

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Magistrale* in Innovazione e Servizio Sociale



**Prevenzione del disagio familiare. Ricerca sulla capacità attrattiva del
Consultorio Familiare di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia**

Relatrice: Maria Castiglioni

Laureanda: Maria Grazia Salvatori
Matricola n 2063091

A.A 2022/2023

SOMMARIO

Introduzione	8
CAPITOLO I	
Il Consultorio Familiare	
<i>1.1 Il disagio familiare: famiglie vulnerabili, fragili, multiproblematiche.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2 Nascita ed evoluzione del Consultorio Familiare.....</i>	<i>16</i>
1.2.1 Le premesse.....	16
1.2.2 Istituzione dei Consultori Familiari: normativa nazionale e regionale.....	21
<i>1.3 Le novità e peculiarità.....</i>	<i>24</i>
1.3.1 Aspetti generali.....	24
1.3.2 Il ruolo del consultorio nella prevenzione.....	26
<i>1.4 Criticità.....</i>	<i>29</i>
1.4.1 Le cause.....	29
1.4.2 La prevenzione mancata.....	30
CAPITOLO II	
Lo stato dell'arte dei Consultori Familiari	
<i>2.1. I Consultori Familiari in Italia</i>	<i>32</i>
2.1.1 Fondi per le attività consultoriali.....	33
2.1.2 Diffusione di CF e disponibilità di personale.....	33
2.1.3 Capacità attrattiva.....	35

2.1.4 Offerta attiva	36
2.1.5 Aree di attività	37
2.2 <i>I Consulitori Familiari in Veneto</i>	40
2.2.1 Il Veneto in numeri	41
2.2.2 I Consulitori Familiari veneti come “servizi relazionali”	43
CAPITOLO III	
La ricerca nel Consultorio Familiare di Abano Terme- Montegrotto- Torreglia	
3.1 <i>Caratteristiche del territorio di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia</i>	48
3.2 <i>Il Consultorio Familiare di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia</i>	49
3.2.1 L’utenza e le azioni svolte.....	50
3.2.2 L’equipe	52
3.2.3 La rete dei servizi	53
3.3 <i>Criticità emergenti dall’esperienza di tirocinio</i>	54
3.4 <i>La ricerca</i>	58
3.4.1 Domanda di ricerca	58
3.4.2 Obiettivi	58
3.4.3 Strumenti	60
3.4.4 Campione di ricerca	62
3.5 <i>I Risultati delle indagini</i>	63
3.5.1 L’indagine quantitativa	63
3.5.1.1 Conoscenza del servizio	65
3.5.1.2 I bisogni dell’utenza	66

3.5.1.3 Le aree di intervento	67
3.5.1.4 Gli operatori nei Consultori Familiari	69
3.5.1.5 La figura dell'assistente sociale	70
3.5.1.6 Lo stigma del chiedere aiuto	75
3.5.1.7 Le iniziative di Comunità	77
3.5.1.8 Considerazioni conclusive	79
3.5.2 L'indagine qualitativa	80
3.5.2.1 Conoscenza del servizio	80
3.5.2.2 Gli accessi dell'utenza tra beneficITÀ e coattività.....	81
3.5.2.3 Il depauperamento del servizio	82
3.5.2.4 Fare prevenzione nel Consultorio Familiare.....	87
3.5.2.5 Problemi sociali diffusi	90

CAPITOLO IV

Una prospettiva per il Consultorio Familiare: il Community Work	92
<i>4.1 Cos'è la Comunità</i>	<i>95</i>
<i>4.2 Il servizio sociale di Comunità</i>	<i>96</i>
4.2.1 Tra individuale e collettivo	97
<i>4.3 I modelli del Community Work in Italia</i>	<i>98</i>
4.3.1 Il Community Care	98
4.3.2 Il Community Development	101
<i>4.4 I requisiti per un lavoro di Comunità</i>	<i>101</i>
<i>4.5 Famiglie al centro</i>	<i>103</i>

<i>4.6 Considerazioni conclusive</i>	<i>106</i>
Conclusioni	108
Bibliografia	112
Allegati	116

INTRODUZIONE

La famiglia rappresenta, a parere della scrivente, il luogo delle massime contraddizioni.

Essa può essere un nido, all'interno del quale trovare risposta ai propri bisogni, e al tempo stesso una gabbia, in grado di generare dei bisogni che rimarranno inespressi e non corrisposti.

Essa può dare protezione e costituire un fattore protettivo per l'individuo e il suo sviluppo, ma può essere anche fonte di pericolo e costituire un fattore di rischio per lo sviluppo armonico dell'individuo stesso.

Essa può creare un potenziale e al tempo stesso inibire tale potenziale.

Famiglia, il luogo in cui si può sviluppare la resilienza dell'individuo e al tempo stesso tutte le sue vulnerabilità.

