



Osservatorio Epidemiologico Regionale



in copertina:

Pablo Picasso
The Bathers
Biarritz, summer 1918.
Olio su tela 27 x 22 cm.
Musée Picasso, Paris

da:
"PICASSO 1917-1921
From the ballets to drama"
di Josep Palau i Fabre
Edizioni KÖNEMANN

I Consulenti familiari nella regione Marche



I consultori familiari nella regione Marche

Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze

in collaborazione con

l'Istituto Superiore di Sanità

Prefazione

La regione Marche, a distanza di 32 anni dalla emanazione della legge 405/75 che, recependo le istanze della società civile, ha istituito i Consulori Familiari, ha inteso fare una ricognizione di tali servizi.

Dal 1975 sono state emanate varie direttive, nazionali e regionali, che hanno sottolineato l'importanza dei Consulori Familiari nelle strategie di prevenzione e di promozione della salute della donna e dell'età evolutiva.

L'integrazione socio-sanitaria, la partecipazione e la valorizzazione delle capacità del singolo e della comunità, così come suggerito nella Carta di Ottawa, sono le pratiche più efficaci per rispondere ai bisogni dei cittadini ed in particolare di quelli più svantaggiati ed i Consulori Familiari si configurano come servizi specificamente orientati a tali pratiche.

La salute della donna, dei bambini e degli adolescenti è alla base di una società sana e, pertanto, costituiscono una priorità per il servizio sanitario marchigiano, come indicato nelle direttrici del PSR 2007-2009.

In questa fase in cui la regione Marche è particolarmente impegnata nella riorganizzazione dei servizi, l'aggiornamento della mappatura dei Consulori Familiari rappresenta una prima tappa da cui trarre suggerimenti per la pianificazione e la programmazione dell'assistenza socio-sanitaria nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva, ponendo la persona al centro del sistema a partire dal punto di vista di genere.

Marco Amagliani
Assessore alle Politiche Sociali

Almerino Mezzolani
Assessore alla Tutela
della Salute

Presentazione

I Consultori Familiari, servizi socio-sanitari integrati di base con competenze multidisciplinari sono strategici per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva.

Le pratiche di promozione della salute basate sulla partecipazione e sulla valorizzazione delle capacità del singolo e della comunità, focalizzano l'attenzione sul raggiungimento dell'equità e puntano a ridurre le differenze nello stato di salute ed assicurare pari opportunità e risorse.

Raggiungere i gruppi più vulnerabili che sono quelli più a rischio, come le persone meno istruite, quelle di livello socioeconomico più basso, la popolazione immigrata è un obiettivo di numerosi Piani di Azione Europei, dei Piani Sanitari Nazionali, del Piano di Azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini del Ministero della salute (8 marzo 2007).

Per conseguire tale obiettivo è necessario un cambiamento culturale forte in grado di spostare l'asse verso l'integrazione degli interventi sanitari con quelli sociali, economici, ambientali e verso l'attenzione al contrasto delle disuguaglianze.

Proprio in tale ottica, il Piano Sanitario Regionale 2007-2009 prevede che i Consultori Familiari, in coerenza con lo spirito originale della loro istituzione, siano luoghi che facilitino l'integrazione.

Il presente report, che costituisce un aggiornamento dello stato attuale dei Consultori Familiari, evidenzia che è indispensabile avviare una serie di interventi di riqualificazione per conseguire una offerta appropriata ed omogenea su tutto il territorio regionale a partire da un adeguamento della distribuzione di tali servizi sul territorio e dalla ricostituzione delle équipes consultoriali.

Patrizia Carletti
Osservatorio
Regionale Sanitaria
Epidemiologico Diseguaglianze/ARS

Maurizio Belligoni
Direttore Agenzia

A cura di:

Patrizia Carletti*, Alessandra Giustozzi**, Cristina Mancini **, Maria Soledad Ferreiro*, Francesca Polverini*

Si ringraziano per la preziosa collaborazione:

Stefania Vichi*, Dzenana Hazurovic*, David Barchiesi*, Lucilla Dubbini***

* Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

** Servizio salute, Assessorato alla Tutela della Salute, regione Marche

*** Ginecologa

Hanno collaborato alla raccolta dati i Responsabili dei Distretti Sanitari della regione Marche:

Lorena Mombello , Lucia Fratesi , Romeo Magnoni , Pierpaolo Narduzzi , Giovanni Guidi, Mario Alberto Racchini, Gilberto Gentili, Giordano Grilli, Giuseppina Masotti, Carmen Pedretti, Bona Finocchi, Enrico Boaro, Mauro Verniani, Maria Elena Cingolani, Donella Pezzola, Alessandro Ranciaro, Giacomo Piscini, Vincenzo Rea, Licio, Livini, Giovanna Picciotti, Tonino D'Angelo, Teresa Nespeca.

Copia della presente pubblicazione può essere richiesta all'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze: diseguaglianze@regione.marche.it

INDICE

1. Introduzione	pag.	1
2. Obiettivo dell'indagine	pag.	1
3. Metodi	pag.	1
4. Risultati ed analisi	pag.	1
4.1 Sedi consultoriali	pag.	1
4.2 Figure professionali.....	pag.	1
4.3 Accessibilità	pag.	1
5. Sintesi	pag.	1
6. Conclusioni e suggerimenti	pag.	1
7. Bibliografia	pag.	1
8. Allegati	pag.	1

1. Introduzione

Per i sistemi sanitari la tutela della salute materno-infantile costituisce un impegno a valenza strategica per le conseguenze che gli interventi di promozione della salute e di cura in tale ambito, hanno sul benessere psico-fisico nell'intera popolazione attuale e futura.

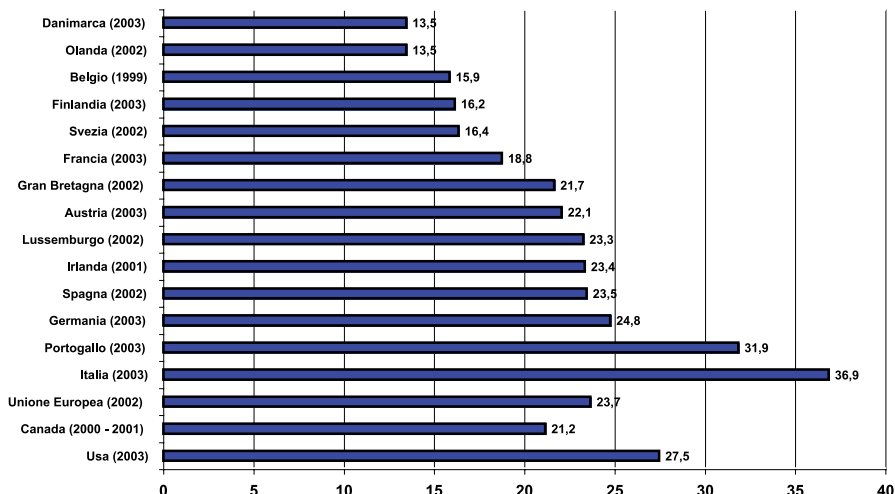
La mortalità materna, la mortalità neonatale, perinatale e la nati-mortalità rappresentano indici importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, il grado di civiltà raggiunto da un paese.

A questo proposito, infatti, si può rilevare come questi indicatori siano in relazione con le condizioni socio-economiche generali di un paese, (in Italia la mortalità perinatale ha incominciato a ridursi molto prima dell'avvento dei moderni interventi ostetrici parallelamente al miglioramento delle condizioni generali di vita, mentre permane molto elevata nei paesi poveri), e con le condizioni specifiche della singola donna, particolarmente il grado di istruzione, l'età, la classe sociale di appartenenza, l'essere italiana o straniera. Si sottolinea, infatti, che le donne immigrate, fortemente svantaggiate sul piano socio-economico, sono anche discriminate sul piano dell'accesso ai servizi sanitari (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) con gravi conseguenze sulla loro salute e su quella dei bambini

In Italia, in questi anni, si è assistito ad una crescente medicalizzazione della gravidanza e del parto, (la cui massima espressione è il parto con taglio cesareo), dipendente, in parte dalla "privatizzazione" dell'assistenza in questo ambito (8, 9, 10), (forte induttrice di inappropriatezza), in parte dallo smantellamento dell'attività consultoriale come attività autonoma deputata alla prevenzione e promozione della salute.

Il nostro è il paese con il più alto numero di parti con taglio cesareo dell'Unione Europea: nel 2003 la percentuale è pari al 36,9%, oltre il doppio della quota massima del 15% raccomandata nel 1985 dall'OMS, come illustrato nella figura seguente.

Percentuale di parti con taglio cesareo nei Paesi dell'Unione Europea, negli Stati Uniti e in Canada – 1999- 2003



Fonti: per l'Italia "Ministero della salute - Schede di dimissione ospedaliera 2003"; per i Paesi europei "European health for all database" dell'Organizzazione mondiale della sanità; per il Canada "Canadian Institute for health information"; Per gli USA "Department of health and human services"

La percentuale di parti con taglio cesareo passa dal 29,9% nel 1999-2000 al 35,2% nel 2004-2005, e, pur aumentando in modo generalizzato su tutto il territorio, raggiunge livelli particolarmente elevati nell'Italia meridionale (dal 34,8% al 45,4%) e insulare (dal 35,8% al 40,8%).

Nella regione Marche la media regionale del taglio cesareo al 2005 è del 34,6% con punte del 49% in alcuni punti nascita.

I consultori familiari (CF), istituiti con la legge 405/75¹, sono stati concepiti come servizi a "forte qualificazione sociale", di facile accesso, caratterizzati dal lavoro in équipe, multidisciplinarietà, non direttività, visione di genere, orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute.

Nel 1978 la legge 194 affida ai Consultori l'assistenza alla donna non solo nel caso in cui essa sia costretta all'interruzione volontaria della gravidanza, ma ne ribadisce il ruolo primario nella presa in carico complessiva durante la gravidanza e dopo il parto e nell'informazione relativa ai suoi diritti.

I Consultori sono stati realizzati sul territorio nazionale con tempi e modalità diversi, a seguito delle relative leggi regionali.

¹ Allegato 1, in appendice

L'originalità dei servizi consultoriali è sempre stata vista come patrimonio unico da non disperdere, tanto è vero che, a partire dalla fine degli anni ottanta, commissioni nazionali promosse dai Ministri della Sanità hanno prodotto linee di indirizzo per la riqualificazione ed il potenziamento dei CF, le ultime delle quali nel contesto del Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I. D.M. 24 aprile 2000), sono state parte integrante del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Il P.O.M.I. assegna un ruolo strategico centrale ai CF nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva ed indica in dettaglio modalità e campi operativi prioritari, con un esauriente corredo di indicatori di processo, di risultato e di esito².

"...La promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico devono essere assolti dal livello rappresentato dalla rete dei CF, l'attività di diagnosi e cura ambulatoriale dal livello, rappresentato dagli ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale. ...

Si vuole che l'offerta di interventi faccia parte di una ben definita strategia di prevenzione orientata da obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli (P.O.M.I., pag. 52)

... Il CF costituisce un importante strumento all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro in équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti.

L'esigenza di integrazione nel modello dipartimentale e soprattutto la messa in rete dei CF con gli altri servizi sanitarie e socio-assistenziali impone loro un adeguamento nel numero, nelle modalità organizzative e nell'organico, privilegiando l'offerta attiva di interventi di promozione della salute, ..., è necessario cioè attuare strategie preventive in cui siano chiaramente definiti gli obiettivi. ..., i sistemi e gli indicatori di valutazione (di processo e di esito), le modalità operative per il coinvolgimento della popolazione e per l'erogazione delle misure di prevenzione, la valutazione dei fattori di rischio della non rispondenza e dell'incidenza o prevalenza degli eventi o condizioni nella quota di popolazione non raggiunta. (P.O.M.I., pag. 55)

² Allegato 2, in appendice

...L'azione del consultorio deve essere orientata alle evidenze epidemiologiche della comunità in cui il consultorio opera...in particolare deve garantire percorsi di assistenza

agevoli e completi a chi si trova in condizioni di elevato rischio sociale e sanitario... (con particolare riferimento alle donne extracomunitarie e/o nomadi) (P.O.M.I., pagg. 56 e 60)

Deve essere salvaguardato il lavoro di equipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approcci preventivo....

...Per lo svolgimento delle sue funzioni il CF si avvale di norma delle seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, infermiere pediatrico, infermiere professionale e di altre figure consulenti quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo, il genetista (P.O.M.I., pag 56)."

I sopra citati riferimenti normativi sono stati presi in considerazione nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, n. 26 del 29 novembre 2001).

Acronimi

CF: Consultorio Familiare; **ZT:** Zona Territoriale (ex ASL); **P.O.M.I.:** Progetto Obiettivo Materno Infantile, D.M. del 24 aprile 2000; **TC:** Taglio Cesareo; **IVG:** Interruzione Volontaria di Gravidanza

Le deliberazioni nella regione Marche

Come sopra accennato, negli anni successivi al 1975, le regioni hanno emanato vari regolamenti per l'implementazione dei CF.

La regione Marche ha emanato le seguenti disposizioni normative:

L.R. n 11/1977

L.R. n. 37/1982

L.R. n. 2/1985

L.R. n.26/1996

Del. Amm. n. 202/1998³

Del. Amm. n. 384/1999

L.R. 20/2000 (relativa all'autorizzazione e accreditamento dei CF).

Con la Del. Amm. n. 202/1998 la regione Marche introduce il termine "servizio consultoriale" per indicare il complesso delle attività, degli operatori, delle strutture, delle attrezzature ed arredi per la tutela e per l'assistenza della famiglia in tutti i suoi componenti ed il termine "attività consultoriali" per indicare le iniziative, gli interventi, le prestazioni attinenti alle singole tematiche (tutela della salute della procreazione, della sessualità, delle relazioni di coppia e di famiglia, delle competenze di cura ed educazione delle nuove generazioni) a loro volta suddivise in attività di base e ad alta specializzazione (quest'ultima con utenza interdistrettuale), rinviando a successivi atti di Giunta la definizione delle attività consultoriali ad alta specializzazione, il numero degli specifici gruppi di lavoro in ogni ASL, nonché le figure professionali componenti tali gruppi, atti che tuttavia non sono stati emanati⁴

³ Allegato 3, in appedice

⁴ Il P.O.M.I. prevede che nella rete degli ambulatori ginecologici afferenti all'organizzazione dipartimentale aziendale, sia a livello distrettuale che a livello ospedaliero siano previsti i servizi di colposcopia e di ecografia disponibili alle segnalazioni provenienti dal CF.

