

**CONSULTORIO FAMILIARE
E CONFUSIONE DI MODELLI
ORGANIZZATIVI NELLE MARCHE**

Contributo alla redazione del IV Piano Sanitario
Regionale

Settembre 2006

CONSULTORIO FAMILIARE E CONFUSIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI NELLE MARCHE

Il racconto che segue riguarda persone e fatti realmente esistiti anche se, per ragioni di privacy, deliberatamente mascherati. Perché questo scritto? Riflettevo in questi mesi sui ritardi nella redazione e approvazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile e sulla frammentazione di modelli organizzativi riscontrabile all'interno delle Zone Territoriali. Per quali ragioni si è in questa situazione nel 2006, dopo undici anni di ininterrotto governo di Centro sinistra? Forse negli anni passati vi è stata una carenza di indirizzi precisi da parte del Legislatore regionale?

Niente affatto! Fin dal 1998 la Regione Marche, attraverso l'Agenzia Sanitaria Regionale, è stata puntuale nel delineare il modello organizzativo dei Consultori Familiari e delle Unità Operative delle Attività Consultoriali: fin dal 2° Piano Sanitario Regionale, confermato dal 3° Piano Sanitario Regionale e da una Deliberazione Amministrativa del Consiglio Regionale, la 202 del 1998 in cui si scende nel dettaglio degli standard minimi di personale e della disponibilità dei locali.

Perché dunque la maggior parte delle Zone Territoriali/ASL non ha applicato gli indirizzi di ben due Piani Sanitari Regionali?

Ma soprattutto: perché l'Autorità regionale non ha costretto i Direttori Generali a comportarsi coerentemente con le linee di Piano?

Avverto in questi mesi un senso di paralisi del Sistema in parte giustificato dalla ennesima dichiarata crisi da scarsità di risorse finanziarie e penso: in questo clima può accadere di tutto...può tornare in auge ad esempio la centralità dell'Ospedale rispetto ai Servizi Territoriali ...è possibile che il Legislatore regionale regredisca e si torni indietro...una regressione culturale verso antichi scenari in cui la prevenzione ed il territorio erano la cenerentola del Sistema.

Mi son detto che forse sussiste una percezione sbiadita di che cosa verrebbe perduto gettando a mare il modello organizzativo del 2° e 3° Piano Sanitario Regionale; è possibile – ho pensato - che le capacità di un Consultorio Familiare siano poco conosciute o...soggette a "rimozione".

Mentre ero preso da questi pensieri mi sono trovato a vivere di persona una vicenda umana che si presta meravigliosamente al racconto ed a rappresentare tutta la complessità dell'azione di un Consultorio Familiare, ben coniugata con i Servizi Ospedalieri, con il Servizio

Sociale del Comune, con il Pediatra di Famiglia, con la Magistratura e l'Associazione del Volontariato.

Nella situazione che mi appresto a raccontare, il caso di Anna e di Amir, l'équipe Consultoriale consegue in modo tangibile, verificabile ed ispezionabile i seguenti risultati:

1. viene scongiurata una interruzione volontaria di gravidanza;
2. nell'arco di quindici mesi in cui si sviluppa il processo di cura, il ricorso al Pronto Soccorso da parte degli utenti è circoscritto ad una sola volta e senza ricovero;
3. sono prevenute ed evitate le denunce ai carabinieri per i pestaggi ed è evitato l'avvio d'ufficio dell'azione penale (in casi analoghi di persone impulsive il ricorso ai carabinieri è molto frequente);
4. sono prevenute ed evitate azioni autolesive da parte della giovane mamma;
5. l'accordo con il Reparto Ospedaliero permette la prevenzione di un parto prematuro (contrazioni precoci);
6. la frequenza al Corso di Preparazione alla Nascita, l'accordo con il Reparto Ospedaliero, l'efficacia delle visite domiciliari e la collaborazione con il Pediatra di Famiglia favorisce l'avvio e la prosecuzione oltre il terzo mese dell'allattamento al seno;
7. La buona intesa con il Tribunale dei Minori costituisce un valido deterrente (la minaccia dell'allontanamento coatto del bambino) rispetto a decisioni e comportamenti impulsivi dei genitori, svantaggiosi per il bambino stesso.
8. Le capacità socio-psico diagnostiche e prognostiche degli operatori del Consultorio proteggono e favoriscono un buon incontro fra la madre ed il neonato ed un buon attaccamento, base sicura per una felice esperienza di vita presente e futura del neonato.

La storia di Anna e di Amir

**Scansione
Temporale
e parole
chiave**

Narrazione

**Operatori
coinvolti**

**2° mese di
gravidanza**

Anna si presenta in Consultorio al 2° mese di gravidanza: di anni 23, ha la pelle bianca e la parlata osimana; è vestita con una comune tuta da ginnastica ma ha il velo dell'Islam in capo.

