I consultori oggi: origine, esperienze, bilancio

Franca Bonichi e Rossana Trifiletti

Il saggio ricostruisce l'esperienza dei consultori familiari dalla promulgazione della legge 405/75 che li istituisce fino agli sviluppi degli ultimi anni, tentando un bilancio rispetto alla loro mission originaria. Ci si è sinteticamente soffermati sul clima sociale e politico di quegli anni, segnato dall'esperienza dei movimenti, sul carattere di compromesso della legge tra forze laiche e cattoliche,

sugli elementi di novità introdotti, sulle leggi regionali di attuazione. Per quanto riguarda la situazione attuale i dati a disposizione, non sempre del tutto coerenti, consentono di delineare con qualche incertezza l'andamento della copertura, ma permettono di cogliere alcuni aspetti negativi o positivi del processo di regionalizzazione che sarebbero utili in vista di un rilancio del servizio.

RPS

1. Premessa

La legge sui consultori del 1975 precede di poco le tre grandi leggi che hanno trasformato il settore sanitario italiano e che, in quanto tale, ha già invogliato alcuni studiosi a celebrarne il quarantennio (Fattorini, 2014; Sani, 2015), anche se in un certo senso il suo precedere di poco queste riforme la colloca appena prima dell'apertura di quella straordinaria finestra di opportunità di trasformazione del nostro welfare che è stata socchiusa per un periodo così breve intorno alla 833 e non si è mai più ripetuta in seguito, se non per la fase di riforme nel campo dell'assistenza e in quello della politica della famiglia alla fine degli anni novanta. Questo fa sì che la legge 405/1975, che avrebbe potuto essere per molti aspetti una misura anticipatrice e innovativa, strutturalmente collegata con lo spirito originario del Servizio sanitario nazionale (Ssn), di fatto poi non abbia pesato in questo senso, configurando piuttosto un caso di *carsismo istituzionale* abbastanza tipico del nostro paese (Vitale, 2006): una scomparsa da logoramento da cui è talvolta, in seguito e solo per brevi periodi, riemersa. In particolare, sfogliando il dibattito e la riflessione sul Ssn nel suo complesso, la tematica dei consultori configura un'assenza quasi fragorosa, fatta ecce-

zione per gli anni settanta e per il periodo della riforma Ter di Rosy Bindi e del lancio del Pomi (Progetto obiettivo materno infantile). Se può sembrare accettabile che non si affronti *mai* la tematica dei consultori nei ripetuti rapporti annuali di valutazione sulla sanità – Ceis-Sanità, Crea (2003-2017)¹ od Oasi (Cergas, 2000-2017)² –, ormai virati verso un approccio economicistico e liberista, è sintomatico che essi siano *sempre* assenti anche nei bilanci periodici che adottano titoli come *I servizi sanitari in Italia* (Fiorentini, 2000-2004) od *Organizzare la salute nel territorio* (Longo, Salvatore e Tasselli, 2010). Ci sembra che l'andamento discontinuo e prevalentemente sommerso di questi quarant'anni valga la pena di essere approfondito, anche perché non si tratta di un caso isolato nelle politiche di welfare del nostro paese.

Molto spesso, infatti, nel welfare italiano servizi dalla progettazione ricca di pensiero, che avevano coagulato e risolto intere stagioni di acceso dibattito politico, sono stati in seguito abbandonati a un destino di declino e di lenta erosione della loro base istituzionale, causata dal semplice invecchiamento delle attrezzature e del personale e dal sistematico sotto-finanziamento che ha lasciato sempre più campo al privato (cfr. Dirindin, 2016). E questo è avvenuto spesso quando localmente si è puntato su altri servizi, spesso dal nome più fantasioso, simbolo di innovazione, anche se di competenze e disegni organizzativi abbastanza simili non venivano di solito precisate le eventuali sovrapposizioni di confini con i servizi esistenti, che fossero le Società della salute, le Utap (Unità territoriale di assistenza primaria) o Ucp (Unità di cure primarie) o le Case della salute (Toth e Carboni, 2012).

2. L'origine storica del servizio consultoriale

La legge 405 che ha istituito i consultori familiari è stata preceduta e accompagnata da alcuni provvedimenti legislativi e interventi giudiziari che appartengono al nuovo contesto socio-culturale e al nuovo clima politico egemonizzato dai movimenti sociali a iniziare dalla fine degli anni sessanta fino agli anni settanta³. Una riflessione a partire da

¹ Eccezione fatta per il Rapporto Crea 2009, che riporta i dati del Ministero della Salute (2010) sulla numerosità e sul bacino di utenza per regione.

² Fa eccezione il Rapporto Oasi 2017 che, appunto, ne parla in relazione al censimento delle Case della salute.