Gli standard della regione Marche

Secondo la Del. Amm. n. 202/1998:

- il Servizio Consultoriale deve essere assicurato nel Distretto,
- le Attività Consultoriali ad alta specializzazione sono assicurate nel Distretto per ambiti territoriali pluridistrettuali,
- è necessario salvaguardare l'unitarietà funzionale e strutturale del consultorio.

Figure professionali previste nel Consultorio:

- assistente sociale
- ginecologo
- ostetrica
- pediatra
- psicologo
- figure consulenti quali sessuologo, sociologo, legale, andrologo, neuropsichiatria infantile⁵

A titolo indicativo viene previsto, per ogni 10.000 abitanti⁶, il seguente orario settimanale:

- 1 assistente sociale per 18 ore settimanali
- 1 ginecologo per 9 ore settimanali
- 1 ostetrica per 18 ore settimanali
- 1 pediatra per 9 ore settimanali
- 1 psicologo per 9 ore settimanali

⁵ Il P.O.M.I. prevede, oltre a queste figure professionali, l'assistente sanitario, l'infermiere pediatrico (vigilatarice d'infanzia) e l'infermiere professionale. Tra i consulenti viene previsto il mediatore linguistico-culturale

⁶ Il P.O.M.I. prevede un CF ogni 10.000 abitanti per le zone rurali-semiurbane e ogni 20-25.000 abitanti per le zone urbane-metropolitane

2. Obiettivo dell'indagine

Una prima recensione sulla situazione marchigiana dei Consultori è stata effettuata nell'anno 2000 dall'Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze dell'Agenzia Regionale Sanitaria (11) seguita da un ulteriore studio conoscitivo effettuato nel 2001 dagli Assessorati ai Servizi Sociali e alla Sanità (12).

Nel dicembre 2005, nell'ambito di un dibattito politico nazionale sull'applicazione della L. 194/78, il Ministero della Salute ha chiesto alle Regioni una serie di informazioni anagrafiche e di attività sui Consultori Familiari.

L'Assessorato alla Salute della regione Marche, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze, ha raccolto e trasmesso le schede informative al Ministero.

Le informazioni raccolte sono state oggetto della presente elaborazione che ha l'obiettivo di avviare un aggiornamento della mappatura dei Consultori Familiari e di valutare, a distanza di otto anni dall'emanazione di disposizioni regionali (Del. Amm. n. 2002/1998), in che modo tali disposizioni sono state tradotte nella realtà, soprattutto in relazione alla distribuzione dei Consultori nel territorio, alle composizione delle équipe e all'offerta di assistenza.

È doveroso sottolineare che la mappatura, iniziata nel dicembre 2005 ha richiesto un tempo molto lungo ed è continua per tutto il 2006 a causa della difficoltà ad avere informazioni chiare da parte dei responsabili dei Distretti, soggetti a cui sono state inviate le schede di rilevazione.

Si fa pertanto presente che il lavoro deve essere considerato un primo grossolano rilievo per una preliminare valutazione ed un *work in progress*.

3. Metodi

La ricognizione dei Consultori Familiari è stata condotta utilizzando la Scheda che il Ministero della Salute ha inviato a tutte le regioni nel dicembre 2005.

La scheda, semplificata, è stata inviata ai responsabili dei Distretti Sanitari.

Sono state chieste informazioni su localizzazione e recapiti delle sedi, dotazione di computer, effettuazione di interventi formativi nelle scuole e/o in altri contesti, orari di apertura del servizio e di presenza di ciascuna figura professionale, paese maggiormente rappresentato dall'utenza extracomunitaria e, da ultimo, sulle attività specifiche svolte e sulle modalità organizzative e di intervento.

Data l'incompletezza delle informazioni pervenute, soprattutto circa le attività che vengono svolte, è stato possibile valutare esclusivamente: la numerosità e localizzazione delle sedi, il numero, il tipo di figure professionali presenti ed il numero di ore di presenza, i giorni e gli orari di apertura.

Per l'analisi organizzativa, oltre alla distribuzione territoriale, sono stati utilizzati gli indicatori di seguito riportati che sono stati confrontati con gli standard previsti nella normativa regionale:

- popolazione residente per sede consultoriale
- caratteristiche dell'équipe consultoriale (n. e tipo di figure professionali presenti nei CF per Zona Territoriale),
- n. di ore di assistenza erogate dalle singole figure professionali x 10.000 abitanti
- n. di giorni di apertura settimanale
- n. di ore di apertura settimanale
- fascia oraria di apertura
- n. di figure professionali presenti nei CF per Zona Territoriale

4. Risultati ed analisi

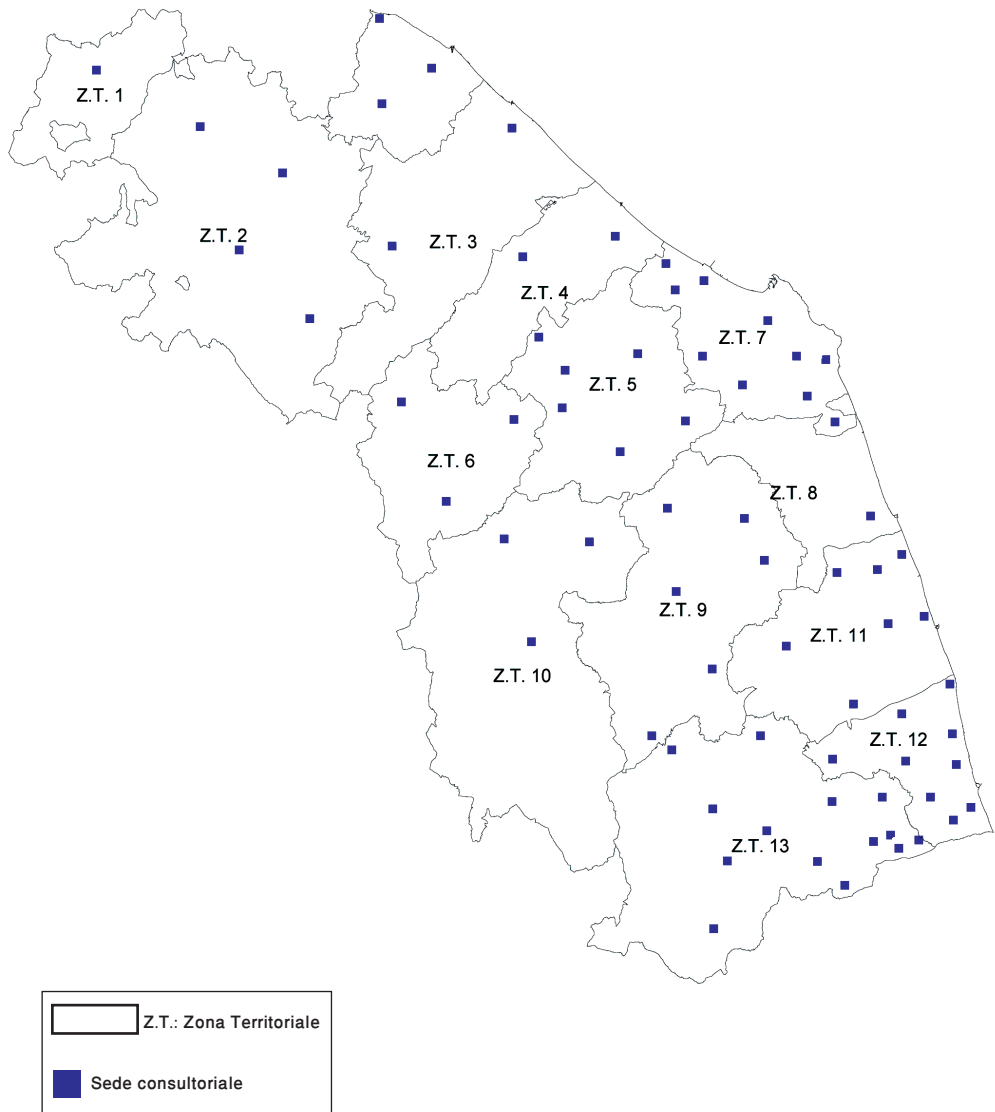
Al 30 giugno 2006 sono state censite 72 sedi consultoriali. Di queste è stato allestito l'indirizzo che è riportato nell'allegato 4.

La distribuzione geografica delle sedi consultoriali censite nelle varie Zone Territoriali è illustrata nella fig. 1.

Nella tab.1 vengono riportati il n. di Consultori Familiari (CF) per Zona Territoriale (ZT) ed il numero di residenti per ciascuna sede consultoriale.

I dati vanno riferiti agli standard regionali contenuti nella D.G.R. n. 202/1998 che prevedono un Consultorio Familiare ogni 10.000 abitanti

Fig. 1. **Distribuzione delle sedi consultoriali nella regione Marche. Giugno 2006.**



Tab 1. **Sedi consultoriali e numero di residenti per sede consultoriale, per Zona Territoriale. Regione Marche, 30 giugno 2006.**

ZT	N. sedi consultoriali	N. residenti *	N. residenti per CF
1	4	149.115	37.279
2	4	82.978	20.745
3	2	136.576	68.288
4	2	77.962	38.981
5	6	105.878	17.646
6	3	47.351	15.784
7	10	246.517	24.652
8	1	117.112	117.112
9	6	135.571	22.595
10	3	49.101	16.367
11	7	159.269	22.753
12	10	102.280	10.228
13	14	119.099	8.507
Totale	72	1.528.809	21.233

*Istat: popolazione al 31.12.2005 - Elaborazione: SISTRAR Marche

Fonte: Scheda Ministero Salute/Osservatorio Diseguaglianze - Indagine Consultori - anni 2005/2006

Il numero delle sedi consultoriali per singola Zona Territoriale oscilla da 1 nella ZT 8 a 14 nella ZT 13;

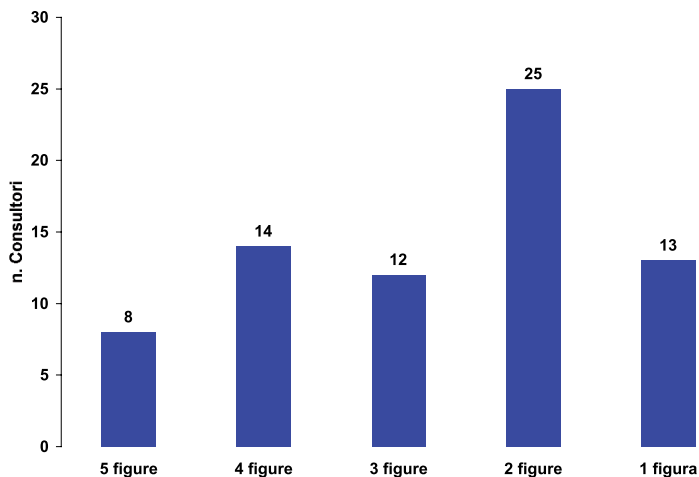
Analogamente si osserva nel numero di abitanti per sede consultoriale che va da 117.112 a 8.507 abitanti.

4.2 Figure professionali

Le normative nazionali e regionali (D.G.R. n. 202/1998) individuano cinque figure professionali indispensabili per lo svolgimento delle funzioni del CF che sono: ginecologo, ostetrica, assistente sociale, psicologo e pediatra.

L'analisi riguarda perciò esclusivamente queste figure in quanto indicate come indispensabili; ciò non toglie che in alcuni Consultori possano essere presenti altri operatori (pedagogista, sociologo, infermiere, puericultrice, ecc.) che non sono state prese in considerazione, data anche la scarsa rilevanza numerica.

Fig. 2 Figure professionali presenti nei Consultori. Regione Marche, giugno 2006



I Consultori in cui l'équipe consultoriale è completa sono 8 (pari all'11%); in 14 (19%) sono presenti 4 figure professionali, in 12 (16%) tre figure professionali, mentre in 25 (35%) sono presenti solamente due figure e in 13 (18%) sedi opera una sola figura.

In sintesi, solamente nel 30% dei CF è presente un'équipe consultoriale composta da 4 o 5 professionisti.

Nei 14 Consultori in cui sono presenti 4 figure professionali, queste sono in tutti i casi il/la ginecologo/a, l'ostetrica, l'assistente sociale e lo/a psicologo/a; manca il pediatra.

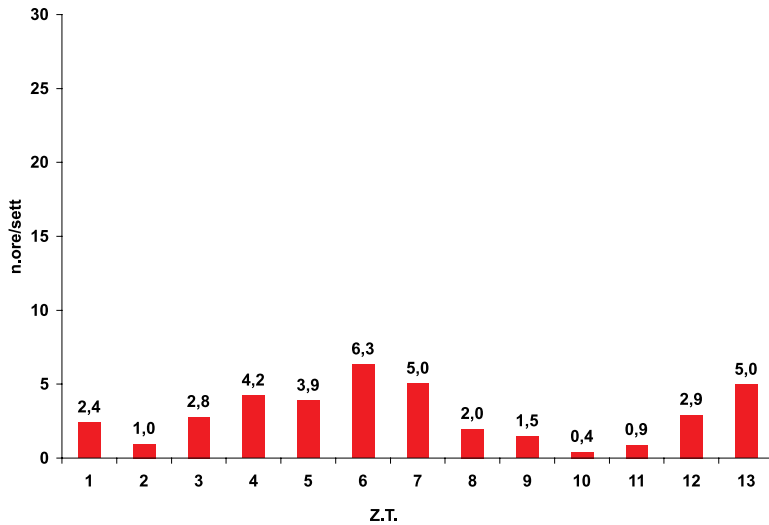
Nelle 12 sedi in cui sono presenti 3 figure, queste sono variamente combinate; in 8 di queste sedi, tuttavia non è presente il/la ginecologo/a.

Nelle 25 sedi in cui sono presenti 2 figure, queste sono il/la ginecologo/a e l'ostetrica nella maggior parte dei casi

Nelle 13 sedi in cui è presente una sola figura, si tratta dell'ostetrica in tutti i casi eccetto uno in cui è solamente il ginecologo ad essere presente.