In precedenza la madre si era più volte rivolta all'assistente sociale per le fughe da casa e per la frequentazione di un gruppo di maghrebini con l'esplicita richiesta di premere sulla figlia affinché ritornasse in famiglia e si mettesse quieta: Anna si è innamorata di un maghrebino di 23 anni, Amir, operaio, che fa uso di sostanze stupefacenti, si ubriaca e la picchia; ora che è incinta, lei vorrebbe tenere il bambino ma sta subendo pressioni dai propri genitori e dal padre del nascituro perché abortisca. Pensiamo che abbia intravisto negli operatori del Consultorio dei possibili alleati per evitare l'aborto.

Pressioni per abortire

L'équipe decide di prendersi cura di questa giovane mamma ed incoraggia l'assistente sociale a rendersi disponibile per un ciclo di colloqui con lei e la sua famiglia.

Anna ha il diploma di scuola media inferiore ed è disoccupata. Comincia a frequentare il Consultorio Familiare con incontri plurisettimanali, a volte accolta dalla assistente sociale, altre dall'ostetrica. La ragazza accetta un appuntamento con il ginecologo che comincia anche lui a seguire la gravidanza, sin dall'inizio senza complicanze.

**3° mese di
gravidanza**

(Primo risultato: è scongiurata una interruzione volontaria di gravidanza)

**4° mese di
gravidanza**

Anna si affida a questa holding di gruppo vicaria di quella familiare ed elegge – così noi interpretiamo – l'assistente sociale a mamma sostitutiva.

Si riunisce il sottogruppo specializzato in tutela dei minori e valutiamo la necessità di contattare i genitori naturali di Anna per parlare con loro del futuro della figlia e del nascituro, sperando che da quella parte si possa trovare una disponibilità a prendersi cura in modo personalizzato di questa neo mamma e del suo bambino; il compagno di Anna

*Assistente
sociale*

*Equipe
consultoriale
(coordinata)*

*Assistente
Sociale
Ostetrica*

Ginecologo

*Assistente
Sociale
(case manager)*

*Sottogruppo
tutela minori
(coordinato)*

infatti, nei mesi, non mostra di essere persona affidabile.

La sua famiglia la rifiuta	<p>La psicologa e l'assistente sociale incontrano i genitori di Anna; purtroppo la loro conoscenza chiarisce ulteriormente le dimensioni del dramma che si svolge sotto i nostri occhi: il padre di Anna appare come persona insensibile, distante e debole, incapace di assumersi le responsabilità che la situazione imporrebbe, e comunque molto dipendente dalla moglie. La mamma di Anna si rivela furiosa per il fatto che sua figlia ostenta la scelta dell'Islam; dice a chiare lettere che non ne vuole sapere nulla di questa figlia, che finché si accompagna al maghrebino lei non la considera più figlia sua e per cui... "si arrangi!". L'impressione generale è di avere di fronte due persone poco responsabili, abbagliate dai propri sentimenti primitivi ed ostili; si ha inoltre la sensazione ed il sospetto che Anna sia stata una figlia non desiderata e di cui liberarsi al più presto. In questa luce si comprende meglio il tentativo di Anna di identificarsi con una religione non cristiana: per un verso un impulso a contrapporsi vendicativamente a dei genitori poco amorevoli, un modo per acquisire una identità sociale ed al contempo un tentativo di imporsi alla loro attenzione e costringerli a darle amore.</p>	<i>Psicologa e assistente sociale</i>
5° mese di gravidanza	<p>Il sottogruppo tutela minori si riunisce con le assistenti sociali del Comune e fa un bilancio della situazione: Anna non può contare sui suoi genitori e non può fare affidamento sul suo compagno e sulla famiglia di lui. Tuttavia ha deciso di tenere il bambino e resta abbarbicata alla speranza che dopo il parto le cose possano cambiare. Continuiamo a seguirla come fossimo la sua famiglia. Le trasformazioni corporee legate alla gravidanza spaventano Anna che si presenta spesso in Consultorio in preda a sintomi ipocondriaci. L'ostetrica le controlla i battiti cardiaci del bambino e riesce a rassicurarla sul suo buono stato di salute. Il Servizio Sociale Comunale comincia a progettare interventi socioassistenziali e un eventuale inserimento comunitario.</p>	<i>Sottogruppo tutela minori e Assistenti sociali del Comune</i>
6° mese di gravidanza	<p>In questo periodo Anna accede ad un colloquio con il consulente legale perché teme che il futuro marito possa rapirle il bambino per portarlo in Maghreb.</p>	<i>Ostetrica Servizio Sociale comunale</i>
6° mese di gravidanza	<p>Al sesto mese, dopo ulteriori colloqui dell'assistente sociale del Consultorio con i suoi genitori, Anna ha un accesso di angoscia e diventa più pressante con le sue richieste di contenimento: un giorno chiede esplicitamente di iniziare una psicoterapia con la psicologa del Consultorio in quanto si sente molto confusa per quanto le sta accadendo; i suoi genitori non le permettono di restare sola in casa durante il giorno per cui è costretta a vagare per il paese anche con il brutto tempo; sentendosi non accettata si è di fatto trasferita a casa della famiglia del suo compagno ma dice che i litigi con lui stanno aumentando e che non si sente al sicuro. Che in casa non c'è abbastanza da mangiare e si ripromette di chiedere in Comune un buono pasto perché sente umiliante tornare da sua mamma a chiedere aiuto; dice inoltre che il suo compagno invece di prendersi cura di lei dilapida con gli amici i soldi della sua busta paga.</p>	<i>Consulente legale Assistente sociale (case manager)</i>
Le liti		<i>Psicologa Psicoterapeuta</i>