In tempi caratterizzati da una sempre maggiore incertezza delle condizioni economiche e sociali e dall'instabilità dei legami, le forme di vulnerabilità familiari sono sempre maggiori e sempre maggiore appare la necessità di intercettarle prima che evolvano e degenerino verso forme di vero e proprio disagio.

Il presente lavoro, allora, è il frutto delle osservazioni e riflessioni nate durante l'esperienza di tirocinio all'interno del servizio che per antonomasia è chiamato a restituire centralità al soggetto famiglia, a fornirle una risposta nella sua interezza e in particolare, ad agire secondo un'ottica preventiva: Il Consultorio Familiare.

Il primo capitolo, partendo dall'analisi del concetto di vulnerabilità intesa come condizione che può riguardare ogni famiglia in specifiche fasi del suo ciclo di vita e che, nel quadro dell'attuale trasformazione sociale, riguarda un numero crescente di famiglie, prosegue sottolineando l'importanza nel lavoro sociale del concetto di genitorialità positiva, considerata motore dello sviluppo umano.

Sempre più al centro dell'attenzione delle politiche sociali, il tema della genitorialità positiva implica non solo realizzare interventi a favore di famiglie problematiche o di sostegno alla genitorialità in chiave riparativa, quando vi è la manifestazione di un disagio conclamato, ma anche di svolgere interventi in chiave preventiva e promozionale delle famiglie: per questo la famiglia deve essere sostenuta in tutte le fasi del suo ciclo vitale secondo una logica di *life course*, e non semplicemente riparata, all'occorrenza, attraverso interventi di tipo assistenziale.

Partendo da queste premesse, il capitolo prosegue raccontando le origini e l'evoluzione in Italia dei Consulenti Familiari, servizi iscritti in modo precipuo nell'area di prevenzione e promozione della salute (intesa come uno stato di completo benessere fisico, psicologico, sociale) e offerti alla famiglia nella sua interezza.

Ne vengono illustrate la portata innovativa e le sue peculiarità, legate all'attenzione esplicita al soggetto famiglia, all'approccio globale ai problemi socio-sanitari della famiglia e, in particolar modo, alle sue finalità di prevenzione del disagio familiare, ma anche le evidenti criticità che fin da subito hanno caratterizzato il CF, rendendone difficoltoso lo sviluppo.

In particolare, nel corso del capitolo si è voluto sottolineare il ruolo mancato dei CF nella prevenzione, avendo finito per operare sempre più in termini di cura e in chiave riparativa: definito dal dottor Michele Grandolfo come il “vizio di fondo dei CF”, il servizio che doveva essere un posto aperto e rivolto all'esterno, in grado di guardarsi attorno per intercettare e rispondere ai bisogni di salute e per capire i cambiamenti della società, è rimasto un luogo chiuso, non realizzando una metodologia di intervento all'esterno basata sul principio dell'offerta attiva.

Attraverso il secondo capitolo, si vuole mostrare come le criticità che tali servizi hanno incontrato fin dalle loro origini non siano mai state superate e, anzi, siano state trascinate nel presente: il lettore è condotto in un percorso di approfondimento dello stato dell'arte dei Consulenti Familiari grazie ai dati emersi nel corso dell'Indagine Nazionale sui Consulenti Familiari condotta tra 2018-2019 al fine di identificare le buone pratiche per promuovere una rivalutazione del loro ruolo.

A partire dalla trattazione di temi quali le risorse, la disponibilità di personale, il principio di offerta attiva, la capacità attrattiva sul territorio nazionale, si passa successivamente a una loro analisi all'interno del contesto della Regione Veneto. Il capitolo prosegue chiarendo la chiave “relazionale” che tali servizi hanno assunto all'interno della Regione grazie alla scelta di potenziarne le attività di carattere sociale, visti i cambiamenti degli ultimi anni e l'emergere di bisogni caratterizzati da un aumento della complessità assistenziale, che hanno posto la necessità di adottare un approccio che preveda oltre alle misure di sostegno alla famiglia per risolvere situazioni di disagio, anche la promozione e il potenziamento delle capacità della famiglia, per uscire da un'ottica puramente assistenzialistica e permetterle di rivestire un ruolo attivo.

A questo punto viene fornita una trattazione delle aree di attività del Consultorio Familiare, con particolare riguardo all'ambito di intervento psico-sociale e del ruolo dell'assistente sociale al suo interno.