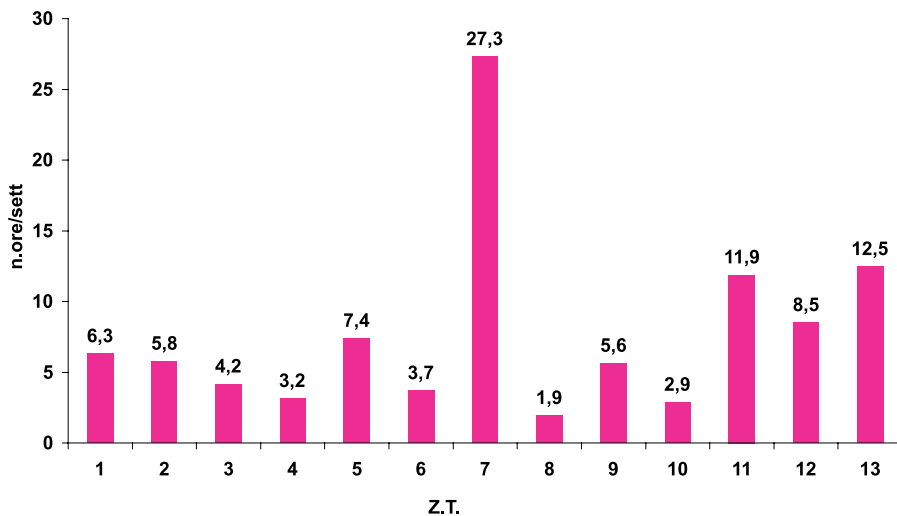
Va segnalato che dall'indagine regionale su «Assistenza nel percorso nascita da parte delle ostetriche della regione Marche» condotta dall'Osservatorio Diseguaglianze nel 2006, emerge che spesso le ostetriche lavorano in più sedi consultoriali e spesso svolgono la loro attività in orario diverso da quello del ginecologo.

Fig. 3. Numero di ore di assistenza settimanale erogata dal ginecologo per 10.000 abitanti, per Z.T. Regione Marche, 30 giugno 2006



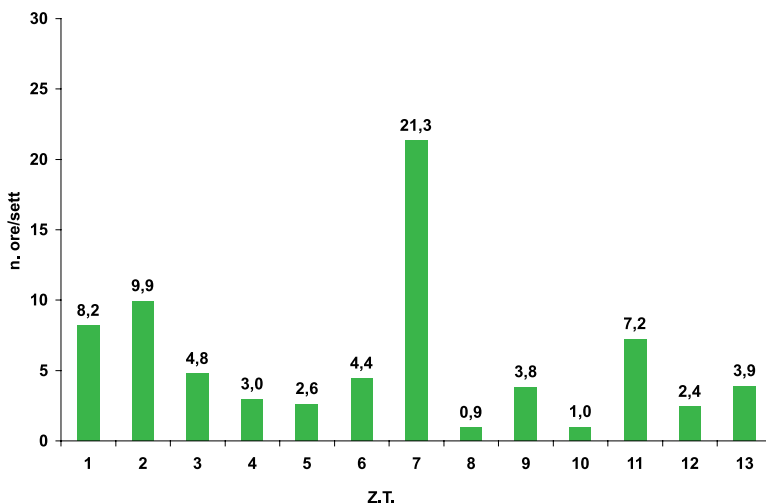
Per quanto riguarda la figura del ginecologo, l'orario settimanale prestato nei Consultori risulta molto variabile tra le ZT: da 24 minuti di assistenza settimanale ogni 10.000 abitanti nella ZT 10 ai 200 minuti nella ZT 6. In nessuna ZT, tuttavia, viene rispettata la D.G.R. n. 202/1998, che indica un orario settimanale di 9 ore ogni.

Fig. 4. **Numero di ore di assistenza settimanale erogate dall'ostetrica per 10.000 abitanti, per Z.T. Regione Marche, 30 giugno 2006.**



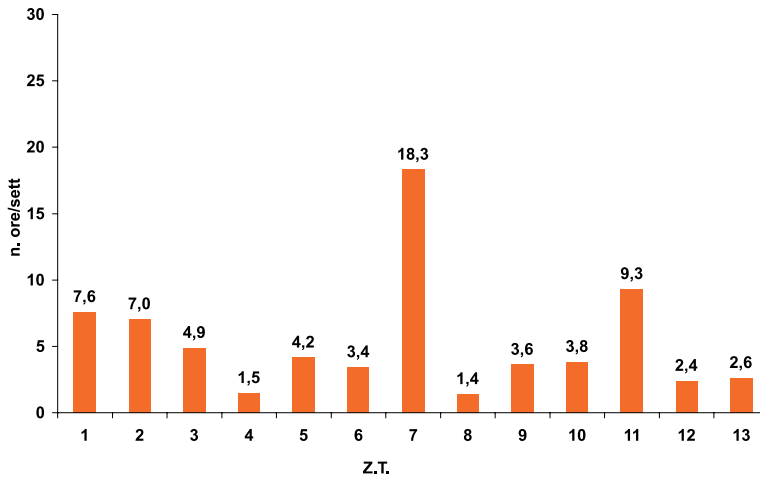
Per quanto riguarda la figura dell'ostetrica, analogamente al ginecologo/a, l'orario settimanale prestato nei Consultori risulta molto variabile tra le Z.T.: da 66 minuti di assistenza settimanale ogni 10.000 abitanti nella Z.T. 8 alle 27 ore nella Z.T. 7. In nessuna Z.T., ad eccezione della Z.T. 7, viene rispettata la D.G.R. n. 202/1998, che indica un orario settimanale di 18 ore ogni 10.000 abitanti. La Z.T. 13 è quella che si avvicina maggiormente, con 12,5 ore per 10.000 abitanti.

Fig. 5. Numero di ore di assistenza settimanale erogate dallo psicologo per 10.000 abitanti, per Z.T. Regione Marche, 30 giugno 2006.



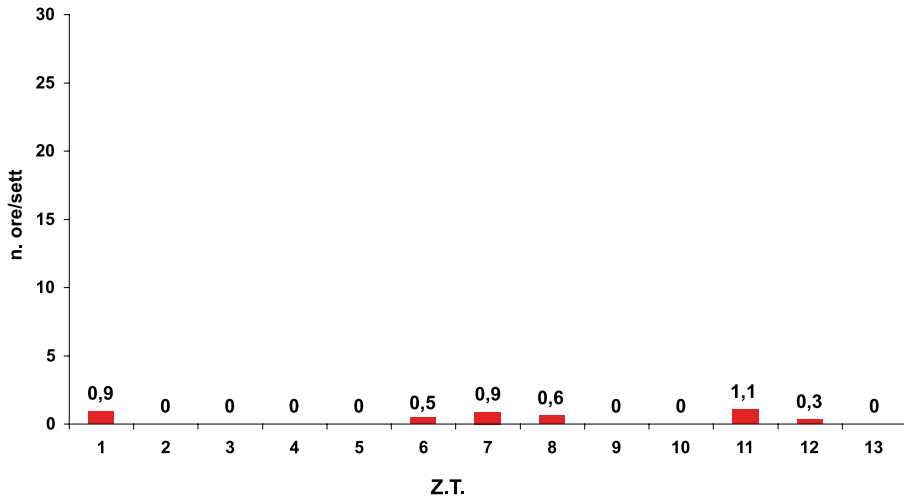
Riguardo alla figura dello/a psicologo/a, che secondo la D.G.R. n. 202/1998 dovrebbe garantire 9 ore di assistenza ogni 10.000 abitanti, solo due Z.T rientrano nei parametri, la Z.T 7, in cui vengono erogate 21,3 ore di assistenza e la Z.T 2, che si trova poco sopra il limite, con 9,9 ore.

Fig.6. **Numero di ore di assistenza settimanale erogate dall'assistente sociale per 10.000 abitanti, per ZT. Regione Marche, 30 giugno 2006.**



Per quanto riguarda l'assistente sociale, altra figura chiave assieme all'ostetrica nell'équipe consultoriale, soltanto la ZT 7 garantisce le 18 ore per 10.000 abitanti, secondo quanto previsto nella D.G.R. n. 202/1998; le restanti ZT, soprattutto le ZT 4, 8, 12 e 13 sono estremamente carenti.

Fig. 7. **Numero di ore di assistenza settimanale erogate dal pediatra per 10.000 abitanti, per Z.T. Regione Marche, 30 giugno 2006.**



La figura del pediatra a livello consultoriale, ancorché considerata fondamentale dalla D.G.R. n. 202/1998, che prevede un orario settimanale di 9 ore, è pressoché inesistente se si tiene conto dell'offerta complessiva a livello regionale. Ne risultano del tutto sprovviste 7 ZT su 13 e per le restanti il massimo delle ore erogate è pari a 1,1/settimana (ZT 11).

Allo scopo di comprendere il numero di professionisti impiegati nei CF delle singole ZT e dell'intera regione si è proceduto ad un'ulteriore analisi, trasformando le ore erogate da ciascuna figura professionale a livello di ZT, in unità di personale equivalente.

L'unità personale equivalente è stata calcolata prendendo come riferimento 38 ore alla settimana per il personale medico e 36 ore alla settimana per il personale non medico. Così, ad esempio, se nella ZT1 vengono erogate 34 ore settimanali di assistenza ginecologica, queste corrispondono all'impiego di 0,9 ginecologi; 93 ore di assistenza ostetrica corrispondono all'impiego a tempo pieno di 2,6 ostetriche.

I risultati mostrano che in 9 ZT su 13 manca un/a ginecologo/a dedicato/a al consultorio. In 5 ZT su 13 non vi sono neanche due ostetriche interamente dedicate alle attività del consultorio.

La presenza dello/a psicologo/a è molto variabile da zona a zona. Si va infatti dall'assenza dello psicologo interamente dedicato ai CF nelle ZT 8 e 10 agli 8,8 psicologi della ZT 7.

Analoga variabilità si verifica per la figura dell'assistente sociale con una scarsa presenza in ben 9 ZT in cui si hanno due o meno di due assistenti sociali e con le ZT 4 e 8 in cui non si dispone neanche di un'assistente sociale a tempo pieno.

La figura del pediatra è praticamente assente in tutti i CF della regione.

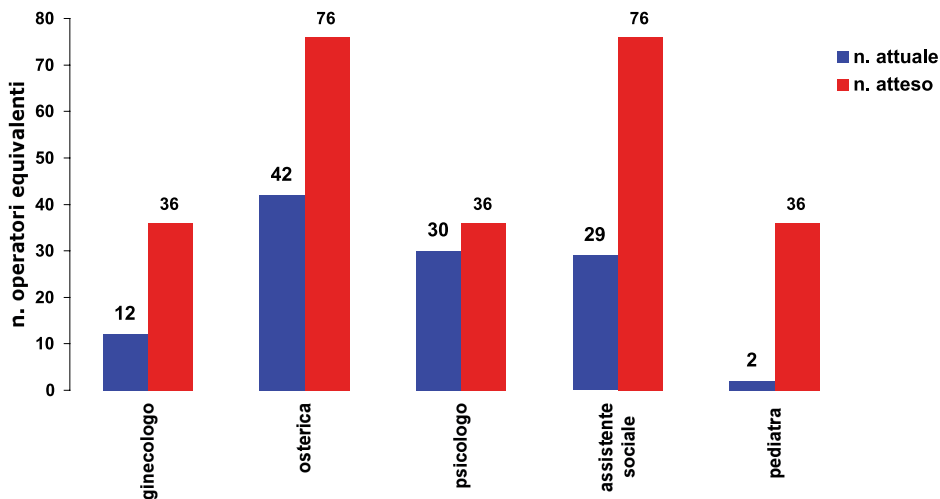
**Tab. 2: Personale equivalente, per figura professionale e ZT.
Regione Marche, 30 giugno 2006.**

ZT	personale equivalente *				
	Ginecologo	Ostetrica	Psicologo	Assistente sociale	Pediatra
1	0,9	2,6	3,4	3,1	0,4
2	0,2	2,4	4,1	2,9	0,0
3	1,0	1,7	2,0	2,0	0,0
4	0,9	1,3	1,2	0,6	0,0
5	1,1	3,1	1,1	1,7	0,0
6	0,8	1,5	1,8	1,4	0,2
7	3,3	11,3	8,8	7,6	0,3
8	0,6	0,8	0,4	0,6	0,2
9	0,5	2,3	1,6	1,5	0,0
10	0,1	1,2	0,4	1,6	0,0
11	0,4	4,9	3,0	3,9	0,4
12	0,8	3,5	1,0	1,0	0,1
13	1,6	5,2	1,6	1,1	0,0
Totale	12,1	41,9	30,4	29,0	1,7

* personale medico = 38 ore/settimana

personale sanitario non medico = 36 ore/settimana

Fig. 8. **Confronto tra numero di operatori equivalenti attualmente impiegati nei CF della regione Marche e n. di operatori che dovrebbero essere impiegati secondo la D.G.R. n. 202/1998. Regione Marche, giugno 2006.**



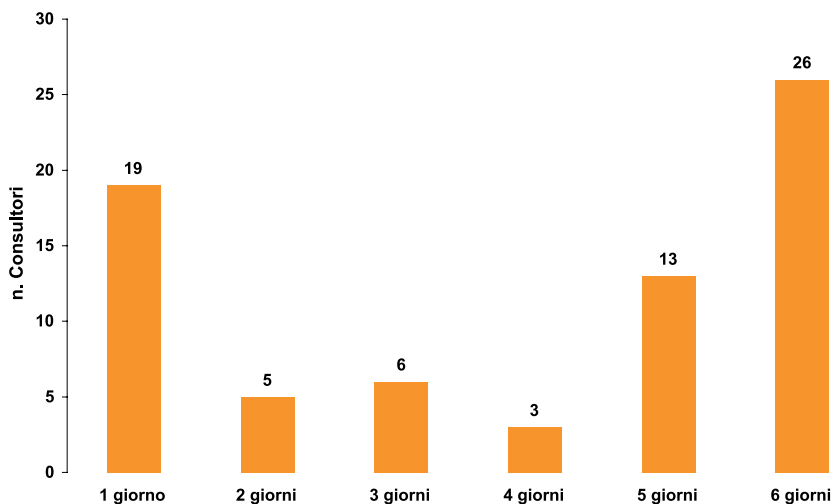
Complessivamente, nei Consultori Familiari della regione Marche vengono impiegati 12 ginecologi, 42 ostetriche, 30 psicologi, 29 assistenti sociali, 2 pediatri, per un totale di 115 professionisti. Se fosse applicata la D.G.R. n. 202/1998 dovrebbero essere impiegati 260 professionisti.

4.3 Accessibilità

Uno degli aspetti inerenti l'accessibilità ad un servizio è rappresentato dall'orario di apertura settimanale, per cui sono stati considerati il n. di giorni di apertura settimanale, (fig. 9), il n. di ore settimanali (fig. 10) ed infine la fascia giornaliera (mattina o mattina e pomeriggio).

Il P.O.M.I. prevede che il consultorio sia "facilmente raggiungibile e possibilmente in sede limitrofa ai servizi sanitari e socio-assistenziali, preferibilmente a piano terra e senza barriere architettoniche". Con la presente indagine non è stato possibile valutare tale aspetto.

Fig. 9. Numero giorni/settimana di apertura di Consultori Familiari. Regione Marche, 30 giugno 2006.



26 Consultori, pari al 36,1%, sono aperti 6 giorni alla settimana, 13 (18,1%) 5 giorni, mentre i restanti 14 (pari al 19%) sono aperti 2 - 4 giorni.

