Linee Guida per il Servizio di Consultorio Familiare nella Regione del Veneto

I Consultori Familiari nella Regione del Veneto

Un po' di storia e alcuni riferimenti normativi

I Consultori Familiari (C.F.) sono stati istituiti con la legge n. 405 del 29 luglio 1975.
La decisione politica di istituirli è maturata nel mezzo di un vasto e accelerato processo di trasformazione della società italiana e di riforma delle strutture dei servizi sanitari e sociali, scandito da una miriade di eventi legislativi, tra i quali è opportuno ricordare, per la loro rilevanza, i seguenti:

- gli articoli 29-30-31 della Costituzione che riguardano i principi ispiratori della legislazione familiare;

ART.29

1- La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio.
2- Il matrimonio è ordinato sull'eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare.

ART.30

1- E' dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori dal matrimonio.
2- Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti.
3- La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima.

ART.31

1- La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose.
2- Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo.

- la Legge 898/70 sulla "disciplina nei casi di scioglimento del matrimonio" e successive modifiche (436/78 e 74/87);
- le norme sul nuovo ordinamento regionale italiano {1972-75-77);
- la riforma del diritto di famiglia (1975) ed in particolare gli articoli 143 e 147 del Codice Civile che sanciscono l'uguaglianza rispetto alla responsabilità genitoriale e la rilevanza dell'interesse del minore;
- lo scioglimento dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia e il trasferimento delle sue funzioni (1975);
- le norme che hanno liberalizzato l'uso dei contraccettivi (1977);
- la riforma dei servizi per le malattie mentali (1978);
- le norme per la tutela sociale della maternità e la interruzione volontaria della gravidanza (1978);
- la riforma dei servizi sanitari mediante l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978).
- la Legge 184/83 sull'adozione di minori;
- i DDLL. 502/92 e 517/93 che hanno definito gli obiettivi di distrettualizzazione e di integrazione socio-sanitaria dei servizi territoriali delle AULSS;
- la Legge 285/97 sulla promozione di opportunità e diritti per l'infanzia e l'adolescenza;
- il D.P.R. 23.07.1998 che ha approvato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 che nella parte dedicata all'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale configura il Distretto come "centro di servizi e prestazioni" che soddisfa i bisogni dell'assistito-utente in modo unitario e globale;
- la Legge 269/98 che determina le norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno ai minori, quali nuove forme di riduzione di schiavitù;
- la Legge 476/98 che ratifica e rende esecutiva la Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993, modificando la Legge 1983/184, in tema di adozione di minori stranieri;
- la Legge quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali con la determinazione del necessario raccordo in ambito distrettuale tra interventi

sanitari e socio-sanitari di competenza dell' AULSS e interventi sociali di competenza dell'ente Comune;

- l'approvazione del "Progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" (D.M. San. 24 aprile 2000) che ha ridefinito i requisiti e gli standard per i Consultori Familiari e il loro inserimento in rete con gli altri servizi territoriali;
- la Legge 53/2000 sui tempi di cura, tempi di lavoro, e tempi della città;
- la Legge 149/01 che modifica la legge 184/83 sull'adozione e l'affidamento dei minori;
- il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza e ne dispone l'applicazione regionale;
- la Legge 40/04 in materia di procreazione medicalmente assistita.
- la Legge 54/06 sull'affidamento condiviso dei figli nelle separazioni e divorzi.

L'idea di introdurre su scala nazionale, nel 1975, un servizio particolare per la famiglia era nuova, preceduta soltanto da alcune iniziative di associazioni volontaristiche, operanti già da qualche decennio (U.C.I.P.E.M., U.I.C.E.M.P., A.I.E.D.). Essa era maturata contemporaneamente all'affermazione, graduale e tormentata, anche nel nostro Paese, di una nuova concezione politica della salute, definita già nel 1964, nell'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale degli individui.

La nuova concezione valorizzava le componenti mentali, sociali e relazionali dello stato di benessere delle persone e consentiva altresì di delineare la salute della famiglia come una condizione di equilibrio funzionale risultante dall'insieme delle interazioni tra i vari fattori nel gruppo familiare.

L'approccio globale ai problemi socio-sanitari della famiglia veniva sancito, infatti, dalle norme istitutive dei Consultori Familiari che prevedevano, per la prima volta, gruppi pluridisciplinari di operatori, esperti nel campo somatico, mentale e delle relazioni interpersonali, in coerenza col principio della globalità dell'intervento assistenziale sanitario, che pochi anni dopo veniva recepito dalle norme per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833 del 23 dicembre 1978).

La riforma complessiva dei servizi sanitari, nel recepire la Dichiarazione Internazionale di Alma Ata (1978) applicava e sviluppava anche altri principi importanti per la tutela della salute della popolazione, quali, ad esempio, il decentramento dei servizi sanitari, privilegiando quelli primari, cioè quelli che nel nuovo ordinamento si collocano a livello di Distretto, spostando l'accento sugli interventi preventivi della malattia e promozionali della salute.

Coerentemente, la Regione del Veneto varò la Legge Regionale n. 28 il 25 marzo *1977* sulla istituzione dei Consultori Familiari, in applicazione di quanto disposto dalla legge nazionale n. 405 del 29 luglio 1975. Per l'avvio di questo servizio, programmò una serie di seminari, aperti alle esperienze del volontariato e a quelle degli operatori pubblici, per la condivisione di linee attuative dei Consultori Familiari.

Gli stessi si sono costituiti fin dall'origine come servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, con personale sociale e sanitario organizzato in equipe, con funzione di risposta a domande espresse nell'area materno-infantile.

A più di trent'anni dalla loro istituzione, l'esperienza comune sembra andare nella direzione di un servizio indirizzato alla risposta dei bisogni non più solo della donna e del suo bambino, ma sempre più della coppia e della famiglia.

Negli anni, ai Consultori Familiari, e quindi ai professionisti che vi hanno operato, è stato chiesto un forte impegno orientato a comprendere e sostenere le problematiche emergenti, nuove sia nella loro complessità che nella loro varietà:

- l' aumentata richiesta di maternità sia biologica che sociale (adozione, affido)
- la richiesta di IVG da parte di donne straniere di recente immigrazione e quindi portatrici di culture e valori diversi
- i sempre maggiori problemi di tutela minorile in relazione a condizioni di trascuratezza, maltrattamento, abuso che hanno implicato una implementazione dell'impegno professionale di psicologi ed assistenti sociali a discapito di altre attività ugualmente importanti quali la prevenzione e la promozione
- le difficoltà delle coppie separate e delle famiglie monogenitoriali con una esplosione di richieste di aiuto e di supporto alla genitorialità e alla gestione della conflittualità in fase separativa (mediazione familiare).

Un Consultorio Familiare, quindi con una veste diversa, non più o non solo un servizio che si occupa di "consulenza psicologica; sociale, ostetrica, legale" ma un servizio che assume dimensioni sempre più complesse sia nel campo della prevenzione che della presa in carico.