³ Verso la metà degli anni cinquanta nacquero i primi consultori privati. Sigle

questo sfondo chiarisce le motivazioni che furono alla base dell'istituzione dei consultori e può facilitare una valutazione di quanto essi siano ancora legati a quella stagione o quanto siano ancora attuali. È del marzo 1971 la sentenza n. 49 della Corte costituzionale che dichiarava illegittimo l'articolo 553 del codice penale: «Chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse è punito con la reclusione fino a un anno o con una multa fino a 400 mila lire». Una sentenza storica, perché fino a quell'epoca solo poche persone in Italia (rischiando talvolta di persona) avevano affrontato i temi della contraccezione e dell'educazione sessuale⁴. Si trattava di una sentenza ricca di contenuto simbolico, ma di fatto bloccata dalla mancanza di una normativa che consentisse esplicitamente la prescrizione di contraccettivi. Ed è significativo il fatto che a questo risultato si arrivasse solo attraverso una sentenza della Corte, mentre per quattro legislature consecutive in Parlamento erano state presentate proposte di legge, sottoscritte dai partiti laici, puntualmente respinte dalla maggioranza.

Risale invece al maggio 1975 la riforma del diritto di famiglia, dopo la grande stagione divisiva del referendum abrogativo sul divorzio nel 1974. Nei lavori parlamentari era emersa con chiarezza l'esigenza di mediare fra due visioni contrapposte⁵, ma anche (soprattutto da parte dei cattolici) la necessità di predisporre un provvedimento separato, di natura sanitaria e sociale, a esplicita tutela della famiglia minacciata dalla de-giuridicizzazione (Dalla Torre, 1975), anche come rimedio alle problematiche che avrebbero potuto investire la famiglia nella trasformazione sociale in corso (Perico, 1976). Questa esigenza si incrociò, senza una vera discussione sulle profonde differenze sottostanti,

come quelle dell'Aied (Associazione italiana educazione demografica), dell'Uicemp (Unione italiana centri educazione matrimoniale e prematrimoniale), dell'Ucipem (Unione consultori italiani prematrimoniali e matrimoniali), dell'Aed (Associazione educazione demografica) appartenevano ad associazioni di diverso orientamento e, per quanto riguarda quelle laiche, spesso erano oggetto di sanzioni per il loro impegno a favore della contraccezione.

⁴ Per una puntuale ricostruzione di questa stagione cfr. Balducci e Camarga, 1977; Percovich, 2005, cap. 5, pp. 60-69; Tagliapietra e Venturi, 1980, cap. 2.

⁵ «Noi abbiamo sempre nutrito un profondo rispetto per le altrui convinzioni ideali e morali anche quando sono profondamente diverse dalle nostre [...] è con questo spirito che abbiamo concorso alla elaborazione e all'approvazione del diritto di famiglia e alla elaborazione e approvazione al Senato della nuova legge sui consultori familiari» (Seroni, 1977, p. 173).

con la posizione dei partiti laici e con le rivendicazioni di numerosi soggetti appartenenti ai movimenti femminili e femministi e all'Udi (Unione donne italiane), che in quegli anni portava a termine la sua pluriennale lotta per l'abolizione dell'Onmi (Opera nazionale maternità e infanzia), col problema di riconvertirne i servizi esistenti. Conclude questa stagione l'approvazione della legge 194 avvenuta nel maggio 1978. Il diritto a una maternità responsabile è così riconosciuto nell'ambito di un più generale riconoscimento della dimensione sociale della maternità (Bassanini e al., 1997, p. 417), ma non solo. Temi sensibili come le relazioni familiari, il ruolo della donna, la contraccettione entrano per la prima volta in un servizio socio-sanitario pubblico, rivolto al territorio, aperto e gratuito per tutti (con notevole lungimiranza anche nei confronti degli stranieri temporaneamente residenti), in netta discontinuità con le pratiche assistenzialiste rivolte ai «bisognosi», di cui l'Onmi era stato per decenni l'emblema in materia di maternità e di salute della donna.

La legge 405 contiene anche ambiguità lasciate volutamente irrisolte: il consultorio era letto come «tampone» al problema dell'aborto che in quel momento divampava nei tribunali e sulle pagine dei giornali (Balducci e Camarga, 1977), mentre il carattere di legge quadro del provvedimento affidava alle Regioni l'applicazione di una norma snella (formata di soli otto articoli), ma anche per certi aspetti sospesa e contraddittoria (Tagliapietra e Venturi, 1980), interpretabile in modi diversi sul territorio.

La 405 può sicuramente considerarsi frutto di un compromesso tra forze laiche e cattoliche, come si deduce dall'articolo 1 in cui si cerca di comporre due diversi «modelli»: quello di un presidio sanitario al servizio della comunità e delle donne che affermavano la loro soggettività e quello di un presidio socio-assistenziale al servizio della famiglia tradizionale. Una opposizione questa che con gli anni si è progressivamente attenuata nella pratica del servizio (Fattorini, 2014), mentre sono rimaste in parte irrisolte o dimenticate altre tensioni tra modi diversi di concepire la salute, di vivere il servizio sanitario, di svolgere i ruoli professionali, di intendere il rapporto tra istituzioni e la stessa partecipazione degli utenti, tutte non meccanicamente riconducibili alle differenze di orientamento culturale e religioso. Non va sottovalutato tuttavia il fatto che, nella rapidità con cui è stata approvata questa «legge tampone», non sia stata secondaria una delle prime alleanze tra parlamentari, quasi esclusivamente donne, appartenenti ai più disparati partiti.