	<p>In questo periodo Anna viene in Consultorio a giorni alterni, tanto è il suo bisogno di sentirsi protetta. Si concorda nella riunione del sottogruppo tutela minori e Servizio sociale comunale che l'assistente sociale del Consultorio continui a tenere con lei rapporti di buona accoglienza, le cominci a proporre un inserimento comunitario e che al contempo cominci a cercare con l'assistente sociale del Comune una struttura residenziale disposta ad accogliere madre e neonato.</p>	<p><i>Sottogruppo tutela minori e assistenti sociali comunali</i></p>
	<p>Al contempo vengono presi i primi contatti con il Giudice minorile in vista di una segnalazione. Intanto la psicologa Psicoterapeuta ha avviato dei colloqui strutturati di sostegno.</p>	<p><i>Giudice del Tribunale Minori</i></p>
<p>7° mese di gravidanza</p>	<p><u>Al settimo mese di gravidanza Anna si presenta con i segni di un pestaggio: le si offre di entrare in una comunità per madri e neonati.</u></p>	<p><i>Psicologa psicoterapeuta</i></p>
<p>Il pestaggio</p>	<p>In un primo momento sembra accettare, ma poi si mostra incerta e torna nell'ambiguità. Nei colloqui con la psicoterapeuta si evidenzia una <u>doppia fantasia</u> che spiega in trasparenza le ragioni dell'ambiguità:</p>	
	<p>a) riuscire nella vita come mamma/moglie (anche se con un maghrebino); b) fargliela vedere a sua mamma sbattendole in faccia questa sua nuova ed esibita identità di mamma (dell'Islam) antagonista.</p>	
<p>Il Consultorio come rifugio</p>	<p>E' in nome di questo doppio sogno che Anna sopporta le botte e gli abbandoni del partner e la tirannia della famiglia di lui e non sporge denuncia contro il suo uomo. Egli è il veicolo della agognata realizzazione delle fantasie di cui sopra e lei non può perderlo, anche se viene a lamentarsi in Consultorio che lui si comporta male fino al punto da lesinarle il cibo per risparmiare. Il fatto di potersi lamentare in Consultorio le dà quel senso di sollievo che le permette di sopportare la situazione.</p>	
	<p><u>Ci sarebbero già gli estremi per interventi radicali, ma un confronto con il ginecologo ci rassicura che la gravidanza si sta sviluppando normalmente e si decide di attendere ancora.</u></p>	
	<p>Nel frattempo Anna ha superato la soglia del 7° mese di gravidanza e può cominciare a frequentare il Corso di preparazione alla nascita in cui conoscerà la figura del Pediatra di Famiglia.</p>	<p><i>Ginecologo consultoriale</i></p>
	<p>La delicatezza ed il rispetto degli operatori del Consultorio ha permesso alla ragazza di continuare ad affidarsi ai vari professionisti coordinati nel e dal Consultorio, anche utilizzandoli strumentalmente per proteggersi e ricattare i suoi interlocutori, famiglia di origine e partner; per altro verso ha permesso agli operatori di svolgere una certa funzione di controllo e orientamento evitando alla ragazza gesti estremi e traumatici, autolesivi o dannosi per il nascituro.</p>	<p><i>sottogruppo del Corso di preparazione alla nascita (coordinato dall'ostetrica) di cui fa parte il pediatra</i></p>
	<p><u>(Secondo risultato: sono prevenute ed evitate azioni autolesive da parte della giovane mamma).</u></p>	
	<p>Periodicamente la situazione viene riesaminata in équipe</p>	<p><i>Equipe</i></p>

allargata.

consultoriale
(coordinata)

Il partner e i genitori naturali di Anna continuano a mostrarsi inaffidabili come supporto per i primi mesi di vita del nascituro: il compagno di Anna, Amir, convocato dall'assistente sociale che gli chiede conto dei lividi nel corpo di Anna e del fatto che Anna, accolta nella casa della sua famiglia, lamenta una carenza di cibo e la casa troppo sporca, reagisce con un accesso d'ira, alzando la voce e minacciando.

Assistente
sociale
(case manager)

Allontanamento
coatto e
inserimento in
Comunità?