Il Consultorio familiare è l'unico servizio socio-sanitario offerto alla famiglia nella sua interezza, famiglia che evolve in continuazione. I rapidissimi cambiamenti economici, sociali e culturali hanno portato a dei

mutamenti degli stili di vita, che hanno influito in maniera critica sulla famiglia, fortemente ancorata alle radici e ai valori della comunità veneta. Le trasformazioni che hanno investito la nostra società, hanno messo in luce profondi cambiamenti di carattere strutturale, anche nell'organizzazione familiare, nei rapporti tra i partners, all'interno delle reti familiari, nella mentalità e negli stili di vita delle persone. Nella maggioranza delle famiglie italiane c'è un solo bambino o due al massimo; in genere si tratta di figli concepiti in età più avanzata rispetto al passato, quando si ritiene di aver raggiunto le condizioni familiari più favorevoli: il figlio è dunque frutto di scelte precise nel quale si concentrano aspettative, desideri, investimenti anche sul piano emotivo particolarmente rilevanti. Cresce il numero delle famiglie monoparentali e, gradualmente, quello delle famiglie in frequente stato di bisogno con figli piccoli, a testimonianza della necessità di garantire risposte flessibili e diversificate. Sono inoltre profondamente cambiate le esigenze del sistema produttivo e conseguentemente l'organizzazione del lavoro sempre più orientato verso una maggiore flessibilità dei servizi, in termini di modelli organizzativi diversificati e orari di funzionamento. Anche nella realtà di questa Regione, la famiglia ha dovuto far fronte ad una crescita delle attese dei soggetti che la compongono, delle sollecitazioni derivanti dal crescente impegno lavorativo della coppia, delle esigenze di cura e di assistenza derivanti dall'invecchiamento della popolazione, delle attrazioni provenienti dalla sfera del tempo libero e del consumo, delle situazioni di crisi soprattutto presenti nell'età giovanile e nelle circostanze di disgregazione dell'unità familiare, delle difficoltà economiche ed in parallelo al calo delle nascite.
Tutto ciò contribuisce a far emergere il bisogno della famiglia di essere sostenuta nelle sue peculiarità di soggetto e capitale sociale relazionale.
Il Consultorio familiare è l'unico servizio socio-sanitario offerto alla famiglia nella sua interezza, si diceva pocanzi . C'è però da dire anche, che questi servizi, almeno una buona parte, non hanno ancora delineato una specifica politica familiare, privilegiando un consolidato approccio di settore legato alle problematiche del singolo.
Ciò deriva soprattutto dal fatto che, storicamente, le politiche sociali hanno escluso la famiglia come soggetto destinatario delle politiche stesse, puntando l'attenzione al singolo individuo o alle aggregazioni di particolari categorie di soggetti alle quali, da sempre, è attribuita la connotazione di strutturalmente deboli… quali i bambini, le donne, gli anziani, gli ammalati, le persone con disabilità, anche la coppia stessa a volte viene trattata come "singolo".
Si comincia solo ora, a richiamare l'attenzione affinché si delinei una politica familiare organica anche in riferimento ai servizi.
La complessità della problematica però ci mostra, ancora, varie questioni che rimangono aperte e alle quali si vorrebbe dare risposta, nonostante l'impegno e l'abnegazione di quanti, a titolo diverso, giorno per giorno, operano per migliorare le condizioni di vita e di sviluppo delle persone. Tale complessità ci costringe a misurarci con quanto di più profondo sta avvenendo nella nostra struttura antropologica. Per questo quando parliamo di persone e di politiche in riferimento ad esse, è necessariamente doveroso soffermarci sui cambiamenti che sono avvenuti e che avvengono nelle persone e all'interno della società soprattutto in termini relazionali (è cambiato anche in termini strutturali il nostro modo di porci in relazione con le persone), per non incorrere nel rischio di interventi e risposte non conformi ai reali bisogni o peggio, estemporanei.
I parametri di riferimento si modificano con una velocità tale da rendere difficile l'organizzazione della risposta al bisogno. La macchina dei servizi sociosanitari si trova a dover predisporre impianti estremamente agili e flessibili che siano in grado di anticipare, leggere e rispondere alle nuove esigenze.
Ciò significa pertanto saper decifrare codici nuovi e saper organizzare con il medesimo nuovo linguaggio, risposte e modalità di intervento.
Già l'atto di indirizzo del 11 febbraio 2005 aveva inteso dare precise e puntuali indicazioni sull'identità del Consultorio Familiare e sulle relative "finalità e funzioni, in un'ottica di programmazione territoriale" per evitare sovrapposizioni o carenze nell'offerta di servizi, consentendo un uso corretto della spesa socio-sanitaria che deve risultare congrua e pertinente, precisandone le funzioni e permettendo altresì di ridare al Consultorio Familiare quel ruolo di servizio per la famiglia sostenendola durante le diverse fasi del ciclo di vita.

Verso un "Servizio Relazionale"
Dopo alcuni anni nel corso dei quali è stata data attuazione al citato atto di indirizzo, riconoscendone piena attualità, si tratta ora di fare un passo ulteriore volto a consentire che finalità, funzioni e collocazione nell'ambito della programmazione territoriale possano pienamente esprimersi attraverso un Consultorio Familiare che possa operare quale 'servizio relazionale'.

BOX

Prof. Riccardo Prandini Università di Bologna

"*Un servizio relazionale, per esempio un servizio alla persona o alla relazione familiare – erogato in un Consultorio o in un diverso Centro - è tale se opera: i) "su" (a partire da) relazioni, cioè analizzando in tutti i suoi aspetti la situazione di "partenza" del caso trattato; ii) "con" (insieme a, per mezzo di) le relazioni, cioè attivando tutte le risorse umane che ha individuato mediante la fase precedente di analisi del caso; iii) "per" (al fine di) generare/ri-generare relazioni sociali (capitale relazionale) e, infine, se è iv) diretto "a" far fiorire le possibilità (disposizioni) d'attività/esperienza di vita di un beneficiario/utente/paziente. È un processo finalizzato "alla" generazione di una soluzione (tecnica o umana) che opera "su" relazioni, "con" relazioni, "per" generare relazioni e "a" favore della piena fioritura delle relazioni.*

In altri termini si può affermare che un servizio relazionale è una specifica relazione sociale di servizio, dove un attore "B" (individuale o collettivo: un utente o la famiglia di un utente) richiede (o è indirizzato a ricevere) una prestazione ad un attore "A" (individuale o collettivo: il Centro che eroga il servizio), che viene realizzata in relazione con "B" (dove la relazione è necessaria alla produzione del servizio), e che è finalizzata alla trasformazione dello stato di una realtà "C", i cui effetti sono giudicati positivamente dallo stesso destinatario e/o dalla collettività di riferimento. Tale prestazione di servizio opera "su-con-per-a(beneficio) di", le relazioni sociali tra A, B e C, ma anche delle relazioni contestuali. Un servizio relazionale è dunque quella relazione sociale che:

1) è esplicitamente finalizzata a un cambiamento delle condizioni (disposizioni) di esperienza/azione di un beneficiario. Il servizio può agire sulla trasformazione delle condizioni/disposizioni (a) economico-materiali, (b) psicologico-progettuali, (c) sociali-interattive e (d) valoriali-di definizione della situazione, di un beneficiario (individuale o collettivo);

2) opera mediante la pattuizione/contrattazione tra A e B (certe volte anche C) e altri attori di contesto. Possiamo stenografare quest'aspetto con la sigla di "contratti-patti relazionali" laddove: 1) i contenuti del contratto-patto non sono numerabili, identificabili una volta per tutte, bensì aperti alla continua rinegoziazione; 2) la distinzione tra prestatore e utente del servizio, pur rimanendo contrattualizzata, tende a generare forme di co-produzione e di attribuzione di ruoli, funzioni e responsabilità, innovative; 3) il contratto eccede la semantica economica, per sfociare in una semantica che include aspetti economici, sociali, progettuali e valoriali;

3) che opera attraverso un insieme di tecniche o competenze, formalizzate o informali, certificabili o meno, che o sono attribuibili a nuove forme di professionalità (relational sensitive), o vengono co-generate proprio nella relazione stessa. In tal senso l'attivazione, generazione, rigenerazione di competenze del beneficiario, del richiedente e della loro rete sono parte fondamentale dei mezzi utilizzati dal servizio;

4) che è orientata a "capacitare/sussidiare un beneficiario e la sua rete, attivare le loro potenzialità latenti o creare nuove potenzialità d'azione/esperienza, per rendere più "umane" le loro relazioni reciproche.

5) Il servizio relazione deve essere "riflessivo", cioè osservare come ogni azione che viene realizzata, influisca positivamente o meno sulla "fioritura" dell'utente; e "sussidiario", cioè organizzato in modo tale da mettere tutti i soggetti del servizio (gli operatori/erogatori, gli utenti, i famigliari, etc.) di poter fare autonomamente la loro "parte" nel processo creazione del benessere. "

Prof.ssa Giovanna Rossi Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

"I servizi consultoriali si configurano come "servizi relazionali", che necessitano, nella loro realizzazione concreta, della collaborazione tra chi offre l'intervento e chi lo riceve, secondo una prospettiva di sharing o di reciprocità. Nelle organizzazioni che erogano servizi alla famiglia si crea così un nuovo luogo organizzativo, formato dalla relazione tra agente (provider) e utente (client), che perdura lungo tutto lo svolgimento dell'azione. Così la risposta al bisogno, ottenuta attraverso i servizi alla famiglia, avendo come fulcro la relazione che si instaura tra colui che offre la prestazione e colui che la riceve, consente di calibrare l'intervento rispetto alle esigenze di ogni individuo. Tali servizi, quindi sono necessariamente personalizzati, in quanto l'utente famiglia è coinvolto, se possibile, attivamente e direttamente."