Il terzo capitolo, partendo da una trattazione delle caratteristiche dei Comuni di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia del distretto 2 della AULSS6 Euganea, procede raccontando l'esperienza di tirocinio svolta all'interno del Consultorio afferente a questi territori, con particolare riguardo all'utenza incontrata e alle attività svolte. Nel tentativo di indagare quali criticità fossero presenti all'interno del servizio, il tema della netta predominanza di casi provenienti da richieste dell'Autorità Giudiziaria e dell'esiguo numero di accessi spontanei è apparso subito centrale e ha dato l'input al mio interesse di ricerca. Infatti, da tale considerazione è nata la domanda: "Per quale motivo il Consultorio Familiare, che offre servizi di consulenza e sostegno alla genitorialità, fa difficoltà ad adempiere alla sua funzione preventiva e a intercettare le famiglie prima che esploda il disagio e si assista a un conflitto tra genitori ormai cronicizzato?"

Partendo dall'ipotesi che la scarsa conoscenza del Consultorio Familiare e un'immagine distorta del servizio potessero dare spiegazione della scarsa capacità attrattiva evidenziata dai dati, il capitolo prosegue con una descrizione dello strumento utilizzato per indagare tali dimensioni, ovvero un questionario proposto alla popolazione residente nei tre Comuni, e con l'analisi dei risultati.

Nel tentativo di condurre uno studio più approfondito che potesse fornire ulteriori risposte attraverso la voce di chi opera nel quotidiano all'interno del servizio e potesse evidenziarne luci ed ombre, il capitolo presenta anche quanto emerso nel corso delle interviste semi-strutturate rivolte alle operatrici del Consultorio Familiare.

Infine, il capitolo quattro, in considerazione di quanto emerso dalla presente ricerca, intende proporre uno specifico approccio come possibile strada che il Consultorio Familiare potrebbe intraprendere per potenziare la propria funzione preventiva: il Community Work. Illustrandone le origini, i tratti salienti e le finalità, nel corso della trattazione se ne intende evidenziare il potenziale e il possibile ruolo nella prevenzione del disagio familiare.

CAPITOLO I

Il Consultorio Familiare

1.1 Il Disagio familiare: famiglie vulnerabili, fragili, multiproblematiche

La genitorialità pone le sue radici più profonde su un terreno biologico come spinta alla prosecuzione della specie, e le basi dell'allevamento e dell'accudimento della prole sono istinti geneticamente fondati¹.

Tuttavia, nonostante questa base istintuale, la transizione alla genitorialità costituisce un evento stressante nel ciclo di vita di un individuo e richiede una lunga evoluzione: il mestiere di genitore è qualcosa che si deve imparare durante un percorso complesso che richiede notevoli capacità di adattamento.

In generale per funzionamento genitoriale si intendono i processi e le risposte cognitive, emozionali, comportamentali, fisiologiche, biologiche e sociali che mediano le influenze sociali e ambientali, passate e attuali rispetto agli esiti dei processi di *adattamento* o *maladattamento* genitoriale (cioè quando ci sono difficoltà nella funzione genitoriale).

Tutte quelle condizioni in cui la funzione genitoriale nelle sue componenti fondamentali di cura e protezione dei figli, è fortemente disturbata e influisce profondamente sulla qualità della relazione genitore-bambino prende il nome di “vulnerabilità”, ovvero la maggiore facilità di essere esposti a traumi a causa di una mancanza di adeguate difese e protezioni. La vulnerabilità, come condizione che può riguardare ogni famiglia in specifiche fasi del suo ciclo di vita, è una situazione socialmente determinata, una condizione di disagio e fragilità da cui può emergere la negligenza parentale o trascuratezza, la quale, secondo la definizione di Lacheritè et al, rappresenta

“Una carenza significativa o un'assenza di risposte ai bisogni di un bambino, bisogni riconosciuti come fondamentali sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e/o dei valori sociali adottati dalla collettività di cui il bambino è parte»².

¹ Stefanini Maria Cristina, 2018, slide delle lezioni presso Università di Firenze

² Lacherite C. et al., 2006, “*Vers une théorie écosystémique de la négligence*”, in Bulletin de psychologie, 59, p. 95-111

La trascuratezza rappresenta una forma di maltrattamento più facile da definire che da riconoscere e identificare (Daniel *et al.*, 2011, p. 11), in quanto basata su condotte omissive che hanno conseguenze indirette e non sempre visibili sul piano fisico (può riguardare i bisogni di salute, educazione, sviluppo psico-emozionale, nutrimento, protezione, ambiente di vita sicuro, ossia l'eventuale omissione delle necessarie misure di sorveglianza, accudimento, educazione e protezione dei bambini)³.

Questa definizione mette in rilievo la molteplicità dei fattori che concorrono al verificarsi del fenomeno, che sono attribuibili ai genitori (depressione, tossicomania, deficit intellettivi, ecc.), al bambino, alla famiglia (funzionamento familiare, ruoli genitoriali, monoparentalità, violenza coniugale, ecc.), alla comunità e all'ambiente socioeconomico (in particolare povertà e assenza/debolezza di sostegno sociale).⁴

La povertà economica, sociale e culturale che riguarda molte famiglie rappresenta un fattore predittivo particolarmente incidente sull'insorgere della negligenza. È evidente, dunque, come l'intervento con queste famiglie debba sempre mobilitare sia la dimensione interna delle relazioni intrafamiliari che quella esterna delle relazioni fra famiglia e contesto sociale.