Questo aspetto di compromesso politico non è però l'unica motivazione sottesa alla promulgazione della 405, che era anche portatrice di un'esigenza di più vasto respiro di razionalizzazione e di ristrutturazione dei servizi sociali e sanitari (Bassanini e al., 1977; Ghio, 1978, p. 140), esigenza che includeva la regolazione dei consultori laici e privati già esistenti e che anticipava chiaramente lo spirito della riforma del 1978. In Italia c'erano infatti diverse tipologie di consultori, sia in relazione al finanziamento (pubblico o privato) che all'orientamento politico-ideologico. Tra i consultori pubblici alcuni erano servizi socio-sanitari polivalenti gestiti direttamente dagli enti locali, altri, più numerosi, erano gestiti dall'Onmi. Tra quelli privati si distinguevano i consultori di ispirazione cristiana, come l'Ucipem, i consultori laici (Aied, Unicemp) e i consultori in vario modo legati al movimento femminista e già portatori di una medicina di genere *ante litteram* come Aed (1975) o Cpd (Sardella, 2014). Molte di queste realtà per diversi anni si erano battute per l'approvazione di norme che non solo legalizzassero, ma in qualche modo «istituzionalizzassero» il loro operato, sia attraverso convenzioni e sovvenzioni sia attraverso una diretta gestione dei servizi. Una pressione che nel luglio 1975 non viene raccolta soltanto dai partiti laici, ma anche da quelli più vicini alle varie associazioni.

Ma la promulgazione della 405 rispondeva anche alle pressanti domande di decentramento territoriale e di superamento del vigente sistema di assistenza, categoriale e frammentato, verso un primo riconoscimento dell'autonomia delle Regioni, prevista dalla Costituzione relativamente all'assistenza sanitaria e insieme alla «beneficenza» pubblica.

3. Gli aspetti innovativi della legge 405/75: la partecipazione

Uno degli elementi più qualificanti dei consultori è la partecipazione della comunità amministrata alla gestione del servizio (Ghio, 1978, pp. 133-134), anche se bisogna ammettere che la 405 non fa alcun riferimento esplicito a una loro gestione sociale ma si limita a delegare alle Regioni i criteri di programmazione, funzionamento e gestione del servizio (articolo 2).

La novità costituita da una struttura organizzativa decentrata a livello regionale, e poi comunale (o comprensoriale), di fatto propone un modello di servizio in cui l'amministrazione locale può realizzare una

RPS

Franca Bonichi e Rossana Trifiletti

gestione più vicina ai bisogni della cittadinanza. Inoltre la 405, qualificando i consultori come servizi pubblici di base, non solo indica la vocazione universalistica e territoriale del servizio, ma apre anche la strada a una gestione partecipata dalla comunità amministrata. Come vedremo, però, i modi di attuazione di questo principio risultano significativamente differenziati e se in genere è prevista l'istituzione di organismi di partecipazione variamente denominati, questi sono però configurati in modi assai diversi e in grado di realizzare livelli più o meno sostanziali di partecipazione. Questo «silenzio legislativo» dello Stato, che affida di fatto alle diverse configurazioni socio-politiche, culturali ed economiche il criterio operativo della gestione, ha prodotto diversità di trattamento discutibili, non solo da un punto di vista etico, ma anche da quello della legittimità costituzionale (Palamenghi, 1978, p. 15). Resta il fatto significativo che molte Regioni abbiano interpretato e ampliato il dettato della 405, valorizzando, per lo meno in via di principio, la partecipazione nella gestione dei consultori. Non è sicuramente estraneo a questa nuova sensibilità il fatto che proprio in quegli anni le istanze partecipative investissero istituzioni come la scuola (nel 1974 vengono approvati i decreti delegati), la fabbrica (nel 1970 viene approvato lo Statuto dei lavoratori), le città (nel 1976 viene emanata la legge n. 278 che stabilisce le norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini all'amministrazione dei Comuni), le associazioni ricreative e culturali e perfino la Chiesa.

Tuttavia il ruolo della partecipazione, insieme alla gratuità, si configura come un elemento indispensabile per qualificare, in senso pubblico, il consultorio, che diventava uno stimolo per i servizi pubblici a ridefinirsi «non più gestione di potere burocratica, ma appropriazione della propria funzione originale, che è poi quella di sintesi tra bisogni dei cittadini e risposta dei servizi pubblici, come momento di coesione tra realtà sociale e società politica» (Palamenghi, 1978, p. 56). Non solo. Proprio il coinvolgimento diretto degli utenti su temi così rilevanti permette di arricchire la qualifica di servizio pubblico attribuita al consultorio, nel senso di un servizio che si organizza per dare risposte adeguate ai bisogni e alle domande di tutti. Una concezione universalistica, quindi, in conflitto con il principio di separazione originario che la possibilità di fare convenzioni con i privati introduceva e legittimava (articolo 2): consultorio cattolico per la famiglia cattolica, consultorio laico per la famiglia laica.