Il lavoro principale dei servizi consultoriali, in effetti, è quello con la relazione, fluttuando continuamente tra diversi livelli di rappresentazioni che riguardano ora la relazione genitoriale, ora la relazione filiale, ora la

relazione di coppia, ora la relazione del singolo, in un complesso scambio di relazioni interne ed esterne della famiglia.
Quando si prende in carico un singolo, una coppia, in realtà è come se si prendesse in carico tutta la famiglia. Lavorando infatti sui problemi connessi all'affettività, alla genitorialità ecc. si lavora sulla rappresentazione in scena della famiglia, indipendentemente dal fatto che tutti i componenti siano presenti.
Occorre, ancora, sottolineare come sia indispensabile investire energie nel sostenere e sviluppare le funzioni genitoriali, oggi sempre più fragili, partendo dall'assunto che "non si può aiutare un bambino se non si aiutano i suoi genitori" (Bowlby).
La fragilità nella genitorialità porta ad attaccamenti insicuri, a difficoltà nei processi di separazione-individuazione, ad una adolescenza difficile, all'incapacità, diventati adulti, di assumere una vera funzione generativa.

Molti investimenti in termini economici sono stati indirizzati e lo sono tuttora, all'area più ampia del sostegno alla neogenitorialità ed alla genitorialità, sia in termini di prevenzione che di sostegno e cura, focalizzando gli interventi soprattutto nell'ambito del sostegno alla nascita con percorsi ed attività prima del concepimento, durante e dopo, fino al compimento del primo anno del bambino, e nell'ambito del sostegno alle famiglie soprattutto nello svolgimento delle funzioni genitoriali, nei compiti di cura e di educazione dei figli.

La situazione socio demografica del Veneto

La popolazione residente in Veneto è caratterizzata da un lieve ma costante aumento negli anni, tanto da raggiungere alla data dell'1 gennaio 2008 i 4.832.340 abitanti, con un incremento di circa l'8,5% in 10 anni. Tale tendenza di crescita pur essendoci stata in tutte le regioni italiane, nel Veneto è decisamente al di sopra della media nazionale. La crescita della popolazione veneta tra il 1990 e il 2008 è in larga parte dovuta al saldo positivo tra iscritti e cancellati in anagrafe, in particolare dal saldo migratorio, il cui valore nel 2008 è prossimo ai livelli ragguardevoli raggiunti nel 2002-2004, in corrispondenza della regolarizzazione di molti cittadini stranieri.
In realtà anche la crescita naturale in Veneto, calcolata come la differenza tra nati e morti, ha un tasso positivo (nel 2008 è pari allo 0,8‰). Strettamente connessa alla crescita naturale è la natalità che in Veneto, come in altre regioni centro-settentrionali, a partire dagli anni '90 evidenzia un'inversione di tendenza, passando da un forte contenimento delle nascite, ad un deciso aumento del tasso di natalità, tanto da arrivare al 10‰ nel 2008. Tale fenomeno se da un lato ha effetti sul tasso di fecondità totale della popolazione, dall'altro non è ancora così determinante da condizionare la struttura per età della popolazione stessa, che rimane nettamente squilibrata in favore delle classi più anziane, anche in ragione del continuo aumento della speranza di vita. Nel 2008, infatti, l'indice di vecchiaia veneto è pari a 1,39‰, mantenendosi leggermente al di sotto della soglia italiana, fissata a 1,43‰; ciò significa che in Veneto ogni 100 bambini tra gli 0 e i 14 anni d'età vi sono 139 ultrasessantacinquenni.
Considerando separatamente la fecondità delle donne italiane e delle donne straniere, queste ultime hanno un tasso di fecondità pari a più del doppio rispetto alle prime, tanto che il tasso di fecondità totale in Veneto nel 2008 raggiunge 1,46 figli per donna, crescendo costantemente a partire dai primi anni '90 (dal 1993 l'aumento è pari a oltre il 37%). All'interno dello stesso contingente di donne straniere, le scelte e i comportamenti riproduttivi variano molto a seconda del Paese di origine; le donne provenienti dai Paesi dell'Est Europa (Moldavia, Ucraina e Polonia in particolare) essendo numericamente molto superiori ai propri connazionali maschi residenti, realizzano una bassa fecondità nel nostro Paese. Il forte sbilanciamento tra i generi e il fatto che esso è determinato da un progetto migratorio autonomo e indipendente rivolto al lavoro e al matrimonio, determina un'elevata incidenza di nati da coppie miste con padre italiano. In quasi tutte le altre comunità di immigrati l'elevata fecondità avviene all'interno di unioni tra concittadini, spesso avvenute in seguito a ricongiungimento familiare delle donne con mariti già stabilizzatisi in Italia.
La fecondità e la nuzialità in Veneto sono ancora strettamente legate l'una all'altra, infatti la maggioranza dei nuovi nati è figlio di genitori sposati, nonostante stiano avvenendo alcune profonde trasformazioni anche in questo campo, in particolare la diffusione di nuovi comportamenti e stili di vita di coppia, come le convivenza more uxorio. Il quoziente di nuzialità in Veneto stimato per il 2008 è pari a 3,9‰, in decremento rispetto a quanto avveniva nel 2002 (4,4‰). L'età media al primo matrimonio è in costante ascesa, soprattutto nel corso dell'ultimo decennio, tanto che attualmente le donne hanno superato i 30 anni e gli uomini i 33.
Le considerazioni appena esposte non fanno alcuna distinzione tra matrimonio celebrato con rito religioso o civile, evento quest'ultimo che solo negli ultimi anni ha assunto dimensioni rilevanti, tanto che ad oggi oltre il 42% dei matrimoni è celebrato da un sindaco. Di pari passo all'aumento delle unioni civili è diventato sempre più frequente il ricorso al secondo matrimonio, nel caso delle famiglie ricostituite, e ai matrimoni misti, in cui uno degli sposi è straniero.
Quest'epoca di profondi cambiamenti si realizza anche attraverso l'istituzione fondamentale che sta alla base della nostra società, la famiglia. Si sta progressivamente verificando, sia a livello nazionale che

regionale, un aumento del numero di famiglie da un lato e una contrazione delle dimensioni delle stesse. Traducendo in numeri; la popolazione del Veneto dal 1975 al 2008 aumenta del 13%, in misura decisamente inferiore all'incremento di oltre il 61% del numero di famiglie, che passa da 1.232.054 a 1.985.191.
Così come sta avvenendo a livello nazionale, anche in Veneto la struttura familiare tradizionale, caratterizzata dalla convivenza presso la stessa abitazione di più nuclei familiari, sta cedendo il passo alla famiglia nucleare, formata esclusivamente da padre, madre e figlio. Considerando i dati rilevati dai Censimenti nazionali sulla popolazione dal 1901 al 2001, il numero medio di componenti familiari passa da 5,47 a 2,61, dimezzandosi quindi nell'arco di 100 anni. Ciò nonostante la dimensione media della famiglia veneta è la più estesa di tutto il Nord, tanto che la percentuale di famiglie di single è molto più vicina a quella delle regioni meridionali rispetto al valore dell'Italia nord-orientale.
La coppia con figli rimane la tipologia familiare più diffusa, nonostante abbia un minor peso sul totale della famiglie, ma il calo della fecondità ne ha determinato la contrazione del numero di figli, tanto che molto spesso la scelta è quella del figlio unico. Accanto a ciò, per effetto della prolungata permanenza dei figli nella famiglia d'origine e la conseguente posticipazione del distacco, crescono sempre di più le coppie i cui figli conviventi hanno un'età compresa tra i 18 e i 24 anni.
Un elemento che ha conseguenze sulla trasformazione dei nuclei famigliari, sono le separazioni e i divorzi, che indirettamente hanno favorito il proliferare delle famiglie monogenitoriali e unipersonali (qualora il coniuge divorziato decida di rimanere solo) e delle ricostituite (quando invece la scelta dell'adulto converge verso la formazione di una nuova famiglia). Nonostante il Veneto a partire dal 2000 abbia conosciuto un accentuato ricorso all'interruzione del vincolo matrimoniale, l'instabilità coniugale non ha ancora raggiunto i livelli nazionali. L'aspetto forse più problematico riguarda però la presenza di figli nati dall'unione, che molto spesso bisognano di un accompagnamento nel difficile percorso di disgregazione del proprio nucleo familiare. Nel 2007 il 68,2% delle separazioni e il 59,6% dei divorzi in Veneto hanno riguardato coppie coniugate con figli avuti dalla loro unione; in altre parole, i figli coinvolti nelle separazioni e nei divorzi dei proprio genitori sono stati 6.922 e 3.852. In circa la metà delle separazioni e in oltre un terzo dei divorzi i figli sono minorenni e quindi affidati ad uno o congiuntamente ad entrambi i genitori.