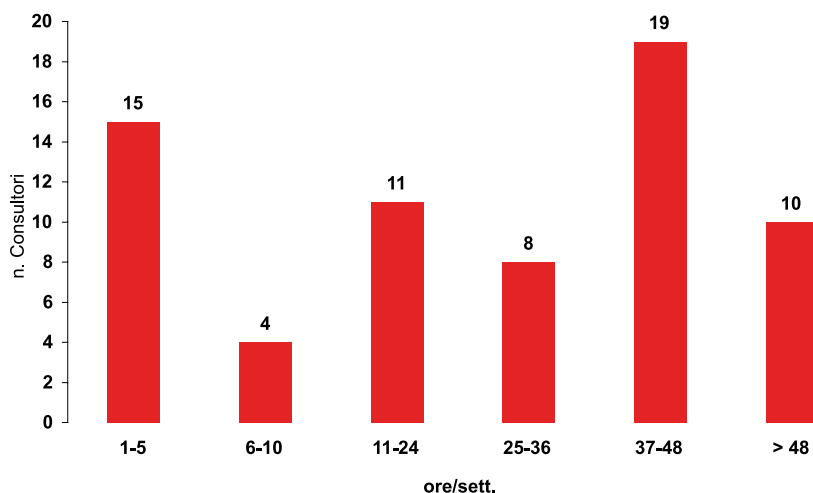
19 Consultori, circa 1 su 4 (26,4%) sono aperti un solo giorno alla settimana. Questi ultimi, per la maggior parte, si concentrano nelle ZT 12 e 13 (precisamente 4 nella ZT 12 e 7 nella ZT 13).

Tab. 3. Numero ore di apertura settimanale dei Consultori Familiari. Regione Marche, 30 giugno 2006.

N.ore/sett apertura	n. sedi	%	media gg.apertura
<=5	15	22,4	1,1
6-18	13	19,4	2,8
19-35	7	10,4	4,9
>=36	32	47,8	5,7
Totale	67	100	3,6

missing/n.c.= 5

Fig. 10. Numero di ore/settimana di apertura dei Consultori Familiari. Regione Marche, 30 giugno 2006.



29 Consultori Familiari, pari al 43%, è aperto per 37 o più ore alla settimana (il 28,4% tra 37 e 48 ore e il 14,9% oltre le 48 ore), tuttavia 15 sedi, cioè un consultorio su 5, hanno un orario di apertura settimanale inferiore o uguale a 5 ore.

Il numero medio di ore di apertura settimanale dei consultori nelle Zone Territoriali. È riportato nella fig. 11 da cui emerge chiaramente una notevole diversità territoriale dell'offerta: nelle ZT 3, 4 e 11 l'orario di apertura è più che doppio rispetto alle ZT 9, 10, 12 e 13.

Il 47% dei CF non prevede un'apertura pomeridiana.

Fig. 11. **Orario medio di apertura settimanale dei Consultori per la Zona Territoriale. Regione Marche, giugno 2006.**

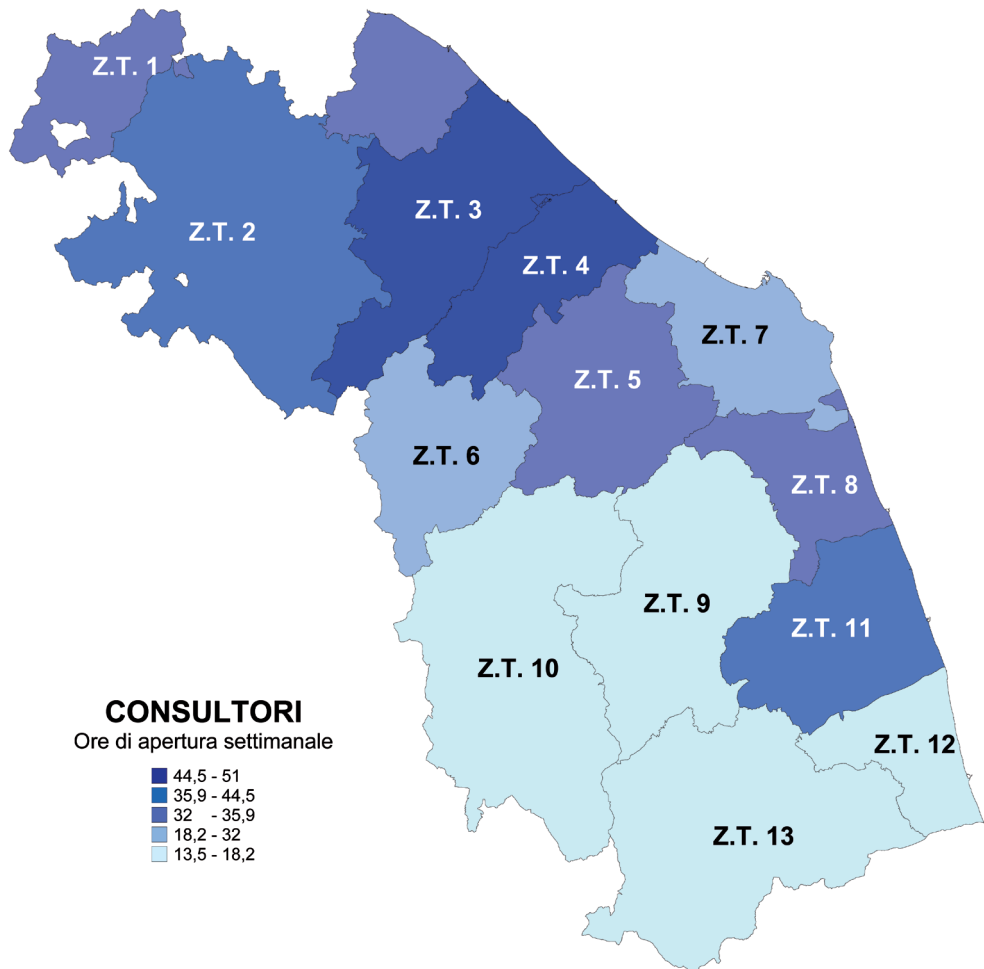
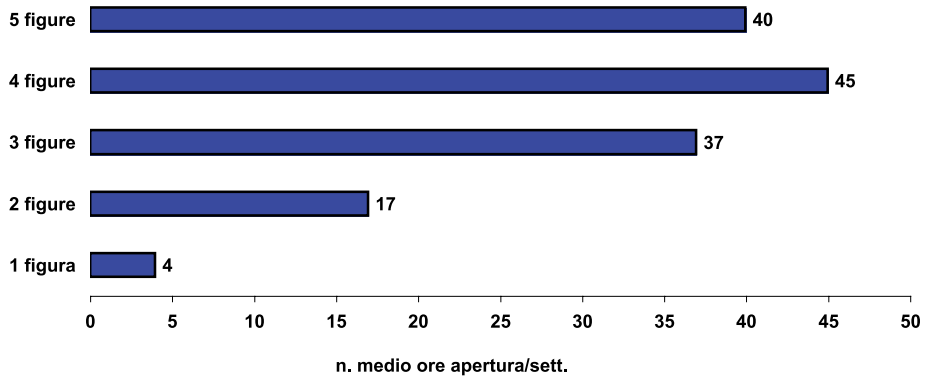


Fig. 12. **Numero medio di ore di apertura settimanale dei Consultori Familiari per numero di figure professionali presenti. Regione marche, 30 giugno 2006**



Per ogni sede consultoriale è stata calcolata la media delle ore di apertura settimanale ed è stata rapportata al numero di figure professionali presenti: il numero medio di ore di apertura aumenta con l'aumentare del numero di figure professionali operanti nel Consultorio. Quando nel CF operano 4 o 5 figure professionali l'orario di apertura settimanale è di 45 - 40 ore, mentre con una o due figure l'orario si riduce a 4 - 17 ore.

5. Sintesi

La ricognizione delle sedi e delle caratteristiche dei Consultori della regione Marche è risultata molto difficoltosa a causa di una notevole frammentazione dei luoghi fisici e della variegata composizione delle équipes che vi operano.

Per quanto riguarda le attività non è stato possibile effettuare una ricognizione attendibile in quanto i sistemi di registrazione non sono sempre presenti e, soprattutto non sono omogenei.

Nel periodo dicembre 2005 – giugno 2006, nella regione Marche, sono state censiti 72 Consultori Familiari.

Per l'analisi organizzativa si è fatto riferimento agli standard regionali previsti dalla D.G.R. n. 202/1998, con l'obiettivo di valutarne il grado di realizzazione.

Complessivamente la numerosità dei Consultori nel territorio marchigiano, siano essi con équipes consultoriale completa o non completa è molto variabile da Zona a Zona, oscillando da una sede ogni 8.500 abitanti ad una ogni 117.000.

La delibera regionale n. 202/1998 prevede la presenza di una équipes consultoriale composta da cinque figure professionali ogni 10.000 abitanti. Il P.O.M.I. prevede un C.F. ogni 10.000 abitanti per le zone rurali-semiurbane e ogni 20-25.000 abitanti per le zone urbane-metropolitane.

La distribuzione territoriale dei Consultori, tuttavia, proprio per la grande differenza organizzativa che si riscontra tra le varie sedi, non può essere ritenuta un indicatore sufficiente per comprendere l'offerta, per cui sono stati utilizzati altri indicatori relativi alle caratteristiche dell'équipe consultoriale, alle ore di assistenza fornite dalle varie figure professionali e all'orario di apertura settimanale (vedi capitolo Metodi).

Dai risultati dell'indagine emerge che nella regione Marche soltanto l'11% dei Consultori Familiari dispone di un'équipe consultoriale composta dalle cinque figure professionali previste, il 19% dispone di un'équipe di 4 persone, mentre in più della metà dei Consultori (53%) sono presenti solamente una o due figure professionali.

La presenza nel CF di un'équipe multidisciplinare composta da ginecologo/a, ostetrica, psicologo/a, assistente sociale e pediatra è stata prevista dalla normativa nazionale e da quella regionale per la realizzazione della **mission** del Consultorio Familiare che è quella di promuovere la salute della donna e dell'età evolutiva, realizzare cioè quei processi per mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla (Carta di Ottawa, 1986).

Il P.O.M.I. ribadisce con forza che *"...La promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico devono essere assolti dal I livello rappresentato dalla rete dei CF, l'attività di diagnosi e cura ambulatoriale dal II livello, rappresentato dagli ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale. ..."*

Si vuole che l'offerta di interventi faccia parte di una ben definita strategia di prevenzione orientata da obiettivi generali e specifici, nonché da un processo di promozione della salute che aiuti la persona ad arricchire le proprie competenze per effettuare scelte più consapevoli (pag. 52)... Il CF costituisce un importante strumento all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari. Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio in quanto la peculiarità del lavoro in équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti".

Il lavoro in équipe e la competenza multidisciplinare sono dunque essenziali per la comprensione della domanda, la formulazione di risposte appropriate e la pratica di strategie di offerta attiva, tali cioè da favorire l'espressione della richiesta di aiuto per affrontare la gravidanza, le condizioni che la rendono difficile o impossibile e i disagi che maturano nell'ambiente familiare.

Oggi, in assenza di un'équipe consultoriale completa, i CF spesso sono servizi che erogano singole attività ambulatoriali di tipo specialistico, dedicati più alla cura che alla prevenzione e alla promozione.

Andando a valutare le ore di assistenza fornite settimanalmente nel CF dalle varie figure professionali, per tutte è presente una grande variabilità e, in generale l'orario è di molto inferiore a quanto previsto dalla D.G.R. n. 202/1998.

Per il/la ginecologo/a (la delibera regionale prevede 9 ore settimanali ogni 10.000

abitanti), l'orario va da un minimo di 24 minuti ad un massimo di 200 minuti di assistenza settimanale ogni 10.000 abitanti (media regionale 2,9 ore/sett per 10.000 abitanti). La presenza di almeno un ginecologo a tempo pieno si ha solamente in quattro ZT (ZT 3, 5, 7, 13),

Analogamente per l'ostetrica (la delibera regionale prevede 18 ore settimanali per 10.000 abitanti), l'orario settimanale varia da 66 minuti alle 27 ore settimanali ogni 10.000 nella ZT 7, (media regionale 7,8 ore).

Per la/a psicologo/a (la delibera regionale prevede 9 ore settimanali per 10.000 abitanti) l'orario settimanale varia da 1 a 21,3 ore (media regionale 5,7 ore).

Per l'assistente sociale (la delibera regionale prevede 18 ore settimanali per 10.000 abitanti), l'orario va da 1,4 a 18,3 ore settimanali per 10.000 abitanti (media regionale 5,4 ore).

Infine il/la pediatra nei CF risulta praticamente assente in tutta la regione (la delibera regionale prevede 9 ore abitanti; (media regionale 0,3 ore).

Tab. 4. Confronto tra n. medio di ore svolte dalle figure professionali e n. di ore previste dalla D.G.R. n. 202/98 (x 10.000 abitanti). Regione Marche, giugno 2006

Figura	n. ore/sett svolte x 10.000 ab	n. ore/sett previste x 10.000 ab
Ginecologo	2,9	9
Ostetrica	7,8	18
Psicologo	5,7	9
Assistente sociale	5,4	18
Pediatra	0,3	9

Nell'insieme risulta che nelle 72 sedi consultoriali censite nella regione Marche sono impiegati – considerando l'orario a tempo pieno di 38 ore/settimana per il personale medico e di 36 ore per il personale sanitario non medico -, n. 12 ginecologi, n. 42 ostetriche, n. 30 psicologi, n. 29 assistenti sociali e n. 2 pediatri, con un notevole divario rispetto a quanto previsto dagli standard regionali per tutte le figure professionali, ad eccezione degli psicologi. Complessivamente sono impiegati 115 professionisti a fronte dei 260 previsti dagli standard regionali.

Per svolgere la loro funzione i CF sono stati concepiti come servizi "a bassa soglia", cioè visibili e facilmente accessibili particolarmente da quei gruppi di popolazione a rischio. L'accessibilità è un concetto complesso che esprime non solo la facilità o meno da parte del paziente di entrare in contatto con gli operatori del servizio per la risposta alla domanda di salute, ma anche la capacità del servizio di accogliere e prendere in carico in modo completo la persona per tutto il percorso di cura, fino all'esaurimento del problema. Ciò implica che il servizio è in grado di essere flessibile e capace di entrare in relazione con le diverse tipologie di utenti (italiani, stranieri, analfabeti, istruiti ecc).

Uno degli aspetti basilari inerenti l'accessibilità è rappresentato dall'orario di apertura settimanale del Consultorio, per cui sono stati considerata il n. di giorni di apertura, il n. di ore ed infine la fascia giornaliera (solo mattina o anche il pomeriggio).