Nel quadro dell'attuale trasformazione sociale, è evidente l'emergere di parecchie forme di vulnerabilità che riguardano un numero crescente di famiglie in diverse fasi del loro ciclo di vita e in diversi contesti⁵. Tali forme di vulnerabilità sono in costante aumento, e le cause sono molteplici, come indicato poc'anzi: da quella economica (crisi economica, povertà emergente) a quella relazionale (difficoltà nei rapporti coniugali, crescita del numero delle separazioni); da quella organizzativa (gli impegni lavorativi, la frenesia quotidiana e quindi la poca disponibilità di tempo da dedicare alla famiglia) a quella culturale (che a sua volta causa una difficoltà educativa).

Secondo Di Blasio (2005), il concetto di vulnerabilità ha una genesi multifattoriale e la considera come la risultante complessa di tre ordini di fattori: i fattori di rischio distali (condizioni di base che

³ Daniel B, Taylor J & Scott J (2011) *Recognizing and Helping the Neglected Child: Evidence-Based Practice for Assessment and Intervention*. Safeguarding Children Across Services. London: Jessica Kingsley Publishers.

⁴ Ethier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13–24

⁵ Serbati, S., Milani, P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*, Roma, Carocci

determinano vulnerabilità, spesso difficilmente modificabili come la povertà, bassa scolarità, isolamento sociale, devianza, esperienza di abuso, malattie psichiatriche); fattori aggravanti (che amplificano il rischio, possono essere eventi scatenanti legati a fattori individuali, alle caratteristiche del bambino, familiari o sociali, come la perdita di lavoro, malattie, crisi familiare); infine vi sono i fattori protettivi, cioè quelli che contengono il rischio, come la positività nelle relazioni familiari, rete di amici o parentale, buona autostima e autonomia, una buona resilienza.

Insomma, le cause di disagio possono essere molteplici e parliamo di disagio familiare proprio perché l'ansia e il disagio coinvolgono tutti i membri della famiglia: sono sentimenti diffusi che possono creare conflittualità all'interno di tutto il nucleo, nonché all'esterno.

Spesso però le famiglie vulnerabili, o multiproblematiche, non si rivolgono spontaneamente agli operatori e, a volte, non riconoscono nemmeno la necessità di un intervento esterno, tanto che la conoscenza della diffusione di queste famiglie e dei relativi rischi psicosociali risulta ancora faticosa.

Negli ultimi vent'anni, una ricca letteratura ha confermato come costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti, relazioni e stimoli sul piano socio-emotivo e cognitivo contribuisca alla qualità dello sviluppo infantile e della società nel suo insieme⁶.

In vista dei gravi danni in cui potrebbero incorrere i bambini⁷, nell'ambito del lavoro sociale con le famiglie il concetto di genitorialità positiva assume una rilevanza cruciale ed è al centro dell'attenzione delle politiche sociali. I più recenti documenti d'indirizzo internazionali sottolineano l'importanza del supporto alla genitorialità nei primi anni di vita in termini di vera e propria policy di sanità pubblica⁸.

La stessa Convenzione per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza sancisce il diritto della famiglia di ricevere l'assistenza e la protezione necessarie per assumere pienamente la responsabilità delle proprie funzioni, contrastando condizioni e situazioni di vulnerabilità⁹. Lo sviluppo della genitorialità positiva

⁶ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo nazionali: l'intervento con bambini e famiglie in condizioni di vulnerabilità. Promozione della genitorialità*, prefazione, 2017

⁷ Di Blasio, P., Miragoli, S., *Fattori di rischio e di protezione nella genitorialità fragile*, in Caravita, S., Milani, L. T. D., *Psicologia dello sviluppo e dell'educazione, Il Mulino, Milano 2018: 225-240* [<http://hdl.handle.net/10807/131694>]

⁸ Lauria L., Lega I., Pizzi E., Bortolus R., Battilomo S., Tamburini C., Donati S (Ed.). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1).

⁹ ONU. Convention on the Rights of the Child (New York, 20 Novembre 1989)

riguarda, inoltre, l'impegno e le responsabilità collettive nel contrastare le povertà educative e costruire contesti inclusivi, responsivi e capacitanti.

La genitorialità positiva, espressione utilizzata dal Consiglio d'Europa, è dunque considerata il motore dello sviluppo umano. Da essa emerge dunque la consapevolezza dell'importanza di effettuare interventi di sostegno alla genitorialità (parenting support) per promuovere il migliore sviluppo possibile dei bambini.