Lo stato attuale dei Consultori Familiari

Il quadro socio-demografico fin qui delineato evidenzia le profonde e radicali trasformazioni che sono avvenute e stanno avvenendo all'interno della popolazione veneta nel corso degli ultimi anni, che inevitabilmente hanno risvolti e devono trovare risposte nella pianificazione degli interventi sociali e sanitari regionali.
Il Consultorio Familiare, servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, è da sempre considerato dalla Regione Veneto un osservatorio privilegiato proprio delle strutture familiari e delle sue problematiche, seguendo la famiglia in tutte le sue fasi del ciclo di vita.
Ecco che allora il servizio consultoriale, per rispondere ad una domanda e ad un'utenza molto variegata, mette in atto interventi che vanno dalla diagnosi e cura ginecologica, psicologica e diagnosi e presa in carico sociale, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria con attività educative.
Nel'arco di trent'anni i Consultori Familiari pubblici hanno acquisito una posizione considerevole nella rete delle risorse pubbliche disponibili per le famiglie, assumendo un ruolo sempre più importante nella risposta ai nuovi bisogni connessi all'evoluzione della famiglia veneta.
Grazie alla rilevazione annuale attuata dalla Regione del Veneto ed affidata all'Osservatorio regionale Nuove Generazioni e Famiglia, è possibile avere un quadro sempre aggiornato della situazione, delineando aspetti qualitativi e quantitativi relativi al funzionamento di tali servizi.
Considerando sia l'offerta pubblica che quella privata, i Consultori offrono sul territorio veneto un servizio dislocato in ben 141 sedi diverse, con numero medio di abitanti per sede pari a 34.272, decisamente al di sotto dello standard regionale fissato tra i 40.000 e i 50.000 abitanti.
In particolare, la rete dei Consultori Familiari pubblici risulta ben radicata nel territorio, infatti nel 2008 sono 114 le sedi consultoriali presenti nelle nelle 21 Aziende ULSS Venete, per un totale di 42.389 abitanti per ciascuna sede. Il numero medio di donne in età feconda 15-49 anni è pari a 9.874 donne, sempre per ciascuna sede, mentre le famiglie sono 17.113.
L'orario di apertura al pubblico settimanale è di circa 37 ore, per un totale di 5 giorni alla settimana, compresi 3 pomeriggi. Poco più di un quinto delle sedi apre anche al sabato mattina, mentre meno di un quarto anche in orario serale.

Il Personale

Il personale operante presso i Consultori Familiari pubblici nell'anno 2008 ammonta a 789 persone, confermando così la costante crescita registrata a partire dal 2000 (708 operatori complessivi).

Conseguentemente alla sempre maggior richiesta da parte dell'utenza di prestazioni finalizzate al sostegno di problematiche connesse alle relazioni psicologiche e sociali, il profilo professionale con il più alto peso percentuale risulta essere quello degli psicologi (27,2%), seguito dagli assistenti sociali (22,7%), mentre medici e ginecologi, ostetriche ed infermieri sono andati via via diminuendo in peso percentuale ma non in numero assoluto. Decisamente aumentato risulta anche il numero di figure quali l'educatore, l'addetto all'assistenza, il pedagogista, così come, anche se in misura inferiore, il personale amministrativo di supporto.
Dei 789 operatori, 157 si occupano della tutela minori nei Consultori delle Ulss in cui è presente la delega ex art. 23 DPR 616/77. Ciò significa che ogni operatore di questi 157, mediamente, spende circa la metà delle proprie ore settimanali in tale ambito lavorativo.

Le attività di prevenzione e sostegno

In tutte le Ulss i servizi consultoriali hanno svolto nel 2008 attività di prevenzione e sostegno, promuovendo complessivamente 18.285 incontri con la popolazione su temi relativi alla salute psicofisica della persona singola, dell'adolescente, delle coppia e della famiglia, coinvolgendo circa 103.000 partecipanti.
Quasi la metà delle persone coinvolte lo è stato nell'area dell'educazione socio-affettiva e sessuale, mentre un altro terzo ha partecipato ai percorsi nascita e ai percorsi 0-3 anni.

Le prestazioni

Le prestazioni complessivamente erogate nel 2008 sono 785.128, delle quali oltre il 60% nell'area ostetrico-ginecologica, il 19,9% nell'area psico-sociale a mandato istituzionale, il 19,2% sempre nell'area psico-sociale ma senza mandato. Appena lo 0,6% sono invece pareri e relazioni richieste dalle Autorità giudiziarie.
Rapportando il numero di prestazioni alla popolazione residente in Veneto al 01/01/08 risulta che ogni 1.000 abitanti vi sono 162 prestazioni. Considerando invece il numero medio di prestazioni per utente[1] che si è rivolto ai consultori, il valor regionale si assesta intorno a 6,1.
La maggior parte delle prestazioni a carattere sanitario afferiscono all'area della procreazione (45,6%) e della contraccezione (28,7%). Di pari passo, è il ginecologo la figura professionale che espleta il maggior numero di prestazioni (312.010 pari al 65,9%), seguito dall'ostetrica che copre poco meno di un terzo del totale delle prestazioni sanitarie erogate.
L'area ostetrico-ginecologica che richiede il maggior numero di prestazioni per utente è quella della procreazione, con quasi 8 attività per persona erogate nel corso dell'anno; seguono l'area della contraccezione e della menopausa, rispettivamente 3,8 e 3,5 prestazioni per utente.
Nel corso degli anni il fatto che abbiano acquistato sempre più peso le prestazioni afferenti all'area della procreazione e dell'IVG, evidenzia come la coppia genitoriale trovi nel Consultorio Familiare sia uno spazio psico-sociale accogliente che l'accompagna e l'assiste dal periodo preconcezionale al dopo parto, sia un servizio sul territorio con un'attenzione alla domanda diretta della popolazione.
A partire dal 2007 la rilevazione regionale dispone di un approfondimento particolare per l'area delle IVG, a cui afferiscono nel 2008 15.995 prestazioni (nel 2007 erano 15.493).
Il 41,6% delle 3.679 donne che hanno richiesto il rilascio delle certificazione per IVG sono di cittadinanza italiana, il 48,3% sono straniere regolari e le restanti 10,1% sono straniere irregolari.
La quasi totalità degli interventi (99,4%) è avvenuta entro i primi 90 giorni di gestazione.
Se si confronta il rapporto tra le donne che hanno richiesto la certificazione, italiane e straniere regolari, con la popolazione tra i 15-49 anni di donne residenti nel Veneto al 01/01/08, emergono notevoli differenze a seconda della cittadinanza. In particolare le straniere presentano un rapporto quasi nove volte superiore rispetto a quello delle italiane (rispettivamente 13,3‰ e 1,5‰).
La maggior parte delle donne ha un'età compresa tra i 26 e i 35 anni, con un'età mediamente più giovane per quanto riguarda le straniere (in particolare per le irregolari).
Per quanto riguarda il titolo di studio, è la licenza media quello più diffuso (38,3%), seguito dalla licenza superiore (29%).
Considerando poi lo stato civile, la categoria maggiormente rappresentata è quella delle donne sposate (oltre un terzo del totale) che distacca di ben 6,5 punti percentuali quella delle nubili.
Rispetto alla cittadinanza vi è una notevole variabilità tra le diverse classi, in particolare per le straniere regolari la quota di coniugate sfiora la soglia del 50%, a scapito dei casi mancanti (12%). Il fatto che quest'ultima categoria rappresenti per le italiane il 17,3% dei casi potrebbe indurre a pensare che le donne italiane che effettuano interventi di IVG siano più restie a dichiarare il proprio stato civile, essendo questo un elemento indiretto sulla base del quale sentirsi giudicate.