4. *Gli aspetti innovativi: l'équipe multidisciplinare e l'integrazione socio-sanitaria*

Se la richiesta di partecipazione rispetto ai consultori risente di quel clima generale di cui si è accennato, è però importante mettere in evidenza una specificità che la connota. Il punto da cui partire è la percezione largamente condivisa da parte di molte donne, e anticipata dal movimento femminista, di una dipendenza nei confronti della scienza medica e dei suoi «sacerdoti», che è vissuta anche dagli uomini ma che per le donne risulta essere «più pericolosa e carica di conseguenze» in virtù del maggior bisogno che esse hanno del medico in momenti particolari della loro vita (gravidanza, parto, aborto, malattie dei figli): «Questa medicina maschile si preoccupa ben poco della salute della donna: le donne continuano a soffrire durante il parto, ad essere massacrate e a morire di aborto, a far da cavie e da strumento della politica demografica decisa da altri. Le ricerche e le scoperte non avvengono nel suo interesse: non a caso non si sono trovati anticoncezionali sicuri e innocui» (Jourdan, 1976, p. 10).

La critica principale alla medicina ufficiale da parte del movimento delle donne era quindi quella di privarle degli strumenti necessari per il controllo del corpo; una privazione tanto più significativa dal momento che l'oppressione e lo sfruttamento femminili passano proprio attraverso l'espropriazione dei corpi. È in coerenza con questo tipo di riflessioni che si precisa l'obiettivo politico di «riprendere in mano la sanità» unitamente a una definizione più ampia di salute che non può configurarsi solo come assenza di malattia, ma piuttosto «come controllo delle proprie funzioni e disponibilità di sé», da realizzarsi non da sole ma in relazione con altre donne con cui studiare e comunicare esperienze (*ivi*, pp. 16-17). È la rivendicazione di una medicina che non si limiti a curare le patologie secondo un protocollo esclusivamente medico, ma che operi in una dimensione di prevenzione e di attenzione alle cause della malattia anche dal punto di vista ambientale e sociale, mobilitando le necessarie competenze interdisciplinari. Insomma, una richiesta di riforma radicale della medicina che colloca la costituzione dei consultori accanto ad altri servizi, espressione della cultura e della politica di quegli anni: i servizi di medicina del lavoro, le strutture psichiatriche alternative al manicomio, la medicina dell'ambiente e del territorio.

Se guardiamo alla lettera della legge 405, in particolare se considera-

RPS

Franca Bonichi e Rossana Trifiletti

mo le funzioni del servizio e le qualifiche del personale, il modello proposto si configura come un servizio socio-sanitario, anzi come «la prima esperienza realizzata nel nostro paese di struttura socio-sanitaria» (Barca e al., 1981, p. 93). Per averne conferma basta leggere l'articolo 1 che individua le attività istituzionali dei consultori: assistenza e informazione sanitaria, contraccezione e controllo delle nascite, educazione sessuale e attenzione ai temi dell'emarginazione e della disintegrazione del tessuto familiare e sociale. Quindi, compiti e funzioni non esclusivamente sanitari e non esclusivamente sociali.

Non sono mancate però le critiche. Se appare unanimemente apprezzata la scelta di concentrare in un'unica struttura i servizi relativi a contraccezione, procreazione, maternità, prima infanzia e problematiche minorili, a conferma di una concezione unitaria della salute (fisica, psichica, individuale e collettiva), i pareri sono discordi sulla specificità del servizio. Il rischio per alcuni era che i consultori diventassero una sorta di poliambulatorio materno-infantile in cui prevalessero i servizi sanitari tradizionali a scapito di quei compiti di educazione sessuale, contraccezione, assistenza psicologica e sociale alla donna e alla famiglia che li avevano caratterizzati (Ghio, 1978, pp. 124 e 125). E invece il confronto multidisciplinare avrebbe prodotto anche significative conseguenze sul modo di vivere e di considerare la propria esperienza professionale.

La visita ginecologica, secondo la ricostruzione di un ginecologo del tempo, assurge addirittura a «simbolo sintetico» di questo mutamento: da prestazione «indicibile», cui ricorrere solo in determinate situazioni inevitabilmente connotate da squilibrio di potere (cfr. Paggio, 1976; Banotti, 1971, pp. 224-225), a rito abituale e periodico in cui il rapporto medico-paziente si trasforma in un rapporto di riconoscimento reciproco medico-donna (Fattorini, 2014, p. 14). Eppure l'articolo 3 della legge introduceva solo quattro aree di competenza (medicina, psicologia, pedagogia e assistenza sociale)⁶ che verranno ampliate dalle leggi regionali, ma la funzione paritaria dei diversi contributi era fortemente al centro della novità. Risulta quindi plausibile quanto sostiene Fattorini secondo cui, con il passare del tempo, il personale, composto da ginecologi, ostetriche, infermiere professionali, psicologi e

⁶ Paradossalmente non era nemmeno prevista la figura dell'ostetrica che diventerà uno dei punti di forza del servizio, anche in conseguenza del trasferimento delle condotte ostetriche dell'Onmi.

assistenti sociali, si auto-selezionò, aderendo in maggioranza alla vocazione sanitario-emancipativa dei consultori⁷. Contribuirono vari fattori, che qui possiamo solo elencare: la progressiva femminilizzazione della professione medica, il riconoscimento accademico delle professioni sanitarie non mediche, una «domanda sanitaria» sempre più precisa e consapevole da parte delle donne, la necessità per gli operatori di lavorare in *équipe* per fronteggiare una *mission* complessa e innovativa a confronto con domande diversificate che presupponevano la capacità di leggere lo specifico di ciascun territorio.