Dai risultati emerge che un CF su tre (36%) offre un orario di apertura ottimale di 6 giorni la settimana ma si rileva anche che un CF su quattro è aperto solamente un giorno la settimana.

L'orario di apertura è anch'esso molto variabile: sebbene il 40% offra un orario di apertura di 37 o più ore la settimana, 1/5 dei Consultori ha un orario di apertura compreso tra 1 e 5 ore la settimana.

Inoltre il 47% dei Consultori è aperto solamente la mattina.

Le sedi consultoriali con una o due figure professionali, sono quelle che offrono l'orario settimanale di attività più basso. In questi casi l'attività quasi esclusiva è quella dello screening dei tumori femminili e di segreteria amministrativa, pertanto non possono essere considerati consultori familiari, così come inteso nella loro accezione originaria.

6. Conclusioni e suggerimenti

La presente analisi organizzativa dei Consultori Familiari nella regione Marche (da considerarsi in progress) mette in evidenza:

- una notevole variabilità della presenza dei Consultori Familiari in relazione alla popolazione residente nel territorio regionale
- una assenza, nella stragrande maggioranza dei casi, delle équipes consultoriali, così come previste nella normativa nazionale e regionale (l'équipe consultoriale completa è presente nell'11% dei CF),
- una marcata variabilità delle figure professionali presenti nei vari CF,
- una notevole frammentazione dell'assistenza in quanto le varie figure professionali svolgono la loro attività in più sedi consultoriali, (come rilevato nell'indagine regionale "L'assistenza nel percorso nascita da parte delle ostetriche della regione Marche", condotta dall'Osservatorio Disuguaglianze nel 2006),
- una disponibilità oraria di tutte le figure professionali nettamente inferiore a quella prevista e, verosimilmente insufficiente a rispondere alla domanda della popolazione target (basti considerare che solamente in 4 ZT su 13 si ha almeno un ginecologo interamente dedicato ai CF e che l'assistenza pediatrica è inesistente),
- una notevole differenza nell'offerta di giorni ed orari di apertura: a fronte di una discreta percentuale di CF aperti 5-6 giorni la settimana (54%), vi è una percentuale elevata (33%) che è aperta solo 1 – 2 giorni la settimana. Analogamente mentre il 40% dei CF è aperto per 37 o più ore la settimana; un consultorio su cinque (22%) offre un orario settimanale di apertura di 5 o meno ore. Inoltre il 47% è aperto solamente la mattina.

Non è stato possibile avere indicazioni certe sulle attività svolte nei CF a causa della mancanza di un sistema di registrazione attendibile ed omogeneo, in particolare per quanto riguarda le attività di promozione ed educazione sanitaria rivolta a gruppi a rischio.

Anche se oggi è piuttosto difficile stabilire i confini dell'attività consultoriale, non si può prescindere dallo spirito della legge istitutiva che fa riferimento alla salute della donna, contestualizzata nelle sue relazioni familiari e sociali, dunque ad un ruolo dei CF specifico nella educazione e promozione della salute, particolarmente nel campo della procreazione responsabile, della gravidanza fisiologica, della contraccezione e dell'IVG, ed un ruolo altrettanto specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare dell'età evolutiva.

Anche se l'ospedale ha assunto molte funzioni "ambulatoriali" tipiche del Consultorio (valga come esempio la visita domiciliare post-partum ed i corsi di preparazione alla nascita), tuttavia non può realizzare quelle attività di counselling approfondito, di promozione della salute, di prevenzione e di presa in carico anche sociale delle problematiche femminili e genitoriali che per l'appunto erano state affidate al lavoro multidisciplinare delle équipes consultoriali. Di particolare rilievo ed insostituibile è, inoltre, l'attività svolta con i corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole e nello "spazio adolescenti".

Va sottolineato che i consultori familiari sono gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, possono svolgere attività di promozione della salute mediante lo "schema concettuale dell'offerta attiva", una pratica che sviluppa un'attenzione specifica ai gruppi più a rischio che in generale sono quelli di livello socio-economico più basso, con basso livello di istruzione e minori competenze di partenza e la popolazione immigrata (13, 14, 15).

In Italia a seguito dell'istituzione dei consultori si è verificata una maggiore riduzione dell'aborto rispetto agli altri paesi europei; le indagini dell'ISS, condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici (in particolare i corsi di accompagnamento alla nascita) e migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali, a dimostrazione che questi sono particolarmente indicati e competenti nell'attività di promozione della salute (7).

Ecco dunque che è urgente il potenziamento dei Consultori perché in questi anni vi è stato un disinvestimento nella prevenzione e nella promozione della salute con

uno spostamento totale verso le “cure in ospedale”, una medicalizzazione ed una privatizzazione sempre più spinte con una pratica medica sempre meno relazionale e sempre più tecnicistica.

Occorre un’inversione di rotta e questo è possibile attraverso l’applicazione integrale del P.O.M.I. È inoltre urgente che vengano implementate quelle pratiche di offerta attiva culturalmente pertinenti rivolte alle donne immigrate, che sono in costante aumento e che hanno un profilo di salute peggiore delle donne italiane e che venga impiegata la mediazione interculturale, come pratica efficace di pari opportunità per l’accesso e la fruizione della cura come raccomandato nelle normative nazionali e regionali (16, 17, 18, 19).

I dati della presente indagine suggeriscono che un primo passo da compiere potrebbe essere quello di adeguare il numero di sedi consultoriali (secondo quanto previsto dalla L. 34/96 e dal P.O.M.I.) in modo da garantire una omogenea distribuzione territoriale in rapporto alla popolazione e alle caratteristiche del territorio regionale.

Un secondo passo dovrebbe consistere nell’adeguamento del numero delle figure professionali così come previsto dagli standard nazionali e regionali, in modo da garantire équipe complete ed ampia disponibilità di orario di apertura settimanale.

Un terzo passo dovrebbe consistere nella individuazione e condivisione di un sistema di rilevazione regionale delle attività consultoriali al fine di creare flussi informativi affidabili e stabili relativamente ai casi presi in carico.

Infine sarebbe fondamentale definire, in coerenza con il P.O.M.I., un set minimo di indicatori per il monitoraggio della qualità dell’assistenza e di esito delle cure.

ALLEGATO 1

**ISTITUZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI
LEGGE 405
29 luglio 1975**

LEGGE 405/75

29 luglio 1975

ISTITUZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA promulga la seguente legge:

Articolo 1.

Il servizio d'assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopo:

a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;

b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;

e) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;

d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.

Articolo 2.

La regione fissa con proprie norme legislative i criteri per la programmazione, il funzionamento, la gestione e il controllo del servizio di cui all'articolo 1 in conformità ai seguenti principi:

a) sono istituiti da parte dei comuni o di loro consorzi i consultori d'assistenza alla famiglia e alla maternità quali organismi operativi delle unità sanitarie locali, quando queste

saranno istituite;

b) consultori possono essere istituiti anche da istituzioni o da enti pubblici e privati che abbiano finalità sociali, sanitarie e assistenziali senza scopo di lucro quali presidi di gestione diretta o convenzionata delle unità sanitarie locali, quando queste saranno istituite;

c) i consultori pubblici ai fini della assistenza ambulatoriale e domiciliare, degli opportuni interventi e della somministrazione dei mezzi necessari si avvalgono del personale dei distretti sanitari, degli uffici sanitari comunali e consorziali, delle condotte mediche e ostetriche e delle altre strutture di base sociali, psicologiche e sanitarie.

I consultori di cui alla precedente lettera b) adempiono alle funzioni di cui sopra mediante convenzioni con le unità sanitarie locali. Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, i consultori di cui alla lettera b) possono stipulare convenzioni con gli enti sanitari operanti nel territorio, in base ai programmi annuali regionali di cui all'articolo 6 e secondo i criteri stabiliti dalle regioni. I consultori pubblici e privati per gli esami di laboratorio e radiologici ed ogni altra ricerca strumentale possono avvalersi degli ospedali e dei presidi specialistici degli enti d'assistenza sanitaria.

Articolo 3.

Il personale di consulenza e d'assistenza addetto ai consultori deve essere in possesso di titoli specifici in una delle seguenti discipline: medicina, psicologia, pedagogia ed assistenza sociale, nonché dell'abilitazione, ove prescritta, all'esercizio professionale.

Articolo 4.

L'onere delle prescrizioni di prodotti far-

maceutici va a carico dell'ente o del servizio cui compete l'assistenza sanitaria.

Le altre prestazioni previste dal servizio istituito con la presente legge sono gratuite per tutti i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o che soggiornino, anche temporaneamente, su territorio italiano.

Articolo 5.

Lo Stato assegna alle regioni 5 miliardi di lire per l'anno finanziario 1975 e 10 miliardi negli anni successivi per finanziare il servizio previsto dalla presente legge.

Il fondo comune è ripartito tra le regioni entro il mese di febbraio d'ogni anno con decreto del Ministro per il tesoro sulla base dei seguenti criteri:

a) il 50 per cento in proporzione alla popolazione residente in ciascuna regione;

b) il residuo 50 per cento in proporzione al tasso di malattia e di mortalità infantile quali risultano dai dati ufficiali dell'istituto centrale di statistica relativi al penultimo anno precedente a quello della devoluzione.

Le somme non impiegate in un esercizio possono essere impiegate negli anni seguenti.

Tali finanziamenti possono essere integrati dalle regioni, dalle province, dai comuni o dai consorzi di comuni direttamente o attraverso altre forme da essi stabilite.

Alla copertura dell'onore di 5 miliardi per il 1975 si provvede per il medesimo anno finanziario mediante riduzione dello stanziamento del capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno medesimo.

Il Ministro per il tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti le occorrenti variazioni di bilancio.

Articolo 6.

La regione, tenuto conto delle proposte dei comuni e dei loro consorzi nonché delle esigenze di un'articolazione territoriale del servizio, redige un programma annuale, approvato dal consiglio regionale, per finanziare i consultori di cui all'articolo 2, sempre che si riscontrino le finalità indicate all'articolo 1 della presente legge.

Articolo 7.

Entro sei mesi dalla data d'entrata in vigore della presente legge le regioni emaneranno le norme legislative di cui all'articolo 2.

Articolo 8.

È abrogata ogni norma incompatibile o in contrasto con la presente legge.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

[1] vedi anche l'articolo 3 della Legge 22 maggio 1978, n. 194.

La legge 5 dicembre 1978, n. 785 ha così disposto: «articolo unico.- Il criterio di ripartizione del fondo comune, stabilito dalle lettere a) e b) del secondo comma dell'articolo 5 della Legge «9 luglio 1975, n. 405, limitatamente al 1978 è così modificato: a) il 75 per cento in proporzione alla popolazione residente in ciascuna regione; b) il residuo 25 per cento in proporzione al tasso di natalità e a quello di mortalità infantile, quali risultano dai dati ufficiali dell'ISTAT relativi al penultimo anno precedente a quello della ripartizione».

ALLEGATO 2

**PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE (P.O.M.I.)
Decreto Ministero della Salute
24 aprile 2000**

Consultori familiari.

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

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

Dalla emanazione della legge n. 405/1975 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei Consultori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei bisogni consultoriali.

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

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

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

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

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

superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

Il consultorio si integra nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale e deve essere salvaguardato il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approccio preventivo. L'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile garantisce l'integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri e degli Enti locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute, di cui è responsabile per quanto attiene a programmazione, coordinamento generale e valutazione, in collaborazione con il D.P. I.C.F., coordinati tra loro e con gli altri servizi coinvolti, mettono a punto gli aspetti operativi e realizzano le strategie di intervento operativo.

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

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

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

Va ribadito che per il raggiungimento degli obiettivi di globalità e unitarietà degli interventi deve essere sostenuta e sviluppata l'attività di integrazione dei servizi sociali nei comuni singoli e/o associati, anche tramite la stipula di convenzioni o di accordi di programma. Ciò anche nel rispetto delle diverse articolazioni con cui si possono definire i rapporti tra Aziende sanitarie ed Enti locali.

La valutazione dell'efficacia degli interventi, verificati attraverso indicatori specifici di progetto, deve rappresentare la base per l'aggiornamento culturale e professionale e per la riqualificazione operativa nonché lo strumento per confrontarsi con gli altri servizi.

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

La legge n. 34/1996 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti. È opportuno distinguere tra zone rurali e semiurbane

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

Per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale), il cui intervento integrato, proiettato nelle problematiche della prevenzione, ne definisce la fisionomia e specificità rispetto ai presidi di natura ambulatoriale e ospedaliera.

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

Attività consultoriale

Il consultorio familiare mantiene la propria connotazione di servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria, riservando alla attività di diagnosi e cura una competenza di «prima istanza», integrata con l'attività esercitata al medesimo livello, sul territorio di appartenenza delle U.O. distrettuali ed ospedaliere e dei servizi degli Enti locali.

Sul piano organizzativo, l'integrazione deve essere completamente attivata da una parte all'interno del consultorio familiare stesso, tra figure a competenza prevalentemente sanitaria e quelle a competenza psico-sociale e socio-assistenziale sviluppando il lavoro di équipe e dall'altra con gli altri servizi e U.O. territoriali (ginecologia ambulatoriale, pediatria di libera scelta, psicoterapia, neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, ecc.) nonché con le U.O. ospedaliere.

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

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

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

Spazio Adolescenti

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

Il consultorio deve associare alla capacità di offerta attiva dei programmi di prevenzione

una funzione di accoglienza e presa in carico per chi accede spontaneamente al servizio.

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

Azioni

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

Relazioni di coppia, di famiglia e disagio familiare

Questo ambito operativo ha acquisito col passare degli anni una importanza rilevante tra le azioni del Consultorio Familiare, in particolare per tutto ciò che attiene la consulenza relazionale, le consulenze riguardanti problemi e difficoltà in ordine alla sessualità, alle scelte e alle decisioni

procreative, all'esercizio di ruoli genitoriali. Interventi in ordine a conflitti di coppia ed intergenerazionali nonché a situazioni di disagio familiare con particolare attenzione ai nuovi assetti della famiglia (unioni di fatto, famiglie con un solo genitore, famiglie ricostituite, famiglie miste quanto a provenienza etnica, ecc.), rappresentano un'area di interesse in forte espansione in rapporto a crescenti domande.

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

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

Deve essere inoltre prevista l'assistenza psicologica in ordine a problemi sessuali connessi ad episodi di abuso e/o violenza sessuale. In particolare, su questi casi deve attivarsi l'intera

équipe operativa in quanto la complessità dei problemi richiede interventi specifici, ma strettamente integrati, di natura sanitaria, psicologica, sociale e giudiziaria come da indicazioni contenute nel già citato Documento «Proposte di intervento per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento».