[1] Tale valore non è disponibile per l'Ulss 22 in quanto manca completamente il dato relativo all'utenza del consultorio

A fronte del contingente di 3.679 donne che hanno richiesto la certificazione, sono stati rilasciati 3.481 certificati.

Nel 2008 le prestazioni a carattere psicologico-sociale hanno subito un ulteriore e marcato aumento rispetto all'anno precedente, raggiungendo la quota di 311.917; il 51,7% appartengono all'area delle prestazioni a mandato istituzionale, comprese anche le relazioni alle autorità giudiziarie, la maggior parte concentrate sulle problematiche minorili (oltre il 55%) e sull'affido.
Nelle prestazioni senza mandato istituzionale prevale invece l'area delle difficoltà relazionali della famiglia (29,7%) e dell'individuo (23,3%).
In media i casi dell'area psico-sociale richiedono un trattamento più intenso rispetto all'area sanitaria, in particolare nel caso in cui vi sia un mandato istituzionale, come nel caso delle problematiche minorili e della disponibilità all'affido e agli affidi etero familiari (rispettivamente 28,2 e 20,2 prestazioni per utente).

Come si evince dai dati perciò, ai Consultori Familiari è stato chiesto un sempre maggiore impegno orientato a comprendere e sostenere le famiglie rispetto a problemi emergenti nuovi sia nella loro complessità che varietà: la aumentata richiesta di maternità sia biologica che sociale (adozione, affido), la richiesta di IVG da parte di donne straniere di recente immigrazione e quindi portatrici di culture e valori diversi, i sempre maggiori problemi di tutela minorile in relazione a condizioni di trascuratezza, maltrattamento, abuso implicando un'implementazione dell'impegno professionale di psicologi ed assistenti sociali a discapito di altre attività ugualmente importanti quali la prevenzione e la promozione, le difficoltà delle coppie in difficoltà o separate e delle famiglie monogenitoriali con un'esplosione di richieste di aiuto e di supporto alla genitorialità.

In particolare, la Legge 476/98, che ratifica la Convezione Internazionale dell'Aja del 1993, sulla protezione dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, ha fatto espandere l'attività dei consultori in materia di adozione e affidi preadottivi. La DGR n.712 del 23/03/01, che ha dato attuazione della suddetta Legge nazionale, in virtù della LR 28/77 che assegna la competenza in materia di adozione e affidamenti preadottivi ai Consultori Familiari pubblici, ha individuato, presso tali servizi, 26 equipes nell'ambito dei 21 territori Ulss delle Regione Veneto, "…che dedichino parte del loro orario settimanale di lavoro consultoriale esclusivamente all'adozione nazionale ed internazionale. L'Equipe Adozioni Consultori Familiari sarà costituita da un minimo di numero 2 assistenti sociali e numero 2 psicologi. L'individuazione delle 26 Equipes viene determinata tenendo conto del numero di equipes consultoriali, del numero di domande di adozioni presentate dalle coppie al Tribunale per i Minorenni di Venezia e del numero di famiglie residenti nel territorio delle singole UU.LL.SS.SS. …".
Il successivo Protocollo operativo, approvato con DGR n.1971 del 27/07/01, ha definito i ruoli, le competenze e le modalità di collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nel percorso adottivo, tra cui le equipes adozioni. In particolare esse hanno il compito di:

- informare e sensibilizzare le coppie sull'adozione nazionale e internazionale, sulle relative procedure e sulla preparazione degli aspiranti all'adozione
  - *nel corso del 2008 sono stati organizzati 85 corsi di informazione e sensibilizzazione, a cui hanno partecipato 596 coppie*
- su mandato del Tribunale per i Minorenni svolge l'indagine psico-sociale sugli aspiranti genitori adottivi, per la quale si prevede anche la collaborazione degli esperti dei servizi sanitari
  - *846 sono stati gli studi di coppia realizzati e inviati al Tribunale da parte delle equipes adozioni nel 2008*
- su mandato del Tribunale per i Minorenni segue per un anno e relaziona trimestralmente gli affidi preadottivi e ha il compito di vigilare sugli inserimenti
  - *nel 2008 sono arrivati 353 bambini (79 italiani e 274 stranieri, con un'età media pari a 4 anni e 5 mesi) e 777 sono stati quelli seguiti in post-adozione e in vigilanza.*

L'equipe adozione svolge inoltre funzioni di sostegno anche per le coppie ed i minori per i quali è stato ratificato il decreto di adozione avvenuto all'estero, che hanno scelto di farsi seguire direttamente dall'Ente Autorizzato, per una loro "corretta integrazione familiare e sociale".

Gli Utenti

Nel 2008 sono stati circa 127.000 gli utenti che si sono rivolti ai Consultori Familiari pubblici. Degli utenti considerati ben il 75% sono donne che vi si rivolgono singolarmente, contro appena un 4% di uomini; se però la percentuale maschile dal 2000 al 2008 è rimasta pressoché inalterata, diversa cosa accade per quella femminile che decresce di ben 11 punti percentuali. Di conseguenza la categoria che rileva un significativo aumento delle proprie unità è quella dei nuclei familiari, che passa dal 5% del 2000 ad oltre il 12% del 2008.
Il tasso di ricambio dell'utenza è mediamente del 38,3%, ovvero ogni 100 utenti 38 sono nuovi; la tipologia dei nuclei familiari registra un tasso di ricambio inferiore e pari al 35,9%. Ciò potrebbe essere correlato con

la presa in carico da parte dei Consultori Familiari di famiglie multiproblematiche che per la complessità dei bisogni richiedono interventi più a lungo termine.
In accordo con il fenomeno migratorio che ha caratterizzato il Veneto negli ultimi anni, la presenza degli stranieri è decisamente aumentata anche tra gli utenti dei servizi consultoriali pubblici; se infatti nel 2000 la quota di stranieri non superava il 7% del totale dell'utenza, nel 2008 essa rappresenta quasi il 19%.
La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella tra i 25 e i 44 anni, anche se si osserva un certo ricorso ai servizi consultoriali anche da parte delle ultrasessantenni e delle giovani.
L'analisi dell'utenza sottolinea ancora una volta la forte valenza locale dei Consultori, infatti circa l'88% degli utenti proviene dal comuni della medesima Ulss in cui è collocato il servizio.