La Comunità europea ha emanato una serie di documenti che, a livello internazionale, insistono sull'importanza del compito prioritario del sistema dei servizi e interventi sociali nell'accompagnare i genitori nel compito educativo.

La Raccomandazione R (2006) 19 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri relativa alle politiche di sostegno alla genitorialità, che lancia l'espressione "genitorialità positiva", definisce il *parenting support* come un vasto insieme di interventi *family-oriented* che hanno in comune il focus sulla genitorialità attraverso due ottiche: quella della prevenzione primaria degli "universal services" e quella mirata dei "targeted services".

La prima è, come suggerisce il nome, "universale": essa infatti si rivolge ai genitori in situazione di "normalità"; la seconda si rivolge ai genitori con bisogni specifici, per affermare una cultura che intende sostenere le famiglie e le funzioni genitoriali sia in situazioni di protezione, che in maniera precoce e preventiva, quindi diffusa e a partire dalla promozione delle risorse piuttosto che dalle patologie e dal malfunzionamento familiare¹⁰.

La politica europea considera sia il *parenting support* che la *parent education* un investimento sociale che i governi devono prendere in seria considerazione per i comprovati effetti nell'aumentare la salute e il benessere dei bambini.

Si tratta, dunque, non solo di realizzare interventi a favore di famiglie problematiche, o di effettuare interventi di sostegno alla genitorialità in chiave riparativa, quando cioè vi è la manifestazione di un disagio conclamato, ma anche di svolgere interventi in chiave preventiva e promozionale delle famiglie: per questo la famiglia deve essere sostenuta in tutte le fasi del suo ciclo vitale secondo una

¹⁰ Milani P., *Famiglie fragili: un percorso di lettura e filmografico*; Supplemento della rivista Rassegna bibliografica infanzia e adolescenza ISSN 1723-2600

logica di life course, e non semplicemente riparata, all'occorrenza, attraverso interventi di tipo assistenziale.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ribadisce proprio l'importanza dell'approccio life course come strategia di comunità da implementare¹¹, affermando che:

“Adottare un approccio life-course, a partire dai primi 1000 giorni (nonché in fase pre-concezionale) e lungo tutto il corso della vita, mira a ridurre i fattori di rischio individuali e a rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. L'allattamento materno, ad esempio, è elemento determinante per la salute e va, pertanto, protetto, promosso e sostenuto. Poiché il 50% dei disturbi mentali dell'adulto si manifestano prima dei 14 anni di età, le prime fasi di vita rappresentano un 29 momento particolarmente importante in cui promuovere la salute mentale e prevenire l'insorgenza di disturbi mentali, anche attraverso interventi di formazione alle capacità genitoriali (parental skills training)”.

Allo stesso modo, In Italia è stato emanato il documento di indirizzo “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” del Ministero della Salute, che sottolinea l'importanza di favorire una genitorialità consapevole e di costruire ambienti familiari, educativo-scolastici e sociali ricchi di affetti.

Un ulteriore riferimento fondamentale è costituito dalle Linee di indirizzo nazionali di interventi con bambini e famiglie in condizioni di vulnerabilità (2017), approvate in Conferenza Unificata, sono frutto di un lavoro collegiale e pluriennale realizzato da rappresentanti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e del Gruppo scientifico dell'Università di Padova che ha avviato l'attuazione del Programma P.I.P.P.I. (mirato a prevenire l'allontanamento dei bambini e dei ragazzi) a partire dal 2011.

Tale documento si è posto l'obiettivo di un ampio investimento nell'infanzia e nella genitorialità, articolando il sistema di interventi intorno a tre aree, cioè la promozione, la prevenzione e la protezione all'infanzia.

In Italia, all'interno del sistema dei servizi, l'unico servizio socio-sanitario offerto alla famiglia nella sua interezza, e chiamato in particolar modo a svolgere funzioni di prevenzione e promozione della salute (intesa come uno stato di completo benessere fisico, psicologico, sociale) è il Consultorio Familiare, di cui nel prossimo paragrafo analizzeremo la storia e lo sviluppo.

¹¹ Ministero della Salute, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile in https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/documenti/news/15_PNP_2020.2025.pdf

1. 2. Nascita ed evoluzione del Consultorio Familiare

1.2.1 Le premesse

I Consultori Familiari, istituiti con la Legge nazionale n 405 del 1975, costituiscono un servizio multidisciplinare di prossimità che svolge attività sociosanitarie di base a tutela della salute della donna, dell'età evolutiva e delle relazioni di coppia e familiari, fortemente orientate ad attività di prevenzione e di promozione della salute¹².

Nonostante la loro travagliata evoluzione, di cui tratteremo in questo paragrafo, essi rappresentano dei presidi di enorme attualità in ambito di salute pubblica, grazie alla presenza di diversi elementi, quali l'approccio multidisciplinare e olistico di questi servizi sociosanitari distribuiti sull'intero territorio nazionale, l'attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la capacità di realizzare programmi di promozione della salute volti all'empowerment delle persone e delle comunità che li caratterizzano.