Si fa strada l'idea di una azione di forza, ovvero di un allontanamento coatto del bambino in Comunità con l'intento di costringere Anna a seguirlo. La psicoterapeuta infatti ritiene che la ragazza non abbia uno spessore interno sufficiente per poter affrontare da sola la cura di un neonato: ha uno scarso sentimento di continuità e di coesione del sé e per questo non sembra in grado di vivere senza adulti di supporto; dà l'idea piuttosto di una ragazza-madre mentre il suo partner, per come si sta comportando, di un ragazzino impulsivo che non sembra in grado di fare l'adulto/genitore.

Psicologa
Psicoterapeuta

8° mese di
gravidanza

Il sottogruppo tutela minori ha un nuovo incontro con l'assistente sociale del Comune: si fa assieme il punto della situazione. I colpi di scena si susseguono. Anna continua a frequentare il Consultorio, l'assistente sociale, la psicoterapeuta e il Corso di Preparazione alla Nascita. Il suo compagno è partito per il Maghreb: si sa che potrebbe star via anche dei mesi. Anna lascia la casa della famiglia di lui e trova ospitalità presso una famiglia di Osimo che ha una figlia, come lei, innamorata di un maghrebino.

Sottogruppo
tutela minori e
Assistenti sociali
del Comune

9° mese di
gravidanza

Nel frattempo l'ostetrica coordinatrice del Corso di Preparazione alla Nascita ha aiutato Anna a scegliere un ginecologo ospedaliero ed a prendere contatti con il Reparto in vista del parto imminente. A un mese dal parto il ginecologo ospedaliero diagnostica delle contrazioni precoci e suggerisce un ricovero di carattere preventivo. Anna accetta di buon grado. Probabilmente ora si sente protetta nel Reparto ospedaliero.

Ostetrica
Personale del
Reparto
ospedaliero

Il sottogruppo tutela minori e l'assistente sociale comunale fanno il punto della situazione: Anna è ancora confusa sul suo futuro e mantiene un atteggiamento ambiguo; spera ancora che la nascita del bambino possa cambiare i comportamenti del suo uomo, che si possano sposare ed avere una loro famiglia. Gli operatori invece non credono in questa prospettiva e prognosticando il peggio, cioè un crollo di Anna e l'abbandono del bambino, decidono di predisporre tutto quanto necessario per procedere in extremis – in mancanza di valide soluzioni – ad un allontanamento coatto del bambino dall'ambiente dei maghrebini subito dopo il parto.

Sottogruppo
tutela minori e
Assistenti sociali
del Comune

Il Coordinatore del Consultorio tiene i contatti con il Ginecologo ed il personale del Reparto ospedaliero per conoscere in tempo reale lo stato di salute della donna. Il timore infatti era che Anna, molto confusa sulle prospettive future e facilmente manipolabile dal suo compagno e dalla famiglia di lui, potesse, se dimessa prima del parto, mettere a

Coordinatore del
consultorio,
Ginecologo e
personale del
Reparto
Ospedaliero

rischio la salute del nascituro oltre che la propria.

La data del parto si avvicina rapidamente ed il Ginecologo che la segue ci rassicura che *resterà ricoverata fino al parto stesso*.

(Terzo risultato: l'accordo con il Reparto ospedaliero ha prevenuto un parto prematuro).

Il coinvolgimento del Tribunale dei Minori

L'assistente sociale e la psicologa unitamente al Coordinatore del Consultorio informano il Giudice del Tribunale dei Minori di quanto sta accadendo e propongono un immediato affido al Consultorio Familiare del nascituro ed un eventuale allontanamento forzoso dello stesso non appena venuto alla luce con conseguente inserimento comunitario.

Assistente sociale, psicologa e coordinatore del Consultorio

Il Magistrato, per un verso allerta la Polizia Giudiziaria e prima ancora l'Ufficio Anagrafe di Osimo per avere immediata notizia della nascita, ed al contempo invita gli operatori a fare un ultimo tentativo di responsabilizzazione del futuro padre del bambino (che a pochi giorni dal parto è tornato dal Maghreb) e dei genitori naturali di lei.

Magistrato minorile
Polizia giudiziaria
Ufficio anagrafe

A pochi giorni dal parto, mentre la psicologa continua i colloqui con Anna in Reparto ospedaliero, l'assistente sociale predispone i contatti con una Comunità assicurandosene la disponibilità ad accogliere il nascituro e nel frattempo assieme al Coordinatore del Consultorio procede a convocare per colloqui Amir, sua madre, i suoi parenti ed i due genitori di Anna.

Psicologa psicoterapeuta
Assistente sociale

A pochi giorni dal parto il giovane padre Amir – che in passato ha mostrato atteggiamenti sprezzanti e violenti - si presenta con sua madre in Consultorio; questa volta ha toni concilianti e dice cose ragionevoli; forse – pensiamo – ha intuito che il Tribunale sta per intervenire con la forza; dice che i suoi parenti lo hanno richiamato in patria nel maghreb, lo hanno rimproverato per i suoi comportamenti, e che lui ora ha capito, che è deciso a fare il padre, che si impegna a sposare Anna e a portarla a vivere in una casa propria.