I Consultori Familiari Privati Riconosciuti

Nel 2008 sono 27 i Consultori Familiari Privati Riconosciuti e attivi sul territorio del Veneto.
Come i pubblici, tali servizi assicurano la gratuità delle prestazioni alle persone e alle famiglie.
Le attività svolte dai Consultori Privati sono prevalentemente di carattere formativo ed educativo e riguardano soprattutto l'ambito psicologico e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia, rispondendo in modo esplicito alla funzione educativa e preventiva prevista dalle leggi istitutive. Il Consultorio Familiare Privato si affianca a quello pubblico quindi, strutturandosi nel tempo come l'unico servizio rivolto alle famiglie per accompagnarle nelle tappe di crescita evolutiva e per sostenerle nei momenti di particolare criticità, anche con strumenti di mediazione familiare.
La maggior parte dei Consultori Familiari Privati in Veneto ha collaborazioni formalizzate con enti e associazioni del territorio di pertinenza, in particolare con i Comuni, le Ulss, e il mondo della scuola.
Nel 2008 l'orario di apertura è leggermente inferiore rispetto a quello offerto dal servizio pubblico, si assesta infatti intorno a 27 ore settimanali, suddivise in 5 giorni di apertura, di cui 4 anche al pomeriggio.
Il personale ammonta a 434 unità, quasi un terzo dei quali sono psicologi, che lavorano mediamente per 6 ore la settimana e sono per la maggior parte volontari (solamente il 10% risulta essere dipendente). Le altre due categorie professionali più cospicue sono gli amministrativi e i consulenti familiari.
Nel corso del 2008 i Consultori Familiari Privati Riconosciuti hanno organizzato 2.163 incontri di promozione/informazione e formazione/sostegno, a cui hanno partecipato 13.766 persone, particolarmente interessate all'ambito dell'educazione socio-affettiva e della sessualità e alla tematica della genitorialità.
Le prestazioni erogate si suddividono in sanitarie (5.290 prestazioni per 4.326 casi) e psico-sociali (16.775 per 3.881 casi), senza mandato istituzionale.
Il numero totale di utenti raggiunge le 8.314 unità, con una netta prevalenza di persone che si rivolgono singolarmente al servizio consultoriale (il 77,6%, la quasi totalità sono donne), seguiti dalle coppie (15,8%) e dai nuclei familiari (6,6%).
Per quanto riguarda la cittadinanza, nemmeno il 7% degli utenti risulta essere straniero; aspetto questo che diversifica notevolmente il consultorio privato da quello pubblico.

Linee Guida per il servizio di Consultorio Familiare: modello strutturale, organizzativo ed operativo.

La Collocazione del servizio di Consultorio Familiare all'interno dell'AULSS

Il Consultorio Familiare è un servizio che si colloca a livello territoriale nel Distretto Socio-sanitario nell'unità organizzativa per l'area omogenea materno-infantile, età evolutiva, e famiglia (Unità Operativa Complessa) chiamata a garantire in modo integrato i LEA (DGR n.3242 del 2001).
Tale collocazione è strettamente correlata alla necessità di rispondere ai bisogni sempre più complessi della famiglia attraverso un servizio relazionale che richiede un costante raccordo ed integrazione con i M.M.G, i P.L.S., i Servizi di Età Evolutiva e/o di N.P.I, con l'Ente Locale, con la Scuola, con le Autorità Giudiziarie, con la comunità in genere.
In risposta alla complessità della domanda della famiglia (sostegno alla genitorialità e neogenitorialità anche sociale, conflittualità di coppia, mediazione familiare, protezione e cura dei minori, problematiche adolescenziali, tematiche relative alla sfera ostetrico-ginecologica…) i Consultori Familiari sono andati nel tempo sempre più specializzandosi verso la creazione di gruppi di lavoro specifici (equipes adozioni, mediazione familiare, affido, spazio neutro, spazio adolescenti/giovani, servizio per la protezione e cura del minore).
La specializzazione di tali gruppi di lavoro se da una parte ha portato a garantire interventi altamente qualificati, dall'altra ha determinato in alcuni territori uno scollegamento all'interno dell'unità operativa del Consultorio Familiare, dando vita a gruppi di lavoro strutturati se non addirittura a unità operative semplici.
Il Consultorio Familiare è unità operativa (semplice o complessa) del Distretto Socio-Sanitario, al cui interno le specializzazioni professionali vanno mantenute poiché garantiscono molteplicità di risposte ma va garantita anche l'unitarietà di pensiero, di progettazione e d'intervento.
Nello specifico, tale processo di scollamento è avvenuto, in modo prevalente, per le équipe adozioni e i servizi di tutela minorile.
Nel caso delle equipes adozioni, tale fenomeno è risultato maggiormente importante anche in seguito al fatto che i referenti provinciali hanno assunto delle funzioni aggiuntive rispetto a quanto disposto dalla DGR 712/01, che recita "funzioni di raccordo tra le iniziative attuate dalla singole Ulss della stessa provincia, di calendarizzazione dei corsi di informazione e sensibilizzazione e di collegamento con la Regione del Veneto, il Tribunale per i Minorenni e gli Enti autorizzati".
Per quanto riguarda il gruppo di lavoro che si occupa di tutela minori, si evidenzia come abbia assunto in alcuni casi la connotazione di servizio autonomo per la protezione e cura dei minori, in altri, pur rimanendo ben all'interno del Consultorio Familiare ha convogliato la maggior parte dell'attività degli operatori, in termini di carico di lavoro.
Rispetto a quanto sopra si sottolinea la necessità che la tutela minori abbia di riferimento un gruppo di lavoro con risorse professionali adeguate e dedicate, che sia fortemente integrato nell'articolazione dell'unità operativa Consultorio Familiare, rispettando quanto stabilito dall'art.2 comma 5 della LR 28/77, "… il Consultorio Familiare opera: … collaborando con gli organi giudiziari nell'espletamento delle loro funzioni nei riguardi della famiglia e della problematica minorile, con particolare riferimento agli affidamenti preadottivi, all'adozione e ai servizi integrativi e sostitutivi della famiglia" e quanto determinato dalla DGR 3972/02, All. n. 1 (LEA) *"interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazioni di disagio, di disadattamento e di devianza: prestazioni medico-specialistiche, psico-terapeutiche e di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie; indagini e verifiche socio familiari sulle famiglie e azioni di sostegno alle famiglie – protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita: indagine psicodiagnostica della famiglia; indagine sociale sulla famiglia, prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale dei minori"*.
L'unità operativa Consultorio Familiare deve essere coordinata da un responsabile che deve essere il garante della capacità del servizio di essere sempre di più servizio relazionale. A tal fine deve attuare una valutazione dell'efficacia degli interventi, verificati attraverso indicatori specifici, valutazione che rappresenta la base per l'aggiornamento culturale e professionale degli operatori e per la riqualificazione operativa.
Il Consultorio Familiare è un'unità operativa inserita nell'ambito più ampio dell' Area Materno Infantile o Area Infanzia Adolescenza Famiglia o Area di Promozione Familiare, che risponde in maniera diversificata, specialistica ed integrata ai bisogni espressi dalla famiglia nella sua interezza, garantendo la continuità assistenziale nelle varie fasi del ciclo di vita, sia in termini di promozione che di protezione del benessere.

Il Bacino d'utenza

La popolazione afferente al Consultorio Familiare è fissata intorno ai *40.000/50.000* abitanti. Particolari situazioni del territorio consentono un bacino d'utenza maggiore o minore.

La Tipologia dell'utenza

Il servizio può essere utilizzato, per le funzioni previste, dalle famiglie, dalle coppie, dalle singole persone, da gruppi, da servizi pubblici o privati, da Istituzioni.

L'Unità Operativa Consultorio Familiare: standard organizzativi

Attualmente sono molti gli operatori che lavorano presso l'unità operativa Consultorio Familiare con rapporti di collaborazione a tempo determinato o a progetto, a discapito di una continuità professionale.
Occorre dotare il Consultorio Familiare di un team di professionisti con rapporto di lavoro stabile, che garantisca la continuità dell'attività e che permetta un costante investimento formativo e di aggiornamento sulle problematiche ad esso inerenti. Un team di professionisti in numero sufficiente e congruo alle reali esigenze del territorio che possa lavorare in equipe e che possa rispondere alle aumentate richieste dell'utenza e ai numerosi compiti che nel tempo gli sono stati assegnati.
La dotazione organica prevista per ciascun Consultorio Familiare per compiti del servizio, è così composta:

Figura professionale	**N° operatori equivalenti**
Ginecologo	1
Psicologo	1,5
Assistente Sociale	1,5
Ostetrica/altro personale sanitario	1,25
Laureato in Scienze dell'educazione/educatore	0,50
Amministrativo	0,30
Altre figure professionali	0,30