Ovviamente, i consultori così come li conosciamo oggi non nascono dal nulla, ma sono l'esito e il portato di una serie di avvenimenti storici, sociali e culturali che hanno caratterizzato l'Italia a partire dagli anni '60.

Dunque, prima di arrivare alla situazione presente, effettueremo un rapido excursus partendo con il descrivere e il rappresentare gli anni che hanno preceduto la nascita dei Consultori.

Gli anni '60 e '70 furono anni di grandi trasformazioni politiche, sociali e culturali, anni colmi di rivendicazioni e conflitti sociali che spesso mettevano in discussione quanto fino ad allora rappresentava una certezza: nel campo del lavoro, gli operai iniziavano a rivendicare il diritto di prendere le proprie decisioni e l'essere protagonisti del proprio stato; nel campo della salute ai "malati di mente" è stato riconosciuto il diritto alla parola grazie alle idee innovative di Basaglia; il movimento delle donne irrompe sulla scena rivendicando l'autodeterminazione e l'autonomia, mettendo in discussione il paternalismo direttivo: si gridava nelle piazze e per le strade "Il corpo è mio e lo gestisco

¹² Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (Ed.). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1).

io”; nascono inoltre i gruppi del *self help* e viene pubblicato lo storico libro collettivo “Noi e il Nostro Corpo”.¹³

Nel campo medico, si assiste a un cambio di paradigma attraverso il graduale superamento del cosiddetto “paternalismo direttivo”: tale concetto, proposto da Emanuel & Emanuel nel 1992, è stato poi rielaborato da diversi autori nel tentativo di proporre dei modelli per descrivere la relazione medico-paziente e a cui corrispondono specifiche modalità di comunicazione.

Secondo gli autori citati, il paternalismo avrebbe lasciato il posto a un modello sociale di salute, ispirato alla definizione di salute che era stata introdotta nel 1948 come non solo assenza di malattia ma uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale: la nuova concezione, che si farà strada in modo graduale anche nel nostro Paese, valorizzava le componenti mentali, sociali e relazionali dello stato di benessere delle persone

e che metteva in discussione il paradigma del modello biomedico di salute: la dicibilità delle cause sociali è cioè competenza della persona e deve essere messa in grado di esprimere tale competenza: si tratta di un iniziale percorso di empowerment, che si attiva se chi opera si dispone con rispetto, gentilezza, empatia, compassione e umiltà, da considerare vere e proprie competenze professionali.

Nonostante tale grande cambio di paradigma, le implicazioni che ne sarebbero dovute scaturire rimasero contraddittorie spesso per tutto il ventesimo secolo: permase, infatti, quel paternalismo direttivo, secondo il quale il professionista ha le conoscenze e dispone delle direttive e prescrizioni a cui il paziente deve sottostare. Infatti, l’idea secondo la quale la salute rappresenta la condizione in cui la persona ha capacità autonoma di controllo sul proprio stato verrà proposta solo nel 1986 con la Carta di Ottawa¹⁴, in cui per la prima volta viene codificato il concetto di “promozione della salute”.

Tale documento rappresenta un altro riferimento essenziale in questa trattazione in quanto evidenzia un ulteriore passaggio nell’evoluzione del concetto di salute: infatti, essa sottolinea alcuni requisiti fondamentali per poter parlare di “stato di salute”, fra i quali la pace, adeguate risorse economiche,

¹³ De Santis, G., 2019; *I consultori familiari a 40 anni dalla nascita. Non solo numeri*. Eurocomunicazione [online]. Disponibile in <https://www.eurocomunicazione.com/2019/12/31/consultori-familiari-a-40-anni-dalla-nascita-non-solo-numeri/>

¹⁴ World Health Organization, *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. Disponibile in <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

l'alimentazione e l'abitazione, un ecosistema stabile e un uso sostenibile delle risorse (vedi transizione demografica ed epidemiologica). Il riconoscimento di questi requisiti fondamentali sottolinea gli inestricabili legami esistenti tra le condizioni socioeconomiche, l'ambiente fisico, lo stile di vita delle persone e la salute.

Questi legami forniscono la chiave di comprensione olistica della salute, fondamentale nella definizione di promozione della salute. Durante la prima Conferenza internazionale sulla promozione della salute che si tenne ad Ottawa e da cui nacque il documento stesso, si affermò infatti che

“La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il proprio controllo sulla propria salute e di migliorarla ...”.

Si afferma che gli obiettivi della Promozione della salute sono quello di rafforzare le capacità e le competenze degli individui e di modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività.

La Carta di Ottawa esemplifica e evidenzia l'esigenza sentita da più parti in quegli anni, cioè quella di autodeterminazione, di poter avere il controllo sulla propria vita e di una manifestazione intrinseca della propria autocoscienza.