Assistente sociale e Coordinatore del Consultorio

La promessa di Amir

Anna affronta e supera il parto con successo: viene alla luce un bel bambino che risulta sano sotto tutti i punti di vista. Ha successo anche l'avvio dell'allattamento materno.

Il parto

Discutiamo la situazione in équipe consultoriale allargata alle assistenti sociali comunali mettendo assieme i contributi di tutti gli operatori coinvolti nel caso. Ci si trova di fronte al dilemma:

Reparto Ospedaliero
Équipe consultoriale (coordinata) assieme alle assistenti sociali comunali

1. Proporre al Giudice l'allontanamento coatto del bambino
2. oppure disporci in un assetto di controllo stretto nei confronti della famiglia maghrebina per verificare la veridicità delle assicurazioni e dei buoni propositi forniti da tutti i componenti del clan familiare?

Scegliamo la seconda opzione.

Infatti Anna dice di condividere la prospettiva del suo compagno e di non volere più andare in Comunità; pensiamo a questo punto che separare un neonato dalla propria madre nei primi giorni di vita sia un evento molto dannoso per lo sviluppo del minore; inoltre la bontà dei propositi del giovane

Il matrimonio	<p>e la compattezza del clan familiare di lui rende giuridicamente difficile ottenere un provvedimento estremo come l'allontanamento coatto senza prima aver messo alla prova le capacità della famiglia maghrebina. Informiamo pertanto il Giudice della inopportunità di un allontanamento coatto del bambino in questa fase e ci ripromettiamo di svolgere una funzione paterna nei confronti della coppia madre-neonato qualora il padre si confermasse ancora una volta non all'altezza della situazione</p> <p>15 giorni dopo il parto i due giovani si sposano con rito islamico a Roma presso una ambasciata di un Paese del Maghreb e con rito civile presso il Municipio di Osimo.</p> <p><u>(Quarto risultato: la buona intesa con il Tribunale dei Minori ha costituito un valido deterrente di comportamenti impulsivi da parte dei maghrebini a tutto vantaggio del bambino).</u></p>	
1° mese dopo il parto	<p>Nonostante lo scetticismo degli operatori sulla effettiva capacità del novello sposo di reggere con coerenza il suo nuovo ruolo di padre e capofamiglia, confermiamo al Giudice il nostro parere sulla opportunità, per il momento, di soprassedere alla organizzazione di una azione di forza:</p> <p>Anna mantiene i contatti con la psicoterapeuta ed ha accettato le visite domiciliari dell'ostetrica per favorire l'allattamento al seno.</p> <p>L'ostetrica del Consultorio stabilisce ora un rapporto continuativo con la giovane mamma che riesce ad utilizzarla appieno. L'ostetrica la aiuta a scegliere il Pediatra di Famiglia e favorisce così la prima visita pediatrica del bambino; rileva che le condizioni di vita in casa della suocera non sono le più adatte ad un buon sviluppo del bambino. E' freddo ed i familiari di lui continuano a lesinare il cibo. Sembra che la suocera indulga di frequente a critiche malevole nei confronti della nuora. Anna si confida con l'ostetrica, tuttavia ribadisce che vuole restare con il suo sposo e non demorde, anzi avverte che non vuole per nessun motivo che il figlio le venga tolto.</p>	<p>Giudice Minorile</p> <p>psicoterapeuta Ostetrica</p> <p>Pediatra di Famiglia</p>
2° mese dopo il parto	<p>All'inizio del secondo mese dal parto Anna ha un momento di scoraggiamento e sta per abbandonare l'allattamento al seno. Dice inoltre che la suocera la provoca continuamente a smettere con l'allattamento materno ed introdurre il latte artificiale. Viene sostenuta dall'ostetrica e rimproverata dal Pediatra di famiglia e ce la fa a superare il momento critico. Accadrà ancora altre due volte, ma in entrambe riuscirà a superare questi momenti di sconforto.</p> <p><u>(Quinto risultato: l'accordo con il Reparto ospedaliero, il Corso di preparazione alla nascita, l'efficacia delle visite domiciliari e la collaborazione con il Pediatra di Famiglia stanno favorendo l'allattamento al seno).</u></p>	<p>Ostetrica Pediatra</p>
	<p>Tutta la nostra équipe è mobilitata. Un pensiero comune ci attraversa. Se il bambino mostra segnali di arresto di sviluppo o se la mamma interrompe i contatti con noi, si procede a chiedere al Magistrato l'allontanamento coatto del bambino. La signora invece resta aggrappata agli operatori del</p>	<p>Équipe consultoriale (coordinata)</p>

Consultorio senza soluzione di continuità.