Il gruppo di lavoro deve, quindi, essere composto da uno psicologo, un medico specialista in ginecologia, un'assistente sociale, un'ostetrica o un infermiere professionale o un'assistente sanitaria, un eventuale educatore professionale/esperto in scienze dell'educazione che più che prendere in carico situazioni specifiche, funzioni da facilitatore della rete, da osservatore nello spazio neutro, da attivatore dei processi nello spazio adolescenti/giovani, e da accompagnatore nei percorsi post-nascita. Il gruppo può essere integrato da un consulente legale, da esperti di eventuali altre discipline, tra cui il mediatore culturale/linguistico e il mediatore familiare. Inoltre è necessaria la presenza di una funzione amministrativa che, oltre a supportare l'attività amministrativa del Consultorio Familiare, rappresenti anche un punto di accoglienza delle richieste. Qualora l'Az. ULSS abbia avuto delega ex art.23, DPR 616/77 da parte dei comuni il personale preposto alla Tutela minori sarà in aggiunta alla dotazione di riferimento.
Ogni sede deve essere di facile accesso per la comunità, e deve garantire la presenza di tutte le figure professionali previste per legge (assistente sociale, psicologo, ginecologo, ostetrica o personale sanitario) e un numero di ore settimanali di apertura non inferiore a 15.
Essendo la collegialità e l'interdisciplinarietà del lavoro d'equipe del Consultorio Familiare elementi che lo distinguono da un ambulatorio specialistico, è necessario prevedere un tempo di copresenza di almeno 8 ore settimanali dei diversi professionisti per le attività di programmazione, organizzazione e verifica degli interventi erogati.
La formazione congiunta e l'aggiornamento continuo degli operatori garantisce un elevato livello di qualità delle risposte.

L'Orario

L'orario di apertura e di chiusura del servizio deve garantirne la fruizione da parte della popolazione e quindi dipendere dalle caratteristiche della località con particolare riferimento alla tipologia degli insediamenti residenziali e produttivi e ad altre specifiche esigenze sociali. Necessario pertanto, per un servizio che vuole collocarsi come servizio relazionale, determinare una flessibilità di orario che tenga conto e abbia molta attenzione verso le famiglie che faticosamente e quotidianamente devono conciliare i propri tempi legati alla funzione di cura familiare e dell'attività lavorativa con quelli dei servizi. (L. 53 dell'8/03/00).

Le Funzioni e le prestazioni

Le funzioni istituzionalmente svolte dai Consultori Familiari si collocano all'interno di due macro aree:

- Prevenzione e promozione
- Sostegno e cura

Per quanto riguarda l'area della prevenzione e promozione il servizio di Consultorio Familiare, nell'ambito delle proprie competenze e specificità (DGRV 389/05), concorre ad attuare, i programmi di educazione alla salute promossi dall'Azienda ULSS, anche facendosi portatore di proposte ed iniziative, in stretta collaborazione con le strutture delle Aziende ULSS preposte (in particolare il Servizio di educazione alla salute del Dipartimento di Prevenzione).
A tal fine realizza anche attraverso l'offerta attiva, cicli/corsi rivolti a segmenti di popolazione/popolazione, conduzione di gruppi in ambiti specifici:
educazione socio-affettiva e sessuale, contraccezione, prevenzione IVG, percorso nascita, percorso 0-3 anni, tematiche relative alla coppia, alla genitorialità biologica e sociale, alla cura dei figli, tematiche adolescenziali, legate alla menopausa ecc… .. .
Per quanto riguarda l'area del sostegno e della cura va sottolineato che gli interventi ad essa afferenti rispondono alla domanda di supporto e/o presa in carico della famiglia espressa da uno o più dei suoi membri.
E' soprattutto in tale ambito che si evidenzia l'aspetto relazionale dell'intervento consultoriale in quanto anche la singola prestazione:

- viene offerta collocando la domanda nel contesto relazionale dell'utente attraverso l'impiego di uno spazio di tempo e di competenze che permette di rilevare gli elementi significativi sottesi alla richiesta di intervento (*es. contraccezione in adolescenza, gravidanza, IVG, ecc.)*;
- viene resa da professionisti abituati ad operare con colleghi di diverse professionalità secondo modalità interdisciplinari;
- può usufruire della rete di relazioni e percorsi già attivati fra il Consultorio Familiare, l'Ospedale, altri Servizi territoriali dell'Azienda, della Scuola, del Privato Sociale e degli Enti Locali.

In ogni caso quindi, anche a fronte di una domanda posta dal singolo individuo, l'osservazione è rivolta alla persona collocata nella sua rete di relazioni significative, elettivamente la famiglia, al fine di potere fornire risposte per quanto possibile appropriate e rispettose dell'interezza di ciascuno sul piano fisico, psichico e sociale, relazionale e culturale.
Nello specifico le prestazioni sanitarie (ambito prettamente medico-ginecologico, infermieristico, ostetrico, di assistenza sanitaria, di assistenza psicologica) di assistenza diretta comprendono colloqui e visite ostetrico-ginecologiche per:

- contraccezione
- problemi preconcezionali
- infertilità
- problematiche sessuali
- problematiche legate alla menopausa
- gravidanza e puerperio (preparazione nascita – post nascita)
- IVG

L'attività sanitaria ostetrico-ginecologica, per svolgersi secondo l'approccio relazionale, specifico degli ambiti d'intervento consultoriali, è indispensabile che non venga gravata da oneri riferentisi ad attività di competenza dell'ambulatorio ginecologico, come ad esempio lo screening citologico del collo dell'utero o la terapia di quadri patologici.
Le prestazioni psicologiche e sociali di assistenza diretta comprendono: consulenze, colloqui, visite domiciliari, psicoterapia, valutazione delle funzioni genitoriali, sostegno e mediazione familiare, nelle le seguenti aree:

- Problematiche adolescenziali
- Problematiche di coppia
- Problematiche genitoriali e sostegno alla genitorialità biologica e sociale
- Difficoltà relazionali del singolo
- Difficoltà affettive-relazionali
- Problematiche familiari
- Mediazione familiare e spazio neutro
- Consulenze legali, relative al diritto di famiglia

- Valutazione coppie disponibili per affido in accordo con i CASF (DGR 1855/06) e secondo quanto determinato dalle Linee Guida sull'affido (DGR 3791/08)
- Indagini psico-sociali nelle situazioni di rischio di pregiudizio ai sensi delle Linee Guida per i Servizi Sociali e Socio-Sanitari "la cura e la segnalazione" (DGR 569/08)
- Collaborazione con i servizi socio-sanitari che si occupano delle vittime di abuso/violenza/maltrattamento/sfruttamento sessuale

e, su mandato istituzionale (delega ex art.23, DPR 616/77):

- Valutazione delle capacità genitoriali biologiche e sociali
- Valutazione dell'affidamento dei figli in separazione e divorzio
- Accompagnamento della coppia affidataria in accordo con i CAF (DGR 1835/06) e secondo le Linee Guida sull'affido DGR 3791/08
- Presa in carico della coppia genitoriale o della famiglia
- Interventi per minori soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria compresi gli interventi di assistenza e accoglienza in comunità
- Accoglienza in comunità o affido familiare dei minori, a seguito di provvedimento penale o civile o amministrativo di uno dei genitori
- Accompagnamento della coppia in affido preadottivo e nel post-adozione (DGR 1835/06).Si specifica che solo una parte delle attività delle adozioni va declinata all'interno delle prestazioni su mandato istituzionale (Linee Guida DGR 2416/08), mentre tutto il resto rientra nelle attività psicologiche e sociali senza mandato istituzionale.

Per quanto riguarda gli interventi dei Consultori Familiari, su mandato istituzionale (per altro previsti dai LEA) si sottolinea che la specificità del lavoro dell'èquipe consultoriale è proprio il lavoro sulla relazione.
La richiesta da parte delle autorità giudiziarie necessita di una risposta sollecita, coerente, concordata ma anche autonoma, da parte del servizio consultoriale, il cui compito è quello di costruire un Piano Terapeutico sulla base della lettura e della comprensione dei problemi presentati ed un Progetto Quadro che coinvolga tutti gli attori interessati. Lo scopo infatti non è solo quello di individuare le mancanze in ordine alle funzioni genitoriali, i disturbi (come avviene per le CTU), o fare una fotografia della situazione, quanto piuttosto di aiutare i genitori a far emergere le "parti sane", per trasformarle in risorse fruibili a favore dei figli.