Prima di arrivare alla legge istitutiva dei consultori familiari, questi ultimi sono stati preceduti da una serie di sperimentazioni dal portato innovativo caratterizzate da una modalità non paternalistica delle relazioni con la finalità della promozione della salute: si trattò di servizi consultoriali di ispirazione cristiana e laica¹⁵, che si ispiravano alla nuova definizione di salute, e dei consultori femministi autogestiti.

Sebbene l'idea di introdurre su scala nazionale un servizio particolare per la famiglia fosse nuova, questa fu preceduta da alcune iniziative di associazioni volontaristiche private, operanti già da qualche decennio, come l'Unione dei Consultori Italiani Prematrimoniali e Matrimoniali (U.C.I.P.E.M.), il Centro per l'educazione matrimoniale e prematrimoniale (C.E.M.P.) e l'Associazione Internazionale Educazione Demografica (A.I.E.D). Quest'ultime, che andremo brevemente a presentare di seguito,

¹⁵ Grandolfo M., 2017. *Chi e perché sta abbandonando i Consultori Familiari?* Quotidiano sanità [online]. Disponibile in <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=56823>

sono molto diverse tra loro per nascita, obiettivi e finalità ma accomunate dal fatto di aver risposto a istanze molto diffuse e popolari.

La prima delle tre, l' UCIPeM¹⁶, è stata costituita il 24 marzo 1968 a Bologna, con l'adesione iniziale di 28 centri che svolgevano da anni le attività proprie di un consultorio familiare.

Il loro riferimento ideale ed operativo era costituito dal consultorio familiare dell'Istituto "La Casa" di Milano, fondato il 15 febbraio 1948 da don Paolo Liggeri e, per la parte scientifica, dal Centro Italiano di Sessuologia (C.I.S.), diretto allora dai proff. Giacomo Santori e Olindo La Pietra di Roma.

Di seguito, riportiamo le parole di Don Paolo Liggeri:

«C'era, negli anni dell'immediato dopoguerra, un gran vociferare per la "ricostruzione" del Paese: "Ebbene - mi dissi - noi ci dedicheremo alla ricostruzione della famiglia". Sorsero così varie iniziative, per quel tempo insolite: pubblicazioni specifiche, editoriali e periodiche, corsi di preparazione al matrimonio, corsi di riorientamento per sposi e genitori, un consultorio prematrimoniale e matrimoniale per le difficoltà critiche che possono insorgere nella preparazione al matrimonio e lungo il corso della vita coniugale. Ecco, l'idea del consultorio scaturiva da una serie di iniziative, specificatamente orientate all'aiuto della famiglia, le quali ci avevano fatto approfondire l'osservazione di situazioni problematiche, e istanze, più o meno esplicite, che richiedevano un organismo particolarmente qualificato, che le accogliesse e le esaminasse, in modo da chiarire ed evidenziare la soluzione migliore, caso per caso.

Il 15 febbraio del 1948, quando annunciai al pubblico milanese che l'Istituto "La Casa" istituiva un consultorio di quel genere, la stampa (a cominciare da quella quotidiana) mostrò subito vivo interesse, come se si fosse squarciato un velo che nascondeva una problematica sociale, diffusa e dolente. Ricordo che le prime persone che giunsero al consultorio si riferivano a un giornale o venivano addirittura con il giornale sul quale avevano letto la notizia, quasi per scusarsi di chiedere un aiuto così insolito di cui da tempo sentivano il bisogno... Nel giro di pochi anni, sorsero altri consultori in Italia, con i medesimi intendimenti e sempre per iniziativa di persone sensibili e volenterose, senza riconoscimenti, né aiuti di nessuna sorta. Sono questi

¹⁶ UCIPeM - Unione Consultori Italiani Prematrimoniali e Matrimoniali. (1996). *Vita della famiglia e consultorio familiare*. Milano: FrancoAngeli.

consultori, i quali nel 1968 si raggrupparono sotto la sigla UCIPEM (Unione Consultori Italiani Prematrimoniali e Matrimoniali) ...».¹⁷

Successivamente all'esperienza dell'U.C.I.P.E.M nacque l'A.I.E.D, associazione che opera su tutto il territorio nazionale senza alcuna finalità di lucro. Essa fu fondata il 10 ottobre 1953 da un gruppo di giornalisti, scienziati e uomini di cultura di diversa estrazione politica, ma con una comune ispirazione laica e democratica ¹⁸.

Tra i suoi primi obiettivi vi sono stati quello di ottenere l'abrogazione dell'articolo 553 del Codice penale (che sarà riconosciuto come incostituzionale nel 1971) che vietava la propaganda e l'uso di qualsiasi mezzo contraccettivo e l'apertura nel 1955, a Roma, del primo consultorio italiano di assistenza contraccettiva.