Amir non ce la fa

Si lamenta che il marito ha ripreso ad essere assente e quando torna è ubriaco; che in casa è freddo e che c'è poco da mangiare; infine che la suocera la tiranneggia. Anna continua a venire tutte le settimane in Consultorio con il bambino sorretto alla zingara: sembrano una buona coppia e questo per un verso ci rassicura sulla salute e sullo sviluppo del bambino che sembra ben curato e amato da parte della madre.

Altro pestaggio

L'équipe continua periodicamente a fare il punto della situazione: al quarto mese dal parto (fin'ora il bambino sembra essersi sviluppato bene e Anna ha continuato a mantenere i contatti con l'ostetrica, con la psicoterapeuta e con l'assistente sociale) Anna si presenta una mattina in Consultorio con il bambino nel marsupio e racconta che il marito ubriaco l'ha picchiata di nuovo. Ci si prepara nuovamente a riferire al Giudice proponendo un inserimento comunitario: la psicoterapeuta e l'assistente sociale, ognuna per proprio conto, cercano di ottenere da Anna il consenso a questa prospettiva di tutela per se e per il bambino, e per alcuni giorni Anna sembra acconsentire ma...a distanza di una settimana ci ha di nuovo ripensato e si oppone all'idea di abbandonare Osimo.

*Equipe
consultoriale
(coordinata)*

Gli operatori sono preoccupati e si allertano. Nella settimana successiva Anna subisce un'altra bastonatura e si rivolge al pronto soccorso dove chiede che venga visitato anche il bambino perché racconta che il marito in un momento d'ira se l'è presa anche con lui e l'ha gettato sul letto in malo modo spaventandola a morte.

Si riunisce il sottogruppo tutela minori, verifica l'accaduto e, accertato che la situazione è nuovamente precipitata oltre i livelli di guardia, prende nuovamente la decisione di proporre al Giudice l'estremo rimedio: ci si prepara per un allontanamento coatto, visto che Anna continua a mantenersi ambigua rispetto ai suoi progetti futuri.

(sesto risultato: sono state prevenute ed evitate le denunce ai carabinieri e si è evitato il ricorso sistematico al pronto soccorso).

Anna torna dai suoi genitori

Si decide però per un altro tentativo di sensibilizzare i genitori di Anna. Nel frattempo si viene a sapere da fonti indirette che Anna spontaneamente si sta recando ogni giorno dalla madre per lavarsi e fare il bagnetto al figlio e che la madre invece che cacciarla la sta accogliendo. Convochiamo i due genitori di Anna che raccontano di aver riaccolto la figlia in quanto ha promesso che si separerà da Amir.

Conoscendo i motivi dell'ambiguità di Anna gli operatori sanno a questo punto che l'attuale sua collocazione non può essere considerata stabile. Tuttavia è migliore rispetto a quella in casa del marito e favorisce uno standard di cure del lattante migliore. Intanto il Tribunale dei Minori, cui gli operatori del Consultorio avevano già relazionato, decide di "affidare" il bambino al Consultorio Familiare. Questa accresciuta autorevolezza consente agli operatori di avviare una attività di osservazione diretta della relazione madre

bambino e di valutazione dei livelli di sviluppo dello stesso. Questa valutazione è effettuata da una psicologa

psicoterapeuta infantile dell'Unità Operativa Attività Consultoriali del Distretto Sud. Al contempo il Pediatra di Famiglia si impegna ad effettuare un esame neurologico del bambino.

**Settimo mese
dopo il parto**

Al settimo mese dalla nascita il bambino si sta sviluppando bene. Anna ha iniziato lo svezzamento. Il bambino è mediamente in regola con le acquisizioni dei bambini della stessa età e dal punto di vista neurologico è ben funzionante. Lo stile di accudimento della mamma, che nei primi sei mesi di vita ha assicurato lo stabilirsi di un buon rapporto fusionale madre-bambino, ora mostra alcune carenze: a sette mesi continua in modo ansioso a placare l'angoscia del figlio con la sua presenza fisicamente concreta: non sembra avviata a favorire l'uso da parte del bambino di oggetti consolatori sostitutivi del suo corpo (transizionali). Ciò fa presagire che questa mamma potrà avere qualche problema di rapporti con il bambino e di fatto frenarne lo sviluppo man mano che questi sarà in grado di mostrare le sue aspirazioni ad una maggiore autonomia (ad esempio con l'inizio della deambulazione).

Restano aperte le questioni della separazione di Anna dal marito e la sua possibilità futura di costruirsi una vita a partire dall'avvio di una propria attività lavorativa.

Gli operatori del Consultorio Familiare, in virtù dell'incarico vincolante da parte del Tribunale dei Minori, continuano ad avere cura di Anna e del suo bambino, a darle suggerimenti, a proteggerla ed anche a controllarla nell'esercizio della funzione genitoriale. **(1)**

(1)

L'équipe procede rivalutando periodicamente e daccapo la situazione con una diagnosi ed una prognosi sociale e psicologico-clinica da cui dipendono la strategia e le decisioni sugli interventi da attuare.