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

Azioni

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

Controllo della fertilità e procreazione responsabile

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

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

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

Azioni

- Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria (rubeo test, vaccinazione contro la rosolia) e non immunitaria (rischio di esposizione a contagio, per es. toxoplasmosi), sulla diagnosi prenatale precoce.
- A colloqui individuali possono seguire, o essere proposti in alternativa, incontri di grup-

po.

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

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

Assistenza in gravidanza

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

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

Azioni

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

percorso nascita.

Offrire sostegno e presenziare in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG, predisponendo la relazione per il giudice tutelare

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

La promozione dell'allattamento al seno, auspicata dagli Organismi internazionali, dal Ministero della Sanità e dalle Società scientifiche, riconosce nella corretta informazione in alcuni momenti prenatali e neonatali un'importanza fondamentale nell'offrire alla madre ed al neonato lattante condizioni più favorevoli al successo-soddisfacimento dell'allattamento naturale. Il contributo dei servizi territoriali, in particolare del Consultorio Familiare, durante i corsi di preparazione al parto, in occasione del contatto domiciliare dopo la dimissione precoce della coppia madre-neonato e della successiva offerta attiva di servizi a livello territoriale è di notevole rilevanza, purché inserito in un progetto di Azienda che integri le varie competenze ospedaliere e territoriali (comprese le Associazioni di volontariato) nella formazione ed aggiornamento specifici del personale e nel supporto diretto alla madre.

Assistenza alla puerpera ed al neonato

La frequente carenza di aiuto alla puerpera al momento del rientro a domicilio suggerisce un maggiore impegno dei servizi territoriali ed in particolare del Consultorio Familiare nell'aiuto a risolvere i problemi della puerpera e del neonato. Tale esigenza ha assunto particolare rilevanza a seguito dell'incremento numerico delle dimissioni ospedaliere precoci, che devono essere appropriate e concordate con la madre. In ogni caso devono essere esplicitati i criteri sanitari adottati per assicurare che madre e neonato siano dimessi in condizioni appropriate per la prosecuzione delle cure a domicilio e le misure di salvaguardia del benessere della madre, con particolare riferimento alle dimissioni antecedenti le 48 ore dopo il parto.

Azioni

- Nel rispetto del principio della continuità assistenziale ed in presenza di effettive possibilità di cure domiciliari da parte dei servizi territoriali deve essere attivata un'offerta di assistenza ostetrica e pediatrica (almeno nell'attesa che il neonato sia registrato tra i clienti del pediatra di libera scelta), a domicilio almeno nel corso della 1a settimana di vita, e soprattutto in caso di dimissione precoce.

Deve essere tenuto in considerazione l'esigenza di tutela della salute fisica e psichica di madre e neonato e delle esigenze relazionali ed organizzative del nucleo familiare, in particolare modo in presenza di soggetti «a rischio» sociale o socio-sanitario (extracomunitarie, nomadi, ecc.) rispetto i quali deve essere prevista una presa in carico complessiva, di concerto con i servizi sociali.

Prevenzione dell'IVG

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

Azioni

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

Prevenzione dei tumori femminili:

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

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

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

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

Azioni

Tumore del collo dell'utero: offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa

tra 25 e 64 anni, con periodicità triennale ove non sussistano condizioni di rischio (secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale) Tumore della mammella: il C.F. offre consulenza ed indirizza la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50-69 anni, indirizza verso il programma di screening, secondo i le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale

Interventi per l'età post-fertile

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

Risulta pertanto necessario selezionare prioritariamente le donne in rapporto alle esigenze individuali ed alle prospettive di prevenzione di patologie degenerative

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

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

Azioni

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

Vaccinazioni

Il Consultorio Familiare, in sinergia con il DP e con il Distretto può intervenire nell'offerta attiva delle vaccinazioni per il conseguimento degli obiettivi del P.S.N. secondo le azioni e priorità indicate dal «Piano nazionale vaccini 1999-2000» (provvedimento 18 giugno 1999, Supp. Ord. n. 144 alla Gazz. Uff. 29 luglio 1999, n. 176).

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

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

CONSULTORI FAMILIARI		
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
<p>- Completamento della rete dei CF in applicazione della L. n. 34/1996</p> <p>- Disponibilità di profili professionali richiesti dal lavoro di équipe</p> <p>- Massima integrazione del CF nell'organizzazione dipartimentale attraverso l'afferenza al Distretto e la collaborazione con i servizi sociali e socio – assistenziali ad esso afferenti</p> <p>- Migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene scelte consapevoli per garantire il benessere psicofisico</p> <p>- Migliorare il benessere psicofisico e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia</p>	<p>- Adeguamento, da parte della ASL, delle strutture logistiche e delle attrezzature alle funzioni da compiere</p> <p>- Reclutamento dei profili professionali necessari in rapporto alle risorse disponibili ed agli obiettivi definiti nei piani aziendali</p> <p>- Piano di integrazione sanitario – sociale – socioassistenziale con coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati e suo finanziamento</p> <p>- Offerta attiva di corsi di informazione ed educazione alla salute nelle scuole</p> <p>- Offerta attiva dello spazio giovani nel consultorio</p> <p>- Offerta attiva di incontri con i genitori degli alunni</p> <p>- Presa in carico dei casi di disagio adolescenziale segnalati e/o individuati</p> <p>- Su segnalazione dei servizi vaccinali attivare ricerca attiva e valutazione dei casi di grave ritardo o evasione vaccinale</p> <p>- Su segnalazione delle scuole attivare ricerca attiva e valutazione dei casi di grave basso profitto o abbandono scolastico</p> <p>- Offrire consulenza, in collegamento con i pronto soccorsi, in caso di lesività</p>	<p>- Presenza di CF per area geografica</p> <p>- Percentuale di C.F. con strutture adeguate</p> <p>- Percentuale di C.F. con organici adeguati</p> <p>- Percentuale di profili professionali dei ruoli laureati con rapporto a tempo pieno</p> <p>- Percentuale di C.F. che sono inseriti in programmi strategici di integrazione</p> <p>- Percentuale di C.F. che hanno attivato programmi di prevenzione della salute</p> <p>- N° classi coinvolte sul totale delle classi</p> <p>- N° degli insegnanti coinvolti sul totale degli insegnanti,</p> <p>- N° di incontri con i genitori sul totale dei plessi scolastici,</p> <p>- numero di accessi di adolescenti nell'ambito spazio giovani del consultorio;</p> <p>- incremento delle conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e sull'igiene (su base campionaria);</p> <p>- numero di IVG in età minorile,</p> <p>- percentuale di gravidanze in minorenni</p> <p>- Percentuale di casi presi in carico (investigati ed assistiti) sul totale dei casi segnalati e/o individuati, nelle varie azioni</p>

<p>- Migliorare l'informazione e l'educazione alla salute per l'espressione di una sessualità rispondente ai bisogni del singolo e di una maternità e paternità responsabili</p> <p>- Migliorare l'informazione e</p>	<p><i>domestica in cui necessita un approfondimento sull'ambiente familiare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrire supporti al singolo e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali - Garantire il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni più a rischio - Presa in carico delle segnalazioni dell'autorità giudiziaria competente per le situazioni a rischio <p>- Garantire l'offerta attiva a tutte le coppie di un colloquio prematrimoniale sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile, sulla salute riproduttiva, sulla responsabilità genitoriale, sulle dinamiche relazionali, sull'accertamento di condizioni di rischio per consulenza genetica e indirizzo al servizio specifico, sulla prevenzione immunitaria e non immunitaria sulla diagnosi prenatale precoce</p> <p>- Offrire colloqui informativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - numero coppie che aderiscono agli inviti individuali sul totale delle coppie che si sposano, nell'unità di tempo; - numero coppie che partecipano a incontri di gruppo; - numero coppie che utilizzano la consulenza genetica sul totale di coppie individuate essere a rischio. - numero accertamenti sullo stato immunitario rispetto alla rosolia, - numero vaccinazioni per rosolia sul totale delle suscettibili, - numero accertamenti sullo stato immunitario rispetto alla toxoplasmosi; - Incremento di percentuale di conoscenze sulla fisiologia della riproduzione (su base campionaria), - riduzione del tasso di IVG e, in particolare della sua ripetitività, valutata per fascia d'età con particolare
---	--	---

<p><i>l'educazione alla salute delle donne sulla gravidanza e sulla gestione della stessa</i></p>	<p><i>sulla gravidanza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Offrire attivamente i corsi di preparazione al parto, alla nascita, al ruolo genitoriale e all'assistenza post-parto, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno</i> - <i>Favorire la prevenzione delle malformazioni congenite, l'assistenza alla gravidanza fisiologica e l'individuazione delle gravidanze problematiche ed a rischio</i> - <i>Adottare una cartella ostetrica ambulatoriale orientata da linee guida condivise</i> - <i>Monitorare la crescita ed il benessere fetale</i> - <i>Operare in stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale per i casi che lo richiedano;</i> - <i>Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti</i> - <i>Perseguire e mantenere contatti permanenti con i reparti ospedalieri in cui le donne andranno a partorire, privilegiando l'integrazione degli operatori dei C.F. e ospedalieri per quanto attiene il percorso nascita.</i> - <i>Offrire sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG predisponendo la relazione per il giudice tutelare</i> 	<p><i>riferimento alla fascia minorile o alle situazioni di maggior disagio sociale.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>n. donne che accettano il colloquio sul totale delle donne in gravidanza nell'unità di tempo ;</i> - <i>n. donne che partecipano al corso di preparazione alla nascita</i> - <i>n. donne allattanti al seno sul totale delle donne che hanno partorito, nell'unità di tempo (su base campionaria)</i> - <i>n. donne che seguivano ad allattare al seno dopo un mese dalla nascita (su base campionaria)</i> - <i>percentuale di parti con taglio cesareo,</i> - <i>percentuale di nati prematuri,</i> - <i>percentuale di nati di basso peso per l'età gestazionale</i> - <i>percentuale di morti endouterine,</i> - <i>mortalità perinatale,</i> - <i>Percentuale di C.F. messi in rete con i servizi ospedalieri</i> - <i>Percentuale di casi cui è stato offerto sostegno e presa in carico sul totale dei casi individuati e/o segnalati</i>
---	--	--

<p>- Migliorare il benessere psico-fisico della puerpera e del neonato</p>	<p>- Offerta attiva di visite domiciliari, con particolare riferimento al caso di dimissioni precoci e/o in situazioni di rischio sociale</p>	<p>- n. donne che accettano il colloquio sul totale delle donne che hanno partorito nell'unità di tempo, - n. donne coinvolte nel progetto aziendale di promozione dell'allattamento al seno, - n. puerpere che hanno richiesto e/o concordato la dimissione precoce e n. di controlli domiciliari. - Tempo medio dalla nascita all'iscrizione al P.L.S. - percentuale di bambini vaccinati entro un mese dal termine indicato dalla schedula vaccinale per le prime dosi delle vaccinazioni obbligatorie (su base campionaria); - conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e sulla procreazione responsabile (su base campionaria) - percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno sino al momento della dimissione ospedaliera e che seguiranno ad allattare al terzo mese e al sesto mese ; - n. incidenti domestici nel 1° anno di vita; accessi al P.S. nel primo anno di vita, - ricoveri ospedalieri successivi alla dimissione precoce nel 1° mese di vita.</p>
<p>- Prevenire il ricorso all'IVG</p>	<p>- offrire il colloquio; - garantire il supporto psicologico e sociale - assumere la presa in carico della donna che richiede l'IVG - offrire interventi finalizzati alla consulenza per la procreazione consapevole post IVG, per la prevenzione del ripetuto ricorso all'IVG</p>	<p>- percentuale di certificazioni IVG rilasciate dai consultori; - tempo di attesa tra certificazione e intervento - riduzione della percentuali di ripetuto ricorso all'IVG. - Percentuale di donne che tornano al C.F. dopo l'IVG</p>

<p>- Riduzione dell'incidenza dei tumori femminili e della mortalità ad essi associata</p>	<p>- Tumore del collo dell'utero : offerta attiva del Pap-Test a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni. - Tumore della mammella : offrire consulenza ed indirizzare la donna verso i centri di diagnosi precoce per la prevenzione del tumore della mammella e, per le donne di fascia di età 50 – 69 anni, indirizza verso il programma di screening</p>	<p>- numero di donne che hanno effettuato Pap-test sul totale delle donne appartenenti alla popolazione bersaglio; - percentuale di ritorni di vetrini per inadeguatezza; - numero di donne indirizzate e che si sono realmente rivolte ai servizi di diagnosi precoce sul totale della corrispondente popolazione bersaglio; - numero di donne seguite nel percorso diagnostico terapeutico sul totale delle donne con problema. - riduzione di incidenza del tumore del collo dell'utero - diagnosi tempestiva e migliore prognosi delle neoplasie adeguatamente trattate con riduzione del numero dei casi avanzati per il tumore della mammella.</p>
<p>- Migliorare il benessere psico-fisico nell'età postfertile</p>	<p>- Promuovere l'aggiornamento professionale sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulla possibilità di trattarla. - Incentivare la consapevolezza delle donne circa la possibilità di migliorare gli stili di vita e la sessualità per la qualità della vita post-fertile</p>	<p>- Percentuale di personale che frequenta i corsi - Percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita, su base campionaria</p>
<p>- Migliorare le coperture vaccinali</p>	<p>- Collaborare, con i servizi responsabili dei programmi vaccinali, alla realizzazione di campagne di educazione sanitaria e campagne vaccinali. - In collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali svolgere indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia portato alla seduta vaccinale</p>	<p>- Livelli di conoscenza, attitudini e competenze pratiche in tema di vaccinazioni (su base campionaria) - Percentuale di bambini investigati sul totale dei bambini segnalati in condizioni di grave ritardo vaccinale</p>

Allegato 7

Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per i consultori (.allegato 7 del P.O.M.I)

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO 3

**Legge 29 luglio 1975, n. 405 e legge 22 maggio 1978, n. 194.
Indirizzi per l'organizzazione del servizio
e delle attività consultoriali pubbliche e private.**

**Deliberazione Amministrativa Consiglio Regionale
n. 203, 3 giugno 1998**

IL CONSIGLIO REGIONALE

omissis

DELIBERA

di approvare gli indirizzi per l'organizzazione del servizio e delle attività consultoriali pubbliche e private di cui all'allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "Il Consiglio approva" Allegato

INDIRIZZI PER L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO E DELLE ATTIVITÀ CONSULTORIALI PUBBLICHE E PRIVATE

A - SERVIZIO CONSULTORIALE DELLE AUSL

1) Consultorio familiare, attività consultoriale, assistenza consultoriale

La legge 29 luglio 1975, n. 405 istituisce un servizio di assistenza "alla maternità e alle famiglie" che viene denominato "consultorio familiare".

