comincia a dare segni di malfunzionamento; in situazione di coppia in cui si è malsopportato il sesso è finalmente arrivato il momento in cui ci si può sottrarre. Bisogna pensare a sé, ai ricostituenti, alla ginnastica, agli esami clinici e alla prevenzione di tutto il possibile. Le immagini iconiche stanno convincendo che li inizi una nuova vita.

Passano gli anni. Le donne – quelle con indipendenza economica – ci stupiscono, ci complimentiamo con loro che viaggiano che vanno al cinema che vanno a ballare che giocano a burraco, che sono padrone della loro vita. Sono donne che hanno ancora voglia di divertirsi, magari hanno ancora voglia di sesso, non lo dicono e a volte lo fanno, sono frustrate nel sentirsi trasparenti agli occhi dei pochi uomini coetanei che guardano altrove.

Donne che non dimostrano gli anni che hanno perché il modello che abbiamo nella testa è quelle delle generazioni precedenti. Sempre più si sentono dire, e dicono a loro stesse, “ma dimostri di meno!” Le donne che invece non hanno indipendenza economica o strumenti culturali che le sostengano o che si muovono in un dintorno affettivo sterile, incontrano in questi anni il pericolo di un tracollo. E il rimedio appare troppo spesso come unicamente di tipo sanitario e farmacologico. Si avvicinano gli anni in cui si comincia a pensare che il detto “se c’è la salute c’è tutto” non sia privo di senso.

Le donne anziane. Sempre più spesso ingaggiate nella cura dei nipoti dalle figlie che condividono con loro le strategie di cura e di crescita del figlio più che con lo stato e le istituzioni. Queste donne/nonne si descrivono come affaticate e sfinite, benché contente di essere utili e perché il rapporto con un bambino piccolo le risarcisce di quanto non hanno potuto fare con i loro figli.

Sempre più donne anziane, anche quelle che hanno avuto una famiglia con figli, si ritrovano single e se incontrano la malattia e la fragilità devono barcamenarsi nella cura, perché i servizi sono ancora un po’ discriminanti con loro (un uomo solo fa più compassione di una donna sola, anche agli operatori dei servizi preposti). Le donne muoiono più tardi degli uomini e quindi hanno maggiore possibilità di rimanere sole. Per alcune è finalmente una liberazione, tuttavia si tratta sempre di un momento in cui riformulare la propria vita perché, indipendentemente da come sia andata la relazione di coppia, stare in casa in due è diverso da stare in casa in una. Il pericolo più grande che affrontano è quello non tanto della solitudine quanto dell’isolamento. Questo ci mostra quanto la sanità non basti, nonostante i soldi che profonde, a far sentire in salute le donne di una certa età che sembra che non abbiano nient’altro da raccontare, ad un certo punto della loro vita, se non i disturbi, i malanni, i dispiaceri e le fatiche quotidiani. A nessuna di loro viene negato un esame clinico in più o un aiutino farmacologico, quando invece avrebbero bisogno di sentirsi legittimate ad avere una vita propria, con altri interessi e persino finalmente con un tempo per sé, non necessariamente davanti alla televisione o a giocare qualche soldo alla fortuna del lotto. Le donne hanno un’aspettativa di vita più alta degli uomini, ma soffrono maggiormente di depressione. Hanno patologie cardiovascolari percentualmente minori da giovani e più alte da anziane, spesso mal riconosciute, e muoiono per questa ragione più degli uomini.

La medicina, laddove non sia dedicata al corpo procreativo, vede come paziente solo un essere asessuato corrispondente ai parametri maschili, tanto che le procedure e i farmaci sono ancora spesso indifferenziati.

Da pochi anni si è posto l’accento su questo punto e, sulla base della legge 3/2018 e del Piano di applicazione e diffusione della Medicina di Genere del 6 maggio 2019, si sono costituite cattedre di Medicina di Genere. Dobbiamo però sottolineare che non va considerata questa come una specialità a sé stante, bensì come una conoscenza e una modalità trasversale a ogni specialità medica. Tutto ciò riguarda

fortemente la salute delle donne e si presenterà con ancora maggior forza e problematicità nei prossimi anni, ponendo la necessità di risposte non unicamente sanitarie e non unicamente assistenziali.

In conclusione, ho citato argomenti e problematiche non nuove, presenti nella nostra realtà da diversi anni fa. Cos'è cambiato in questi anni? Apparentemente molto: le donne sono tutte "diverse da prima", sono più libere, autonome e indipendenti, hanno esigenze diverse. Sicuramente viene offerta loro una sanità più raffinata, nella chirurgia, nei farmaci e nei pezzi di ricambio, ma i servizi non sono ancora adeguati, ad esempio per la maternità, per non far sentire le neomamme sole col loro bambino. Oppure, non c'è ancora una vera alternativa fra la badante e la residenza assistenziale diurna per affrontare gli anni verso la vecchiaia.

Tutto ciò soprattutto perché è ancora inadeguata una rete che, attraverso la flessibilità dei confini disciplinari e organizzativi, riesca a mettere insieme l'offerta dei servizi sociali, della sanità, della cultura e ciò che le famiglie e i cittadini producono nei luoghi in cui le persone vivono, per poter star meglio. Dove il meglio sia, ad esempio, sentirsi in un posto percepito accogliente e amico; in cui se hai un bisogno anche improvviso sai a chi rivolgerti, ma anche se vuoi passare un pomeriggio in compagnia sai dove andare; un posto che non solo curi le malattie, ma offra cura anche i famigliari delle persone malate.

Queste sono le domande che donne e uomini stanno portando alle istituzioni e alla politica come esigenza di una migliore e sana vita quotidiana. Chi media, oggi o domani, fra la domanda di salute e di cure e un'offerta di servizi e di risposte di rete? Le donne sono unanimemente considerate determinanti nella domanda di salute fra globale e locale e sono centrali nel mantenimento in salute dei figli e della famiglia. Le donne sono state in Italia attori di cambiamento nella definizione di salute e nella domanda di sanità. Lo sono ancora? Che domanda portano? Gli operatori sono consapevoli che a loro compete e necessita di lavorare con le donne e non asetticamente per le donne? La domanda di relazione come miglioramento della cura e del benessere, diventa offerta più qualificata? Le donne riescono a districarsi fra i messaggi degli operatori, della pubblicità, di informazioni di vario tipo per conquistare maggiore autonomia e consapevolezza fra il consumare prodotti e prestazioni o diventare competenti per prendere decisioni riguardo il proprio stato di salute? Domande ancora forti e in attesa di risposte. Ci riguardano come donne che vogliono mantenersi in salute, come professioniste, come amministratrici pubbliche.

*Ieri ho messo
un ago in cielo
e non è rimasto su
in ogni modo ce l'ho messo anche oggi.*

Herta Muller

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di luglio 2022, 1° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, luglio 2022