5. La Riforma Ter e il Pomi

Dopo questo primo periodo di breve entusiasmo, i consultori vengono come dimenticati nel discorso pubblico, anche se la loro efficacia nella lenta diffusione dei contraccettivi è generalmente riconosciuta, fino alla svolta dei due decreti di aziendalizzazione del Ssn nel 1992 e nel 1993 che, per quanto diano origine a un sistema che resta ibrido (Mapelli, 2012; Toth, 2016), aderiscono almeno superficialmente a una filosofia privatistica che è precisamente l'opposto dello spirito di rinnovamento e di modernizzazione democratica del paese incarnato nella 833 e nella 405. Questo non può che perfezionare la scomparsa dei consultori dal dibattito politico e sociale. Una breve riemersione carsica si ha con la Riforma Ter Bindi del 1999, che, appunto, rilanciava il territorio e il distretto per fedeltà alla 833, pur portando a termine il processo di regionalizzazione della sanità che aggraverà le disuguaglianze già esistenti nell'offerta e nella qualità dei servizi. Tuttavia la ministra Bindi formula un progetto obiettivo fedele al suo tentativo di rilanciare una filosofia «territorialista». Il 24 aprile 2000 viene pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» il d.m. «Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000», il Pomi. Questo documento tocca tutte le tematiche della salute materno-infantile e costituisce un aggiornamento e insieme la riproposta di un'idea forte di consultorio. Un rilancio che passa attraverso un'esplícita richiesta di riqualificazione e di integrazione di questo servizio

⁷ Quindi, nonostante le frange più radicali del movimento femminista criticassero aspramente la legge come tentativo di «psichiatrizzazione del territorio», talvolta rifiutando di convenzionarsi (Aed, 1975), in qualche modo la forza culturale dei loro temi passò nelle pratiche quotidiane del servizio.

nell'ambito delle altre strutture territoriali, ma anche attraverso una riproposizione sostanziale di alcune aree strategiche (educazione sessuale per adolescenti, promozione e prevenzione della salute ecc.) che erano quelle su cui il servizio dei consultori si era spontaneamente strutturato. Ma è anche vero che le aree si arricchiscono (percorso nascita, diagnosi precoce delle disabilità, presa in carico delle maternità a rischio sociale, prevenzione del tumore, menopausa) e che questo spesso comporta un passaggio dalla protezione della donna a quella della famiglia nel suo ciclo vitale, o come ci si esprime letteralmente «della donna globalmente intesa». Nonostante ciò alcune idee guida del Pomi sembrano manifestare significative convergenze con gli obiettivi e con l'esperienza dei consultori che, anche se a volte in modo embrionale, le avevano anticipate. In particolare il riconoscimento della donna come «settore forte» della popolazione per cui investire sull'*empowerment* delle donne produce valore aggiunto per le se stesse ma anche per la società nel suo complesso; una visione della promozione della salute che supera la concezione esclusivamente biomedica, in linea con la Carta di Ottawa che la definisce come «il processo che permette alle persone e alle comunità di sviluppare un'autonoma capacità di controllo sul proprio stato di salute». Di qui la riconferma della necessità di costruire sul territorio strutture multidisciplinari in cui intervengano operatori di formazione non esclusivamente sanitaria e perciò in grado di affrontare problemi vecchi e nuovi, dalla violenza sessuale alla presenza delle donne migranti. E, ancora, un modello di *counselling* non direttivo ma orizzontale, come relazione di aiuto tra consulente e coppia. E infatti l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare alla maternità e all'infanzia diventa nel d.p.c.m. 2001 un Lea i cui servizi di riferimento sono i consultori secondo gli standard del Pomi, mentre le competenze si consolidano per i servizi dedicati all'adolescenza, alla sterilità e alle persone aventi cittadinanza non italiana.

6. Gli sviluppi negli anni 2000

La raccolta dei dati sui consultori è sempre stata particolarmente problematica, come ha più volte sottolineato anche il Ministero della Salute che li pubblicava: ad esempio in quello che veniva presentato come «Il primo tentativo di costruzione di un rapporto nazionale sui consultori familiari» si ammetteva che le difficoltà non erano state tutte superate e che lo si considerava «una fotografia sfocata» (2010a, p. 25) e «un punto di partenza (di cui), con l'impegno di tutti, è possibile migliorare la qualità» (*ivi*, p. 2).

Tabella 1 - Le rilevazioni sul numero dei consultori funzionanti dal 2000 a oggi

Regioni	2000			2004		2009	2014	2016a	2016b	
	Pub.	Priv.	Tot.	Pub.	Tot.	Pub.	Pub.	Pub.	Pub.	Tot.
Valle d'Aosta	16	0	16	20	20	15	15	14	14	14
Piemonte	182	Nr	-	211	211	176	212**	201	177	180
Lombardia	184	47	231	237	274	156	248**	158	158	238
Liguria	91	3	94	91	94	59	72**	56	58	58
Veneto	143	21	164	143	162	115	119	109	229	233
Friuli-V.G.	22	6	28	22	28	7	26	24	32	34
P. Bolzano	-	6	6	0	14	5	14	0	26	40
P. Trento	5	0	5	5	5	11	12	11	11	12
Emilia-Romagna	237	10	247	217	227	210	234	233	283	283
Toscana	77	0	77	232	232	184	236**	204	204	284
Umbria	34	1	35	34	35	91	33	31	54	54
Marche	40	0	40	38	38	67	48	45	72	72
Lazio	172	Nr	-	155	155	160	150	145	177	178
Abruzzo	83	9	92	74	83	71	58**	57	57	57
Molise	7	1	8	7	8	7	7	7	5	5
Campania	161	0	161	162	162	150	156**	151	155	155
Puglia	151	23	174	150	176	142	147	147	145	145
Basilicata	35	0	35	28	28	26	32	31	37	37
Calabria	69	1	70	72	73	64	67	67	60	60
Sicilia	177	9	186	177	186	184	195**	181	181	188
Sardegna	77	7	84	76	83	81	71	72	73	73
Totale	1.963	144	2.107*	2.151	2.294	1.911	2.150	1.944	2.322	2.434