Tale servizio, con la l.r. 5 novembre 1982, n. 37, assume la connotazione di "attività consultoriale" e con la l.r. 17 luglio 1996, n. 26 quella di "assistenza consultoriale".

2) Servizio consultoriale, attività consultoriale

In questo atto si usa la locuzione "attività consultoriale" per indicare le iniziative, gli interventi, le prestazioni attinenti alle singole tematiche; si usa invece la locuzione "servizio consultoriale" per indicare il complesso delle attività, degli operatori, delle strutture, delle attrezzature ed arredi per la tutela e per l'assistenza alla famiglia in tutti i suoi componenti.

3) Attività consultoriali

Le attività consultoriali riguardano la tutela della salute, della procreazione, della sessualità, delle relazioni di coppia e di famiglia, delle competenze di cura ed educazione delle nuove generazioni.

Tali attività concernono:

a) tutela della salute femminile:

- 1) prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
- 2) prevenzione del disagio psico-sociale;
- 3) pubertà;
- 4) menopausa;
- 5) diagnosi precoce dei tumori femminili;

- 6) interruzione di gravidanza;

- b) tutela della procreazione:
 - 1) contraccezione anche naturale;
 - 2) infertilità - sterilità;
 - 3) preconcezione;
 - 4) preparazione al parto ed alla nascita;
 - 5) gravidanza;
 - 6) puerperio;

- c) tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva:
 - 1) controllo dello sviluppo psico-fisico e sociale;
 - 2) diagnosi precoce di malattie congenite;
 - 3) diagnosi tempestiva di anomalie, di esiti invalidanti da malattie;
 - 4) rilevazione di disagio psico-sociale;
 - 5) obesità infantile;

- d) sessualità:
 - 1) informazione ed educazione;
 - 2) problematiche e patologie anche connesse con le diverse fasi della vita;
 - 3) abusi e violenze intra ed extrafamiliari;

- e) relazioni di coppia e famiglia:
 - 1) educazione alle relazioni di coppia e di famiglia;
 - 2) problematiche intraconiugali e intrafamiliari;
 - 3) abusi, maltrattamenti e violenze intraconiugali e intrafamiliari;
 - 4) conflittualità intraconiugale e intrafamiliare anche in regime di separazione e divorzio; mediazione familiare;

- f) competenze genitoriali nei confronti dei figli:
 - 1) educazione all'assolvimento delle competenze educative;
 - 2) aiuto, sostegno, consulenza, intervento psicologico anche ad indirizzo terapeutico;
 - 3) consulenza ed intervento pedagogico;
 - 4) aiuto, sostegno, consulenza, intervento professionale di servizio sociale anche per l'integrazione e la sostituzione del nucleo familiare;

- g) competenze di cure ed educazione dei minori:
 - 1) informazione/formazione di adulti con responsabilità educative;
 - 2) affido etero-familiare (organizzazione);
 - 3) adozione anche internazionale;

h) spazi innovativi per:

1) preadolescenza-adolescenza-giovani:

- attività, spazi ed interventi specifici;
- educazione alla affettività e alla sessualità;
- prevenzione, rilevazione e primo approccio al disagio psico-sociale anche familiare con particolare riferimento a problematiche e patologie connesse alla salute mentale, alla tossicodipendenza, all'alimentazione (obesità, anoressia, bulimia);

2) giovani coppie: attività, spazi ed interventi specifici anche informativi e formativi;

3) immigrati: spazi, attività ed interventi specifici anche informativi e formativi.

Le attività consultoriali si realizzano attraverso percorsi intervento snelli ed agevoli e "pacchetti offerta" per dare risposte complessive ai bisogni/domande dell'utenza.

Nell'ambito delle attività consultoriali sono assicurate: a) il segretariato sociale;

b) l'informazione, l'educazione sanitaria, la promozione sociale;

c) l'assistenza di base ostetrica e ginecologica;

d) l'assistenza pediatrica per la promozione e la tutela della salute psico-fisica e sociale del bambino;

e) l'aiuto, il sostegno, la consulenza, l'intervento psicologico anche ad indirizzo terapeutico;

f) l'aiuto, il sostegno, la consulenza, l'intervento professionale di servizio sociale anche per l'integrazione e la sostituzione della famiglia d'origine;

g) eventuale aiuto, sostegno, consulenza e intervento pedagogico;

h) spazi ed interventi specifici per preadolescenti, adolescenti e giovani, per giovani coppie, per immigrati.

Oggi si tende a considerare la preadolescenza, l'adolescenza, la prima giovinezza, età a rischio.

Senza entrare nel merito di queste affermazioni, si ritiene che prevedere nell'ambito delle attività consultoriali spazi, iniziative, interventi e prestazioni specifiche per le persone di tali età possa concorrere alla tutela della salute, intesa anche come prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, all'educazione alla vita affettiva, alla sessualità, alla procreazione responsabile, alle relazioni di famiglia, alla prevenzione del disagio psico-sociale.

Negli incontri di lavoro con gli operatori del territorio, con gli insegnanti dei vari ordini e gradi di scuola, a cominciare dalla scuola materna, emerge altresì la difficoltà delle giovani coppie in particolare per quanto concerne le relazioni di coppia, le competenze genitoriali.

È opportuno, come è già stato fatto da alcuni consultori privati nella nostra regione, prevedere anche per queste persone spazi, interventi e prestazioni professionali specifiche.

Altrettanto necessario è prevedere spazi, interventi mirati e nuovi per le immigrate che vivono problematiche afferenti alla salute femminile.

Le attività per gli adolescenti e i giovani, le giovani coppie e gli immigrati, anche quando

assicurate nei distretti, si rivolgono ad una popolazione di ambiti territoriali pluridistrettuali. Sono altresì assicurati.

- 1) l'unitarietà e l'integrazione socio-sanitaria all'interno di ogni attività consultoriale;
- 2) il collegamento funzionale con i servizi ospedalieri per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale intervento terapeutico;
- 3) il collegamento funzionale con gli altri servizi della AUSL, anche con quelli per la salute mentale e la tossicodipendenza, per la definizione e l'attuazione di piani di intervento a sostegno delle persone, in particolare della gestante, della donna, della donna con figli, dei figli minori, quando a carico di uno o entrambi i componenti la coppia sono presenti pesanti problematiche sanitarie, intellettive, psichiatriche, di tossicodipendenza;
- 4) il collegamento funzionale con i Comuni per l'integrazione quando necessario, delle iniziative, degli interventi, delle prestazioni professionali socio-sanitarie consultoriali con quelle socio-assistenziali comunali.

Attività consultoriali "di base" e ad "alta specializzazione"

Fin dalla prima attuazione della legge 405/1975 le attività consultoriali sono state considerate "risposte a bisogni primari di consistenza quantitativa significativa per le quali non sono necessarie particolari specializzazioni".

Si è ritenuto infatti che tutti gli operatori fossero in grado di fare tutto e che, in caso contrario, ci fossero sempre altri servizi in grado di assicurare gli interventi specializzati. In realtà negli anni sono emerse, nell'ambito delle tematiche consultoriali, problematiche e patologie nuove e sempre più gravi che richiedono iniziative, interventi, prestazioni professionali, anche di prevenzione, di particolare specializzazione.

Si manifestano in tutta la loro gravità devianze sessuali quali la pedofilia, di cui i minori sono vittime, l'abuso e la violenza di cui i minori sono vittime e a volte protagonisti. I genitori sembrano avere maggiori difficoltà nell'assolvimento delle competenze di cura e di educazione dei figli; sembrano avere sempre maggiori difficoltà e problemi quanti si dedicano all'educazione dei minori per un impegno solidaristico - affidò familiare e adozione - per un impegno professionale quale gli insegnanti.

Le conflittualità intraconiugali ed intrafamiliari perdurano anche in regime di separazione e di divorzio; sono sempre più evidenti gli episodi di maltrattamento e di violenza intrafamiliare. Il disagio preadolescenziale, adolescenziale e giovanile sfocia con maggiore frequenza nel suicidio, nelle problematiche e nelle patologie di salute mentale e di tossicodipendenza, nelle problematiche connesse con l'alimentazione (obesità, bulimia e anoressia).

Gli operatori non possono essere in grado di dare risposte significative a problematiche e patologie così diverse ciascuna delle quali richiede in genere un'alta specializzazione.

Per assicurare adeguate risposte alle esigenze attuali della popolazione, la Regione, a cominciare dal 1996, ha chiesto alle AUSL di individuare, nell'ambito delle équipes consultoriali,

specifici gruppi di lavoro in possesso di particolare preparazione professionale che possano operare nelle varie tematiche che si vanno via via individuando: la sessualità, la vita di coppia, la conflittualità coniugale, la violenza e altro.

I gruppi di lavoro sono équipes minime costituite da dipendenti di ruolo della AUSL, impegnati a tempo pieno nelle attività consultoriali, ciascuna delle quali assicura le attività consultoriali "di base" e, per un numero limitato di ore, una sola attività "ad alta specializzazione".

Le attività ad alta specializzazione anche se assicurate nei distretti hanno bacino di utenza interdistrettuale.

La Giunta regionale, con appositi atti, definisce le attività consultoriali ad alta specializzazione, il numero degli specifici gruppi di lavoro che in ciascuna AUSL provvedono alle diverse attività, nonché le figure professionali dei componenti di tali gruppi.

4) Assetto organizzativo

a) Servizio consultoriale e distretto

La legislazione vigente, compresa la recente l.r. 17 luglio 1996, n. 26 prevede che il servizio consultoriale sia assicurato nel distretto.

Le attività consultoriali "ad alta specializzazione" sono assicurate nel distretto per ambiti territoriali pluridistrettuali.

Come precisa il documento del Ministero della sanità "considerazioni sui consultori familiari e ipotesi per la loro riqualificazione" l'inserimento nel distretto avviene tenendo conto della peculiarità del servizio consultoriale, della necessità di salvaguardarne l'unitarietà funzionale e strutturale, il livello di specializzazione degli operatori.

b) Requisiti strutturali

Le attività consultoriali sono assicurate in un unico piano, in locali contigui, in uno spazio complessivo comunque ben distinto e ben distinguibile dagli altri servizi del distretto.

Ogni sede per l'assistenza consultoriale dispone di:

- locale per l'accoglienza utenti, segreteria ed informazioni;
- locale per aiuto, sostegno e consulenza, intervento psicologico ad indirizzo terapeutico;
- locale per visite ostetriche-ginecologiche;
- locale per attività consultoriale pediatrica;
- locali per corsi di preparazione alla nascita, di educazione sanitaria e promozione sociale;
- spazio archivio;
- locale per aiuto, sostegno e consulenza sociale;
- locali per attività dei consulenti;
- sala di attesa, riservata alle attività consultoriali in quanto all'utenza di tali attività deve essere assicurata anche la riservatezza.

c) Attrezzature ed arredi

Ogni sede consultoriale è dotata di attrezzature ed arredi necessari per lo svolgimento delle varie attività, attrezzature ed arredi definiti dagli operatori stessi.

5) Organizzazione delle attività

Ogni AUSL provvede ad assicurare nel territorio di competenza le attività consultoriali; provvede altresì a:

- a) individuare, per le attività ad alta specializzazione, i componenti dei vari gruppi di lavoro, la sede di lavoro, l'ambito territoriale di competenza;
- b) definire il numero di ore settimanali che ciascun operatore dedica alle attività consultoriali di base e a quelle ad alta specializzazione.

Provvede altresì a definire, con atti formali:

- a) i collegamenti funzionali con i servizi ospedalieri per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale intervento terapeutico;
- b) i collegamenti funzionali con i vari servizi della AUSL stessa, in particolare con quelli per l'handicap, per la salute mentale e le tossicodipendenze, per l'individuazione e la presa in carico delle situazioni multiproblematiche e a grave, gravissimo rischio psico-sociale a tutela della gravidanza, della maternità, della minore età;
- c) le intese, le convenzioni, gli accordi di programma con i Comuni per la pronta presa in carico socioassistenziale delle persone, anche minori, per le quali sono necessarie anche tali prestazioni.

6) Organico del personale

a) Operatori

Le attività consultoriali sono assicurate dai seguenti operatori:

- assistente sociale;
- ginecologo;
- ostetrica;
- pediatra;
- psicologo.

Sono previste, in qualità di consulenti, altresì figure professionali quali il sessuologo, il sociologo, il legale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo, l'endocrinologo, il dietologo e l'odontoiatra. Il Ministero della sanità nel più volte citato documento "considerazione sui consultori familiari e ipotesi per la loro riqualificazione" prevede come consulente anche il pedagogista già previsto nella legge 405/1975 e nella l.r. 11 /1977.

L'AUSL determina il numero degli operatori, anche consulenti, le ore di presenza di ciascuno di loro nei vari distretti tenendo conto delle singole realtà locali.

A titolo meramente indicativo, si può prevedere, per ogni 10 mila abitanti il seguente orario settimanale distinto per figure:

- 1 assistente sociale per 18 ore settimanali;
- 1 ginecologo per 9 ore settimanali;
- 1 ostetrica per 18 ore settimanali;
- 1 pediatra per 9 ore settimanali;
- 1 psicologo per 9 ore settimanali.

L'AUSL può prevedere un aumento nelle ore di presenza settimanali nelle varie sedi di lavoro in relazione a:

- caratteristiche del territorio e bisogni della popolazione;
- attività consultoriali ad alta specializzazione assicurate;
- esercizio delle funzioni amministrative di cui agli articoli 22 e 23 del d.p.r. 616/1977 ove delegate dai Comuni;
- integrazione sanitaria, o più precisamente psicologica, con le prestazioni socio-assistenziali municipali.

b) Responsabile di gestione

Il Ministero della sanità nel documento citato più volte relativo all'attività consultoriale rileva l'opportunità di individuare in ogni distretto un responsabile di gestione per le attività consultoriali con il compito di rispondere dei programmi annuali, dell'efficacia e dell'efficienza della struttura, della trasmissione delle informazioni riguardanti l'attività stessa. L'AUSL pertanto provvede ad individuare in ogni distretto dove sono assicurate le attività consultoriali il responsabile di gestione delle attività consultoriali stesse, individuandolo fra i dipendenti di ruolo che abbiano competenze professionali e posizione funzionale idonea a tale incarico.

7) Coordinamento delle attività consultoriali

A livello centrale, l'AUSL, attraverso il servizio competente in materia svolge un'attività di coordinamento nella definizione dei programmi dei singoli distretti, di rimozione degli ostacoli che si frappongono alla loro attuazione, di definizione dei collegamenti fra i vari servizi della AUSL nonché fra il servizio consultoriale ed i servizi socio-assistenziali dei Comuni.