Le valutazioni prognostiche fatte periodicamente dal sottogruppo tutela minori del Consultorio hanno sostanziali analogie con quelle degli operatori del Dipartimento di Salute Mentale o del Dipartimento delle Dipendenze in quanto assicurate da psicologi specializzati in psicoterapia in integrazione con il sapere di servizio sociale.

APPENDICE. A PROPOSITO DI PIANO SOCIALE REGIONALE E DI EQUIPES SPECIALISTICHE CENTRALIZZATE (AFFIDI E ADOZIONI)

L'esempio appena raccontato mette in evidenza, oltre alle vicissitudini di Anna e di Amir, una modalità di funzionamento del Consultorio Familiare e dei servizi sociosanitari ad esso collegati efficiente ed efficace.

Nel dispiegarsi delle azioni preventive il Consultorio Familiare è centrale e garante della continuità di cure, come compete ad un "Servizio Integrato Territoriale" del Distretto. L'integrazione fra le professioni del ginecologo e dell'ostetrica, dello psicologo, dell'assistente sociale e del consulente legale sono assicurate ed esaltate nel lavoro di équipe scandito da riunioni settimanali coordinate. **(2)** Attorno a questo gruppo di lavoro è intessuta l'integrazione delle altre entità organizzate:

l'Ospedale e il Pediatra di famiglia all'interno del Dipartimento Materno Infantile Trasmurale, il Servizio Sociale del Comune secondo le linee del Protocollo di intesa Ambito-ASL, il volontariato attraverso riunioni periodiche e la costruzione di rapporti di stima reciproca tra volontari ed operatori professionali.

Sono importanti queste precisazioni perché permettono una comparazione con altri modelli organizzativi, per esempio con quello delle équipes centralizzate specialistiche Distretti/Ambiti sociali (es: "adozioni" e "affidi") delle quali resta indefinita la funzione di coordinamento del gruppo di lavoro e le dipendenze gerarchiche all'interno delle quali quei gruppi operativi si trovano ad operare, con il risultato di una estrema debolezza e precarietà dei gruppi stessi.

(2)

L'organizzazione di uno dei due Consultori Familiari del Distretto Sud della Zona 7, in ottemperanza al secondo e terzo Piano Sanitario Regionale nonché alla Deliberazione Amministrativa del Consiglio Regionale n. 202/98, è la seguente:

L'équipe, inquadrata all'interno di una Unità Operativa Attività Consultoriali (responsabile Dott.ssa Rita Gatti), è composta da uno Psicologo Coordinatore (8 ore settimanali); da due Psicologi (1 a 17 accessi mensili e 1 a 12 accessi mensili); da un Ginecologo (12 ore settimanali); da una Assistente sociale (tempo pieno); da due Ostetriche (1 a tempo pieno, 1 a 14 accessi mensili); da una Infermiera (8 ore settimanali); da un Consulente legale (volontario); da due Psicologhe e una Assistente sociale (volontarie). L'équipe intera si riunisce ogni settimana per due ore. Il sottogruppo tutela minori si riunisce ogni settimana per una ora e mezzo. Lo stesso sottogruppo si riunisce (in virtù del protocollo di intesa Distretto/Ambito sociale) ogni mese per due ore con le assistenti sociali dei Comuni di Osimo e Offagna. Ogni bambino in cura (nel senso di "prendersi cura") è affidato ad un case manager scelto fra gli operatori dell'équipe (Il case manager non va confuso con il "responsabile del procedimento" che è una funzione riduttiva rispetto alla "cura", in quanto incentrata sulla procedura invece che sulla persona). Ogni gruppo e sottogruppo è tenuto assieme da una funzione di coordinamento, nel nostro caso assicurata da psicologi con formazione in coordinamento di gruppi operativi. Periodicamente sono programmati incontri con esponenti della Caritas locale.

L'integrazione fra professionisti è facilitata dal fatto che gli stessi si ritrovano quotidianamente in una stessa sede. L'équipe ha come autorità gerarchica il Responsabile di Unità Operativa Attività Consultoriali a sua volta sottoposto all'autorità del Direttore di Distretto.

In questi ultimi dieci anni di aziendalizzazione delle USL, da quando la U di USL è stata soppiantata dalla "A" di Azienda, sono stati propagandate le metodologie di benchmarking che dovrebbero prendere a modello le migliori pratiche. Ci si aspetterebbe dunque che gli esperti regionali di programmazione si orientino a favorire l'organizzazione dei Servizi prendendo a modello le realtà più forti ed efficienti e incoraggiando le altre a migliorare i loro standard quantitativi ma soprattutto qualitativi verso l'alto delle "migliori pratiche".