* Questo totale è lievemente sottostimato a causa della mancanza del dato del Piemonte e del Lazio.

** Dati approssimativi stimati sulle percentuali di risposta indicate dal Ministero.

Fonte: per il 2000 Relazione al Parlamento su Ivg (Interruzione volontaria di gravidanza); per il 2009 Ministero della Salute, 2010; per il 2016a Relazione al Parlamento su Ivg, 2017; per il 2016b Database del Ministero della Salute.

La tabella 1 cerca di ricostruire l'andamento del numero di servizi di consultorio funzionanti nelle diverse Regioni, ma mostra innanzitutto una notevole volatilità dei dati: a ogni rilevazione c'è una certa percentuale di dati mancanti. Oltre a questo, i dati del Ministero dipendono da rilevazioni su un questionario che non pone paletti chiari su come vadano computate le sedi principali dei consultori e le loro eventuali sedi distaccate, come viene più volte ammesso dal Ministero stesso (ad esempio, 2016, Relazione relativa agli anni 2014-2015, p. 54). In questo senso non tutte le diminuzioni sono imputabili a chiusure di sedi, ma potrebbero anche essere riconducibili a riaccorpamenti funzionali e a ridisegni distrettuali.

Tuttavia, nonostante tali debolezze, si può intravedere un trend di lungo periodo che nell'insieme vede uno sviluppo del servizio dopo il 2000 per effetto del Pomi e successivamente un inizio di declino con conseguenti chiusure di molte sedi che è avvertibile quasi dappertutto. Entro questa parabola, tuttavia, si distinguono abbastanza chiaramente le Regioni che riescono ad aumentare con una certa costanza la loro dotazione, sino a superare il criterio della legge 34/99, in particolare Veneto, Friuli, Emilia, Toscana, Umbria e Marche, oltre alle Province autonome; il caso della Lombardia, fra questi, è marcatamente diverso perché qui l'aumento è prevalentemente sostenuto dai consultori privati accreditati. Complessivamente, però, in gran parte queste Regioni coincidono con quelle che studi recenti identificano come Regioni ad alto rendimento istituzionale (Vassallo, 2013, pp. 29-31).

Apparentemente opposta è la situazione delle Regioni che, dopo un aumento nei primi anni 2000, vedono alla lunga diminuire seriamente la loro dotazione: sono Regioni in prevalenza collocate al Sud, ma fra queste vi sono anche la Valle d'Aosta (che aveva, però, sempre avuto parametri di copertura molto più esigenti, data la sua natura orografica), la Liguria e la Sardegna.

7. Conclusioni: un tentativo di bilancio

L'ultimo rapporto dell'Istat su *La salute riproduttiva della donna*, riferito al 2017 e pubblicato il 5 marzo 2018, riprende i dati del Ministero della Salute per l'andamento numerico generale, senza tentare di correggerne le discrepanze, e ne propone una valutazione tutto sommato positiva in quanto in quasi tutte le Regioni si sarebbe raggiunto ormai almeno il tasso di copertura di 0,7 consultori ogni 20 mila abitanti a fronte del *target* di un consultorio ogni 20 mila abitanti proposto ormai venti anni fa dalla legge 34/1996. E sottolineiamo che 0,7 su 20 mila era esattamente la media nazionale nel 2001. Non c'è dubbio che un lentissimo trend di omogeneizzazione sia visibile dal punto di vista esclusivamente numerico, ma solo considerando il parametro più generico della legge e, soprattutto, solo se si azzerano le profonde diversità di conteggio ipotizzabili in base alla tabella 1 e che sono per ora individuabili solo nel caso di studi più approfonditi su singole Regioni (cfr. Marche o Veneto in Ministero della Salute, 2010). Inoltre, forse, è bene ricordare che la legge 34/96 individuava lo standard di un consultorio ogni 20-25 mila abitanti in contesto urbano-metropolitano,

mentre raddoppiava il rapporto (1 ogni 10 mila) per i contesti rurali e semi-urbani, che scompaiono nel consuntivo proposto dall'Istat. Ma, soprattutto, scompaiono in questo ottimismo di maniera le differenze molto sostanziali relative ad altri più significativi parametri misurati solo sporadicamente in passato, quali le ore di apertura dei diversi servizi, la disponibilità di competenze interprofessionali e di locali idonei e, soprattutto, una parametrizzazione riferita non alla popolazione nel suo complesso ma alle donne in età fertile, incluse le migranti con residenza irregolare.