I Consultori Familiari Privati Riconosciuti

I Consultori Familiari Privati Riconosciuti, in un'ottica di sussidiarietà, fanno parte integrate dell'offerta distrettuale dei servizi alla famiglia. Per questo le presenti Linee Guida sono da ritenersi indirizzate anche a loro, pur riconoscendone peculiarità e specificità. Con essi, le varie ULSS possono attuare propri programmi e muovere sinergie utilizzando anche convenzioni su progetti specifici

L' Integrazione con gli altri servizi del territorio e ospedalieri

Il concetto di intervento di prevenzione, di diagnosi, di terapia e di riabilitazione, conformemente a quanto previsto dalle Linee Guida nazionali e regionali, si riferisce alla persona intesa nella sua globalità, e dunque, nelle sue componenti fisiche, psichiche, sociali, relazionali e culturali.
Il rispetto e la considerazione dell'interezza e della globalità che, tradotto nel linguaggio operativo, si sostanzia nella collaborazione volta ad assicurare alle persone e alle famiglie un percorso di accompagnamento, di sostegno, di presa in carico, lungo tutto l'arco delle fasi evolutive tra i generi e le generazioni, sono premesse fondamentali per garantire l'integrazione tra interventi socio-sanitari e socio-assistenziali, come pure le cooperazioni tra servizi della stessa area e la programmazione integrata di interventi.
Il percorso preventivo, il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono necessariamente il frutto di una valutazione globale e multiprofessionale: la competenza specialistica non è quindi espressa da un singolo professionista, ma dal lavoro di professionalità stabili e specificamente formate, che devono operare con modalità che garantiscono continuità tra uno specifico spazio territoriale distrettuale e uno specifico spazio ospedaliero, entrambi necessari per assicurare una efficace prevenzione, appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura possibili e verifica degli esiti nel corso del tempo.
Per attuare un intervento efficace in termini relazionali è necessaria perciò un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni della persona e delle famiglie lungo tutto l'arco delle fasi evolutive, e che contempli:

a) necessità di un intervento complessivo che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute;
b) necessità di considerare la stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale, che attivi un intervento (possa essere questo promozionale e/o riparatorio) allargato alla famiglia e alla comunità;
c) necessità di tener conto della reciproca interazione delle varie aree di sviluppo delle persone e delle famiglie: fisica, intellettiva, cognitiva, affettiva, sociale, relazionale e culturale;
d) necessità di specifica attenzione (utilizzo di strumenti e metodi idonei) alle diverse fasce d'età (prima e seconda infanzia, …), considerando l'adolescenza come un punto d'arrivo di un continuum evolutivo di sviluppo e di partenza verso una nuova evoluzione personale;
e) necessità di specifica attenzione alle diverse fasi della vita della coppia e della famiglia;
f) necessità di considerare, infine, la consistente presenza di persone e famiglie straniere che esprimono bisogni nuovi nell'ambito di una comunità ormai multietnica.

Considerata la complessità e la criticità dei compiti che richiedono una competenza specialistica, un elevato livello di integrazione con altre strutture, un'articolazione di servizi che preveda competenze distrettuali di base, sovradistrettuali e regionali, il modello organizzativo deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità delle prestazioni con il decentramento distrettuale, la forte integrazione sociosanitaria e la razionalizzazione della risposta specialistica ospedaliera.
Deve, inoltre, trovare integrazione con quelle attività di altri servizi pubblici e del privato sociale contigue e che a volte rischiano di confondersi nello spazio distrettuale, quali ad esempio, la ginecologia ambulatoriale, i servizi di età evolutiva /neuropsichiatria infantile, i centri per le famiglie, i centri aiuto alla vita, i servizi/centri di salute mentale, i centri provinciali/interprovinciali di protezione e cura dei minori vittime di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale e dei loro familiari, i sert / ser.d , il sil, i servizi per la disabilità, le comunità educative o terapeutico riabilitative, l'educativa territoriale, l'operativa di comunità, i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. Tutto ciò al fine di costruire sinergie, migliore possibilità di offerta, scelte prioritarie, progetti di eccellenza, percorsi terapeutici consoni, coerenti e in continuità assistenziale, anche con la possibilità di sperimentazione di nuove progettualità, costruzione di protocolli d'intesa, procedure.
Anche per quanto riguarda l'integrazione con i servizi ospedalieri (già richiesto per l'IVG con DGR n. 3914 del 9 dicembre 2008) si chiede che possa essere sostanziata attraverso la stesura di protocolli operativi ed intese che permettano la realizzazione di concrete azioni in una continuità assistenziale necessaria al fine della presa in carico globale della coppia, della donna e del bambino promuovendo la maternità e la genitorialità e creando anche all'interno dell'ospedale quel clima e quei raccordi che sono necessari ai fini di una sempre migliore risposta alla donna e alla coppia che si ritrova ad aspettare un figlio a volte anche non previsto.
Imprescindibili sono i percorsi di reciproca e specifica conoscenza tra i diversi servizi, territoriali ed ospedalieri, attraverso la formazione e la supervisione comuni su tematiche specifiche, la definizione e sperimentazione di procedure condivise.
Rispetto a quest'ultimo punto, l'utilizzo della valutazione interprofessionale e multidimensionale sta divenendo progressivamente una modalità di lavoro sempre più appropriata, non soltanto per una puntuale individuazione dei bisogni e delle problematiche delle famiglie, ma per una reale integrazione degli interventi ed un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse.
Si vuole così progressivamente modificare il modello di presa in carico centrato sul servizio, secondo lo schema che prevede l'erogazione di una prestazione in relazione ad una domanda-bisogno dell'utente, verso un modello centrato sulla persona e sulla reciprocità persona/servizio, che comporta l'ascolto, la lettura e l'individuazione del problema veicolato dalla domanda, nella sua complessità e specificità, con la conseguente elaborazione di progetti di presa in carico individuali e personalizzati a partire dalle relazioni della persona.
Nel lungo e complesso percorso di ridefinizione e chiarimento della metodologia di lavoro, ogni figura professionale deve rivedere e riorientare la propria attività in relazione agli ambiti più sopra definiti.
Un ulteriore momento qualificante del lavoro in questi ultimi anni è divenuta l'Unità Valutativa Distrettuale Multidimensionale, DGR 3242/01, che si sta sempre più configurando come un veicolo importante di reciproca conoscenza e condivisione della metodologia di lavoro con altri Servizi distrettuali e dipartimentali, come momento decisionale rispetto a problematiche complesse.
Si ravvisa la necessità di sostenere e rinforzare l'uso di questo strumento che contribuisce in modo sostanziale e operativo alla condivisione di una cultura sulla persona, anche mediante la valorizzazione del Progetto Quadro quale insieme coordinato ed integrato degli interventi sociali, sanitari ed educativi finalizzati a promuovere il benessere del bambino o del ragazzo e a rimuovere la situazione di rischio o di pregiudizio in cui questi si trova.
Occorre un modello di intervento che sostenga senza patologizzare, che faccia riferimento al paradigma dello scambio, della reciprocità, della rete, dell'empowerment, che riconosca il valore del mutuo-aiuto anche tra servizi, attraverso cui si sostiene la normalità, e non solo le particolari situazioni di crisi, di disagio e/o di

patologia, giungendo a costruire un continuum di interventi che sappia integrare diversi modelli tra loro: dal sociale al socio-sanitario, al sanitario, all'educativo, ecc. in grado di sollecitare una diversa cultura della persona e delle sue relazioni.
E' un nuovo modello di welfare (dal welfare state al welfare community) che implica un lavoro da farsi con le persone e con le loro famiglie, a partire dalle loro risorse e competenze, in una logica promozionale ancora prima che riparativa (senza però negare la necessità anche di quest'ultima), una logica, cioè, che metta in secondo piano l'intervenire secondo una prospettiva discendente e privilegi una prospettiva ascendente, che aiuti le persone a porsi come attori, protagonisti dell'intervento se hanno delle risorse, non utenti, destinatari passivi di esso.