8) Verifica e revisione di qualità

Come è noto, il d.lgs. 502/1992 ed il successivo d.lgs. 517/1993 prevedono, rispettivamente agli articoli 10 e 12 "l'adozione, in via ordinaria, della verifica e revisione della qualità delle prestazioni (V.R.Q.)", "al fine di garantire la qualità dell'assistenza alla generalità dei cittadini".

La VRQ è tesa a sottoporre a verifica sistematica l'attività svolta dai servizi, al fine di migliorarne costantemente la qualità. Per far questo essa si avvale di indicatori, cioè di valori numerici capaci di descrivere sinteticamente aspetti specifici o generali, di evidenziare le ca-

ratteristiche nonché l'evoluzione delle variabili osservate.

Solitamente la valutazione di qualità prende in esame alcuni segmenti fondamentali del servizio o presidio che eroga le prestazioni:

- struttura;
- procedure (o processo);
- esiti (o risultati).

Si ritiene opportuno articolare maggiormente l'analisi, distinguendo ulteriori segmenti di indagini, quali:

- a) struttura;
- b) accessibilità;
- c) procedure (o processo);
- d) esiti (o risultati) distinti in intermedi e finali;
- e) costi.

a) Struttura

Fa riferimento a "quanto viene usato" per mettere il servizio in condizione di operare: sedi, arredi, strumentazione, personale, ecc..

b) Accessibilità

Fa riferimento alla capacità di un servizio di essere facilmente raggiungibile e concretamente utilizzato dalla popolazione.

c) Procedure (o processo)

Concerne il "come si fa" ed il "quanto si fa": implica pertanto il percorso seguito nell'assunzione delle decisioni operative che riguardano il singolo utente nonché le iniziative rivolte alla collettività, ma anche l'entità complessiva del lavoro svolto (prestazioni ambulatoriali, attività coi gruppi, attività educative esterne, ecc.). Al suo interno potrebbe essere collocato un numero elevato di indicatori.

d) Esiti (o risultati)

È questo uno degli ambiti più rilevanti e, insieme, di più difficile lettura: nella sua accezione ultima (di risultati finali) fa infatti riferimento all'efficacia degli interventi, cioè alla loro capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati e traducibili in termini di "salute" per la popolazione servita. Si tratta dunque di un terreno complesso (su cui peraltro operano altri servizi ed istituzioni pubbliche e private) che, nel nostro caso, non può che fare riferimento a quanto emerge dalla sorveglianza epidemiologica per gli aspetti più propriamente connessi alle funzioni consultoriali. È tuttavia possibile distinguere anche esiti o risultati intermedi che sono rilevanti e possono essere adeguatamente valutati.

9) Aggiornamento degli operatori

Il personale addetto al consultorio deve essere aggiornato e riqualificato.

Il Servizio servizi sociali e il Servizio sanità della Regione, d'intesa con l'Agenzia sanitaria regionale e le AUSL, elaborano programmi per l'aggiornamento dei consultori.

Le AUSL locali provvedono all'attuazione di tali programmi.

Nell'ambito del finanziamento regionale per la gestione e il funzionamento dei consultori è riservata una quota pari al 20 per cento per l'attività di aggiornamento di cui sopra.

B - SERVIZIO CONSULTORIALE PRIVATO

omissis

I mutamenti del quadro legislativo in materia sanitaria, i nuovi assetti istituzionali rendono necessario richiedere alle AUSL un'attività di verifica delle attività assicurate in tutti i servizi consultoriali privati, autorizzati dalla Regione, anche non convenzionati con le AUSL stesse.

Il responsabile del consultorio privato provvede a:

- a) definire le attività consultoriali "di base" e "ad alta specializzazione" che intende assicurare;
- b) garantire gli spazi, le attrezzature e gli arredi, il personale necessario all'esplicazione delle attività prescelte.

In analogia a quanto previsto per le AUSL, le prestazioni assicurate sono soggette alla verifica ed alla revisione di qualità.

Le eventuali convenzioni riguardano in genere una parte delle attività consultoriali, quelle concernenti la procreazione, la genitorialità, l'educazione alla vita di coppia e di famiglia.

C - ADEMPIMENTI SUCCESSIVI

Entro novanta giorni dall'approvazione del presente atto, la Giunta regionale allo scopo di pervenire ad un sistema di interventi omogeneo su tutto il territorio regionale, mette a punto ed approva una scheda, anche per ogni singola attività consultoriale, a cui debbono uniformarsi tutti i servizi consultoriali pubblici e privati (u.c. articolo 14 della l.r. 11/1977).

Tale scheda, omogenea su tutto il territorio regionale permette alla AUSL il riscontro delle iniziative, delle attività e degli interventi assicurati dai servizi consultoriali, nonché orienta l'operatore nella rilevazione delle problematiche dell'utenza.

Entro novanta giorni dall'approvazione del presente atto la Giunta regionale propone, con appositi provvedimenti, al Consiglio regionale:

- a) le iniziative, le attività, gli interventi di competenza del pediatra consultoriale, differenziandoli da quelli del pediatra di base, dei servizi ospedalieri;
- b) le modalità affinché le prestazioni assicurate o richieste dal servizio consultoriale della AUSL siano erogate gratuitamente.

ALLEGATO 4

**Regione Marche
Sedi Consultoriali, 30 giugno 2006.**

ZT	Comune	Distretto	Indirizzo	CAP	Prov	Telefono	Fax
PESARO	GABICCE MARE	DISTRETTO PESARO	Via Berlinguer, 8	61011	PU	0541960344	0541950450
	PESARO	DISTRETTO PESARO	Largo Volontari del sangue SNC	61100	PU	0721-424604	0721-424611
	SANT'ANGELO IN LIZZOLA	DISTRETTO PESARO	Via Pio la Torre - Montecchio	61020	PU	0721-424811	
	NOVAFELTRIA	DISTRETTO NOVAFELTRIA	Piazza Bramante, 10	61015	PU	0541-919640	0541-920856
URBINO	CAGLI	DISTRETTO CAGLI	Via Flaminia, 98	61044	PU	0721-792517	0721-792520
	URBINO	DISTRETTO URBINO-URBANIA	Via G. da Montefeltro, 45	61029	PU	0722-301528	0722-327747
	URBANIA	DISTRETTO URBINO-URBANIA	Via Roma, 54	61049	PU	0722-316754	0722-316766
	MACERATA FELTRIA	DISTRETTO MACERATA FELTRIA	Via Penserini, 9	61023	PU	0722-730240	0722-730250
FANO	FANO	DISTRETTO FANO - PERGOLA	Via IV Novembre	61032	PU	0721-882820	0721-882820
	FOSSOMBRONE	DISTRETTO FOSSOMBRONE - SALTARA	Via Kennedy, 21	61034	PU	0721-721213	0721-721202
SENIGALLIA	SENIGALLIA	DISTRETTO UNICO SENIGALLIA	Via Campo Boario, 4	60019	AN	071-79092339 /2363	071-7909365
	CORINALDO	DISTRETTO UNICO SENIGALLIA	Viale Degli Eroi	60013	AN	071-79093309/ 3334	
JESI	JESI	DISTRETTO UNICO JESI	Via Guerri, 9/11	60035	AN	0731-534624-41	0731-534623
	CUPRAMONTANA	DISTRETTO UNICO JESI	Via Marianna Ferranti, 55	60034	AN	0731-786711	0731-786717
	MONTECAROTTO	DISTRETTO UNICO JESI	Via S. Francesco, 20	60036	AN	0731-889411	0731-889446
	MAIOLATI SPONTINI	DISTRETTO UNICO JESI	Via Trieste, 80 - Moie	60030	AN	0731-706811	0731-706825
	FILOTRANO	DISTRETTO UNICO JESI	Piazza Don Minzoni, 16	60024	AN	071-7227911	071-7227925
	CINGOLI	DISTRETTO UNICO JESI	Viale della Carità, 11	62011	MC	0733-601711	0733-601725
FABRIANO	FABRIANO	DISTRETTO UNICO FABRIANO	Piazza Turati 51	60044	AN	0732-707723	0732-707744
	SASSOFERRATO	DISTRETTO UNICO FABRIANO	Piazza Marconi	60041	AN	0732-707531	
	SERRA SAN QUIRICO	DISTRETTO UNICO FABRIANO	Via Martiri della Libertà, 4	60048	AN	0731-86103	
ANCONA	ANCONA	DISTRETTO ANCONA CENTRO	Via Colombo 16	60127	AN	071-8705062	071-8705058
	FALCONARA MARITTIMA	DISTRETTO ANCONA NORD	Piazza Rosselli 11	60015	AN	071-91781	
	CHIARAVALLE	DISTRETTO ANCONA NORD	Via Giordano Bruno, 22	60033	AN	07174901	
	MONTEMARCIANO	DISTRETTO ANCONA NORD	Piazza Pierozzi 11	60018	AN	071-7490727	
	POLVERIGI	DISTRETTO ANCONA NORD	Piazza Alighieri 8	60020	AN	071-906270	
	LORETO	DISTRETTO ANCONA SUD	Via S. Francesco 1	60025	AN	071-7509301	071-7509302
	CASTELFIDARDO	DISTRETTO ANCONA SUD	Via XXV Aprile	60021	AN	071-7214118	
	SIROLO	DISTRETTO ANCONA SUD	Via Morriconi	60020	AN	071-9333111	071-9333104
	CAMERANO	DISTRETTO ANCONA SUD	Via Marinelli	60021	AN	071-7303252	
	OSIMO	DISTRETTO ANCONA SUD	Piazza del Comune, 4	60027	AN	071-7130442	071-7130442
CIVITANOVA M.	CIVITANOVA MARCHE	DISTRETTO CIVITANOVA M.- RECANATI	Via Abruzzo	62012	MC	0733-823454	0733-823456

ZT	Comune	Distretto	Indirizzo	CAP	Prov	Telefono	Fax
MACERATA	CORRIDONIA	DISTRETTO MACERATA	Viale Italia	62014	MC	0733-4364935	
	TREIA	DISTRETTO MACERATA	Via Leopardi, 2	62010	MC	0733-21851	
	MACERATA	DISTRETTO MACERATA	Via Ugo Foscolo	62100	MC	0733-2572036-034-031	0733-2572052
	TOLENTINO	DISTRETTO TOLENTINO	Viale della Repubblica	62022	MC	0733-9001	0733-900364
	SANT'ANGELO IN P.	DISTRETTO TOLENTINO	Via Falerienze, 26 Passo Sant'Angelo	62020	MC	0733-663515	
SARNANO	DISTRETTO TOLENTINO	Largo Giuseppe Pierucci	62028	MC	0733-657526		
CAMERINO SAN SEVERINO	MATELICA	DISTRETTO MATELICA-SAN SEVERINO	V.le Europa, 1	62024	MC	0737-781485	
	SAN SEVERINO M.	DISTRETTO MATELICA-SAN SEVERINO	Via del Glorioso	62027	MC	0733-642244/264	
	CAMERINO	DISTRETTO CAMERINO	Località Caselle	62032	MC	0737-639266/448	0737-639271
FERMO	PETRITOLI	DISTRETTO FERMO N.2	Via Pacifico Marini	63027	AP	0734-6255407	
	MONTEGIORGIO	DISTRETTO FERMO N.2	Via dell'>Ospedale Diotallevi, 8	63025	AP	0734-6255068	
	MONTEGRANARO	DISTRETTO FERMO N.2	Via dell'>Ospedale	63014	AP	0734-6255295	
	FERMO	DISTRETTO FERMO N.2	Via Gigliucci	63023	AP	0734-6252942/2882	
	PORTO SAN GIORGIO	DISTRETTO FERMO N.2	Via Misericordia 7	63017	AP	0734-6252633	0734-6252714
	PORTO SANT'ELPIDIO	DISTRETTO FERMO N.1	Via Motagnola	63018	AP	0734/6257030	0734/6257045
	SANT'ELPIDIO A MARE	DISTRETTO FERMO N.1	Via Murri	63018	AP	0737-6257506	0734-6257492
SAN BENEDETTO	SAN BENEDETTO DEL T.	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Via Mare, 40 - Porto D->Ascoli	63037	AP	0735-655304	
	ACQUAVIVA PICENA	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Via Giacomo Leopardi, 210	63030	AP	0735-764816	
	CUPRA MARITTIMA	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Via Ruzzi, 13	63012	AP	0735/777373	
	MONTEFIORE DELL'ASO	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Piazza Antognozzi, 9	63010	AP	0734-938834	
	SAN BENEDETTO DEL T.	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Via Manzoni, 38	63039	AP	0735-582054	0735-582054
	GROTTAMMARE	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Viale Cruciolli	63013	AP	0735-634391	
	MONTEPRANDONE	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Piazza XIV Maggio - Centobuchi	63033	AP	0735-7015587711228	
	MONTALTO DELLE M.	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Viale dei Tigli, 6	63034	AP	0736-829460	
	RIPATRANSONE	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Via Don Augusto Camei, 8	63038	AP	0735-99341	
PEDASO	DISTRETTO UNICO SAN BENEDETTO TR	Via Marconi, 2	63016	AP	0734/939912		
ASCOLI PICENO	ROCCAFIUVIONE	DISTRETTO ASCOLI PICENO	Via Picena	63049	AP	0736-365131	
	VENAROTTA	DISTRETTO ASCOLI PICENO	Via Nardi	63040	AP	0736-361131	
	FOLIGNANO	DISTRETTO ASCOLI PICENO	Via Roma	63040	AP	0736-492067	
	ACQUASANTA TERME	DISTRETTO ASCOLI PICENO	Piazza XX Settembre	63041	AP	0736-801413	
	ASCOLI PICENO	DISTRETTO ASCOLI PICENO	Viale della Rimembranza	63100	AP	0736-358028	0736-358029
	CASTEL DI LAMA	DISTRETTO OFFIDA	Via Beccaria, 3	63031	AP	0736-813878	
	CASTIGNANO	DISTRETTO OFFIDA	Via Zacchiroli	63100	AP	0736-822067	
	CASTORANO	DISTRETTO OFFIDA	Via Del Sole	63100	AP	0736-87631	
	COLLI DEL TRONTO	DISTRETTO OFFIDA	Largo Campo Fiera	63100	AP	0736-898865	
	SPINETOLI	DISTRETTO OFFIDA	Piazza Marini - Pagliare	63100	AP	0736-892315	0736-80736/358029
	OFFIDA	DISTRETTO OFFIDA	Piazza Garibaldi	63100	AP	0736-887931	
	AMANDOLA	DISTRETTO AMANDOLA	Largo Plebani	63021	AP	0736-843406	
	SANTA VITTORIA IN MATENANO	DISTRETTO AMANDOLA	Viale Europa - Ponte Maglio	63028	AP	0734-780402	
COMUNANZA	DISTRETTO AMANDOLA	Via Giordano Bruno	63044	AP	0736-844413	0736-844413	