Altri ci sembrano essere i possibili successi dei consultori da mettere a bilancio e sono quelli fondati sulla originaria *mission* del servizio come intervento di territorio, efficace nella prevenzione dell'uso improprio della 194 e capace di fungere da moltiplicatore culturale di una pratica moderna della contraccezione e dell'approccio sereno alla vita sessuale, anche a fondamento dell'emancipazione femminile. In questo senso viene letto concordemente da tutti l'aumento del peso relativo del consultorio nelle procedure di avvio dell'Ivg⁸, anche se – meno regolarmente – aumenta nel tempo anche il ruolo del servizio ostetrico, a fronte della diminuzione costante di quello dei medici curanti.

La tendenza a riferirsi al medico di fiducia, che è facile immaginare privato e a pagamento, diminuisce con il consolidarsi dell'appoggio del consultorio durante e dopo la gravidanza (anche con i percorsi nascita). Questa capacità crescente di sostituire il sostegno del ginecologo privato costituisce sicuramente uno dei lenti ma solidi successi ottenuti dal servizio in quanto è il fattore che incide più nettamente sulle disuguaglianze sociali e sulla trasformazione delle pratiche contraccettive successive (Lauria e al., 2014): la trasformazione investe gradualmente anche le donne del Sud, seppur più lentamente, ma soprattutto contribuisce ad attenuare i complessi svantaggi delle migranti. In questo caso il servizio è riuscito in particolare a diminuire sensibilmente il ricorso alla Ivg, ripetuta come mezzo anticoncezionale improprio (Lauria e al., 2013) con una velocità più marcata per le donne migranti che è facile immaginare, collegato sia alla disponibilità presso i consultori del supporto medico e pediatrico gratuito (e spesso dei mediatori linguistici) che probabilmente all'esperienza stessa della Ivg, utilizzata notoriamente in proporzioni più elevate fra le donne migranti che fra le italiane.

⁸ Cioè il rilascio della documentazione sul colloquio per l'avvio della procedura oppure della certificazione di urgenza.

Tabella 2 - Aumento delle certificazioni per l'Ivg ottenute al consultorio dagli anni ottanta a oggi

Rilasciate da	Consultorio	Medico di fiducia	Servizio ostetrico	Altro
1981	25,2	58,5	16,1	4,2
1983	24,2	52,4	21,4	1,4
1987	20,0	52,4	25,7	1,9
1991	21,4	47,8	29,1	1,7
1993	22,9	46,3	25,4	1,7
1994	23,4	46,1	28,9	1,6
1999	28,7	38,6	31,0	1,7
2001	31,6	34,6	31,8	1,9
2003	34,4	33,7	30,1	1,9
2004	35,1	32,2	30,8	1,8
2007	37,2	27,7	33,0	2,2
2009	39,4	27,5	31,2	1,9
2011	40,7	25,3	30,5	3,4
2015	42,3	21,4	33,0	3,3
2016	42,9	21,6	31,7	3,8

Fonte: Tabelle allegate ai Rapporti del ministro della Salute sulla 194/78, vari anni.

Tabella 3 - Prime certificazioni ottenute presso il consultorio da donne italiane e straniere nelle grandi ripartizioni territoriali dopo il 2006

	2006		2008		2010		2012		2015		2016	
	ital.	stran.										
Nord	39,0	55,9	41,3	58,5	43,5	60,1	46,2	61,1	47,8	60,7	48,0	61,5
Centro	42,1	54,5	42,7	52,6	44,6	52,8	45,1	54,7	45,5	50,6	45,8	51,2
Sud	13,7	20,6	15,9	23,5	20,3	26,7	21,6	29,3	25,5	33,6	26,1	37,1
Isole	15,3	24,5	11,7	22,6	14,0	25,3	16,4	27,7	20,4	33,4	20,4	32,5
Italia	30,3	51,3	31,3	52,4	33,9	53,3	35,8	54,5	37,9	53,8	38,2	54,5

Fonte: Rapporti Ministero della Salute 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2017, tavole.

Se infatti analizziamo i dati (separatamente/distintamente) per nazionalità e per ripartizione territoriale, disponibili solo per gli ultimi anni⁹, emergono chiaramente due trend di lungo periodo assai caratteristici: la

⁹ Nella relazione del 2007 si auspica per la prima volta un'analisi che distingua sistematicamente i comportamenti delle donne italiane da quelli delle straniere, che sono evidentemente ormai abbastanza numerose da influenzare le diagnosi con le loro specificità (Ministero della Salute, 2007, p. 24). Del rapporto dell'anno successivo sono così resi noti dati, più affidabili perché tratti dai modelli Istat D12 di monitoraggio del fenomeno abortivo.

pratica delle donne migranti di appoggiarsi più delle italiane al consultorio è certamente più consistente al Nord e al Centro dove il servizio ha maggiore copertura ed efficacia e le migranti sono più presenti, ma tende a un aumento più regolare e consistente di quello delle italiane anche nel meridione, dove esso è meno assestato, facendo in un certo senso da traino al mutamento di uso anche da parte delle donne italiane.