Invece si ha l'impressione che l'Autorità Regionale negli ultimi quattro anni ha cessato di esigere – nel Materno-Infantile - l'applicazione del Piano Sanitario Regionale, mentre sul versante del Piano Sociale sono state prese decisioni e stilati documenti in contrasto con il Piano Sanitario Regionale che possono minare la funzionalità dei Consultori esistenti ed impedire l'istituzione di quelli mai nati. Mi riferisco per esempio all'obiettivo indicato in alcuni atti collegati al Piano Sociale di creare, oltre alle "équipes centralizzate affidi ed adozioni" (che sono già asfittiche per mancanza di personale ed in alcune realtà non sono mai state istituite se non in modo solo formale) **una terza équipe centralizzata** che si occupi dei minori fuori dalla famiglia. Mi chiedo che cosa davvero abbia in mente l'inventore di siffatta nuova unità organizzativa: se per minori fuori dalla famiglia si intende i minori inseriti in comunità, case famiglia o famiglie affidatarie, che senso avrebbe una tale équipe visto che è già stata istituita l'équipe affidi che si occupa appunto di minori fuori dalla famiglia?

Se invece dietro l'etichetta della 3° équipe centralizzata si cela l'obiettivo di centralizzare l'attività di cura nei confronti di tutti i minori affidati dal Tribunale dei Minori (incuranti che tale competenza è già affidata ai Consultori), allora mi chiedo: con quali operatori? Forse con gli psicologi e le assistenti sociali dei Consultori determinando così uno scorporo degli operatori psicosociali rispetto al ginecologo e all'ostetrica con il risultato di distruggere l'équipe Consultoriale ricreando l'antica divisione fra il sociale ed il sanitario ?

Provo a spiegare meglio il mio punto di vista: una équipe centralizzata per i minori fuori dalla famiglia potrebbe avere un senso (ulteriore specializzazione di alcuni operatori e quindi miglioramento della qualità complessiva dell'intervento sociosanitario sui minori) se questa équipe fosse composta da **operatori aggiuntivi** rispetto a quelli già in dotazione ai Consultori esistenti. Se invece così non fosse, la logica conseguenza sarebbe un impoverimento delle équipes consultoriali: infatti se non potesse essere previsto un aumento di personale, ne discenderebbe che gli operatori della "terza équipe centralizzata" sarebbero gli stessi che già oggi, dall'interno dei Consultori esistenti, faticano ad

ottemperare alle richieste del Tribunale dei Minori. Tutti i segnali sembrano accreditare l'ipotesi di una terza équipe centralizzata a spese degli operatori esistenti. Infatti le politiche del personale dichiarate da tutti gli Enti Locali vanno esclusivamente nella direzione di una riduzione del personale esistente. In questo caso che senso avrebbe programmare l'istituzione di nuove équipes centralizzate che stravolgono

l'organizzazione precedente se non vi sono le risorse per assumere il personale aggiuntivo necessario?

Dunque mi chiedo:

1. **il Legislatore regionale, che con interventi parziali che riguardano il versante cosiddetto "sociale"** (ad esempio le Linee Guida per la redazione del Piano Sociale 2005-2007), fa irruzione nei modelli organizzativi del Piano Sanitario Regionale provocando modifiche al modello organizzativo di servizi sanitari già normati (nella fattispecie i Consultori Familiari) **ha calcolato** i costi morali e finanziari che possono derivare dal danneggiamento di organismi già rodati e ben funzionanti?
2. Le Linee Guida per la redazione del Piano Sociale 2005-2007 sono improntate sulla centralità del Comune. Mi chiedo: siamo proprio certi che nel caso della tutela dei minori lo spostamento del baricentro e della centralità dal Consultorio della ASL all'Ambito Sociale Territoriale (Comuni) darà migliori risultati di una équipe Consultoriale classica arricchita del contributo dell'assistente sociale del Comune? In altri termini siamo davvero convinti che una équipe centralizzata di Assistenti sociali con il contributo di Psicologi ASL (non è chiaro lo status di questa unità organizzativa e neanche l'identità del Responsabile) possa avere maggiori potenzialità nella tutela dei minori di una équipe più complessa quale è quella consultoriale di cui fanno parte integrante anche l'Ostetrica ed il Ginecologo, l'infermiera ed il consulente legale e che è strettamente legata all'Ospedale ed al Pediatra di Famiglia all'interno di un Dipartimento Trasmurale dell'ASUR?
3. Ovvero: al di là delle formule astratte in quanto non verificate nel confronto con la realtà, qual è l'organizzazione più efficiente ed efficace nella cura dei minori e nella consulenza al Tribunale dei Minori e maggiormente in grado di assicurare la continuità delle cure:
 - ✓ quella che pone al centro i Servizi Sociali Comunali (con il supporto degli psicologi della ASL), strutture notoriamente fragili, esposte alle pressioni di sindaci, assessori e dirigenti non tecnici?
 - ✓ Oppure è più efficiente ed efficace una rete territoriale che fa perno su équipes consultoriali organizzate in Unità Operative del Distretto incastonate in un Dipartimento Materno Infantile di una Azienda Sanitaria?

Dott. Ferdinando Benedetti
Psicoanalista
Coordinatore del Consultorio Familiare di osimo
Tel. 349.5397815

Ancona, settembre 2006