Questa capacità del consultorio di costituire un servizio aperto al territorio e, per scelta politica, gratuito garantisce l'accoglienza delle donne migranti e l'accompagnamento verso una riduzione nell'utilizzo dell'Ivg come contraccettivo improprio (Ministero della Salute, 2014, p. 28). Che questo lento consolidamento dell'offerta consultoriale, cioè della sua capacità di ridurre le disuguaglianze sociali fra le donne, non abbia ancora inciso a sufficienza nel divario Nord-Sud dipende proprio dall'andamento carsico del suo rendimento istituzionale, dall'alternarsi cioè di periodi di oblio e di riemersione, e indica sicuramente una via che gli sporadici rilanci locali o nazionali hanno largamente dimostrato utile e perseguibile ogni volta che il servizio si è consolidato.

Riferimenti bibliografici

- Aed - Associazione educazione demografica, 1975, *Potere e consultori. Analisi della legge sui consultori familiari*, Bergamo.
- Balducci G. e Camarga A., 1977, *Quale consultorio?*, Ceidem, Napoli.
- Banotti E., 1971, *La sfida femminile. Maternità e aborto*, De Donato, Bari.
- Barca L., Fabrizi N., Grignola A. e Pierantoni L., 1981, *Chi ha paura del consultorio*, Editori Riuniti, Roma.
- Bassanini M.C., Lucioni C., Pietroboni P. e Ranci-Ortigosa E., 1977, *Servizi sociali: realtà e riforma*, il Mulino, Bologna.
- Ceis-Sanità, 2003-2009, 2012, *Rapporto Ceis Sanità*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.creasanita.it/index.php/it/archivio-volumi>.
- Cergas, 2000-2017, *Rapporto Oasi sulla sanità*, Egea, Milano.
- Crea, 2003-2017, *Rapporto sanità*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: www.creasanita.it/index.php/it/archivio-volumi.
- Dalla Torre G., 1975, *La legge 29 luglio 1975, n. 405 sulla istituzione dei consultori familiari*, «Medicina e Morale», vol. 25, n. 2-3, pp. 128-167.
- Dirindin N., 2016, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez-faire*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 187-201.
- Fattorini G., 2014, *I consultori in Italia*, L'asino d'oro edizioni, Roma.
- Fiorentini G., 2000-2004, *I servizi sanitari in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Ghio G. (a cura di), 1978, *I consultori familiari. Problematica sempre aperta*, Patron Editore, Bologna.

RPS

Franca Bonichi e Rossana Trifiletti

- Jourdan C., 1976, *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*, La Salamandra, Milano.
- Lauria L., Bonciani M., Spinelli A. e Grandolfo M.E., 2013, *Inequalities in Maternal Care in Italy: the Role of Socioeconomic and Migrant Status*, «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», vol. 49, n. 2, pp. 209-218.
- Lauria L., Donati S., Spinelli A., Bonciani M. e Grandolfo M.E., 2014, *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*, «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», vol. 51, n. 1, pp. 54-61.
- Longo F., Salvatore D. e Tasselli S., 2010, *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.
- Mapelli V., 2012, *Il sistema sanitario italiano*, il Mulino, Bologna.
- Ministero della Salute, 2001, 2003-2017, *Relazione del ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, Roma, anni vari.
- Ministero della Salute, 2010, *Organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia anno 2008*, Dipartimento della Prevenzione e della comunicazione, Roma.
- Paggio L.C., 1976, *Avanti un'altra*, La Salamandra, Milano.
- Palamenghi S., 1978, *Il consultorio dalla parte dell'utente*, La scuola, Brescia.
- Percovich L., 2005, *La coscienza nel corpo: donne, salute e medicina negli anni Settanta*, Franco Angeli, Milano.
- Perico G., 1976, *Istituzione dei consultori familiari - La legge 29 luglio 1975, n. 405*, «Aggiornamenti sociali», vol. 27, n. 5, pp. 311-326.
- Sardella P., 2014, *Il mondo delle donne. Storia del primo consultorio autogestito nel movimento di liberazione femminile*, Mimesis, Sesto San Giovanni.
- Sani, M., 2015 *Il consultorio familiare quarant'anni dopo*, Miligraf, Formello.
- Seroni A., 1977, *La questione femminile in Italia 1970-1977*, Editori Riuniti, Roma.
- Tagliapietra G., Venturi A., 1980, *La scommessa dei consultori*, Armando, Roma.
- The Boston Women's Health Book Collective, 1971, *Our Bodies, Ourselves*, New England Free Press, Sommerville (trad. it., 1974, *Noi e il nostro corpo: scritto dalle donne per le donne*, Feltrinelli, Milano).
- Toth F., 2016, *The Italian Nhs, The Public/Private Sector Mix and the Disparities in Access to Healthcare*, «Global Social Welfare», vol. 3, n. 3, pp. 171-178.
- Toth F., Carboni N., 2012, *Oltre l'ospedale: le nuove forme di assistenza sanitaria*, in Fargion V. e Gualmini E. (a cura di), *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi*, il Mulino, Bologna.
- Vassallo S. (a cura di), 2013, *Il divario incalmabile: rappresentanza politica e rendimento istituzionale nelle regioni italiane*, il Mulino, Bologna.
- Vitale T., 2006, *Sussidiarietà. Un criterio guida contro il carsismo istituzionale*, «Animazione sociale», vol. 36, n. 5, pp. 20-28.