Infine, nacque, dall'unione di un gruppo di volontari laici, il *Cemp* (Centro per l'Educazione Matrimoniale e Prematrimoniale), che tendeva principalmente a favorire la conoscenza dei mezzi anticoncezionali: esso nacque infatti nel 1966, quando l'educazione sessuale era un miraggio e parlare di contraccezione era illegale.

Ad oggi esso costituisce una Cooperativa sociale di tipo A che si occupa di tutti i problemi che riguardano la sessualità, la prevenzione, la maternità, la vita di relazione in generale, i rapporti di coppia o familiari, i problemi medici, psicologici o legali.

Infine, lo spirito con cui nascono i consultori familiari viene ricordato dal dottor Michele Grandolfo¹⁹, epidemiologo, dirigente di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità e direttore del reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della

¹⁷ De Fazi S., 2019. *Il Consultorio Familiare Nascita ed evoluzione di un modello sociale di salute in Italia*. Disponibile in https://www.acli.it/wp-content/uploads/PDF/DOSSIER/DOSSIER_cosultorio_familiare.pdf

¹⁸ Associazione italiana per l'educazione demografica. Wikipedia, 2022 [online]. Disponibile in https://it.wikipedia.org/wiki/Associazione_italiana_per_l%27educazione_demografica

¹⁹ Grandolfo M., Rivista il Mulino [online]. Disponibile in <https://www.rivistailmulino.it/isni/13311>, consultato il 3 gennaio 2024

salute (Cnesps), nonchè redattore del Progetto obiettivo materno infantile per quanto riguarda il potenziamento e la riqualificazione dei Consulenti Familiari²⁰.

Egli infatti afferma che i consulenti familiari siano il risultato di due moti che hanno caratterizzato il contesto storico di quegli anni, complementari e connessi: da una parte, l'affermarsi di un modello sociale di salute, che riconosceva nei determinanti sociali le cause dietro le cause biologiche della salute e il tentativo di abbandonare il paternalismo direttivo; dall'altra, hanno raccolto il potente messaggio che è derivato dall'esigenza posta con forza dal nuovo ruolo che le donne sono andate acquistando nella società e di chi negli anni '70 intendeva realizzare una società più egualitaria, più giusta, improntata all'autodeterminazione femminile e delle persone in genere²¹.

A queste esigenze, dunque, lo Stato ha risposto con un modello di servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, operanti per la promozione della salute come offerta attiva, a partire dal punto di vista di genere.

1.2.2 Istituzione dei Consulenti Familiari: normativa nazionale e regionale

Nel nostro Paese i Consulenti Familiari (C.F.) sono stati istituiti con la legge n. 405 del 29 luglio 1975²², dunque nel mezzo di un vasto e accelerato processo di trasformazione della società italiana e di riforma delle strutture dei servizi sanitari e sociali, scandito da una molteplicità di eventi legislativi, primo fra tutti la Costituzione Italiana attraverso gli articoli 29-30-31 che rappresentano i principi ispiratori della legislazione familiare. Tra le leggi che sono state emanate in quegli anni, ricordiamo le seguenti:

- la Legge 898/70 sulla "disciplina nei casi di scioglimento del matrimonio" e successive modifiche (436/78 e 74/87);

²⁰ Grandolfo M. *Il Consultorio Familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile*. EpiCentro- L'epidemiologia per la sanità pubblica [online]. Disponibile in < <https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo>>

²¹ Grandolfo M. *I consulenti familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione*. In: Montemagno U (Ed.). *Il Ginecologo Italiano*, Vademecum 1996- 97: pp.463-477. Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche Srl Milano 1996

²² Legge 29 luglio 1975, n. 405, "Istituzione dei consulenti familiari" (1975, 27 agosto) (Italia). *Gazzetta Ufficiale*.

- le norme sul nuovo ordinamento regionale italiano (1972-75-77);
- la riforma del diritto di famiglia (1975) ed in particolare gli articoli 143 e 147 del Codice Civile che sanciscono l'uguaglianza rispetto alla responsabilità genitoriale e la rilevanza dell'interesse del minore;

Nel 1975 nascono dunque i Consultori Pubblici, definendone gli scopi all' ART 1:

“ Il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopi: 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; c) 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 ”.

La Regione del Veneto varò la Legge Regionale n. 28 il 25 marzo 1977 sull'istituzione dei Consultori Familiari, in applicazione di quanto disposto dalla legge nazionale n. 405 del 29 luglio 1975.

Per l'avvio di questo servizio e la condivisione di linee attuative dei Consultori Familiari, programmò una serie di seminari, aperti alle esperienze del volontariato e a quelle degli operatori pubblici.

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

Negli anni che seguirono all'istituzione dei CF, si succedettero altre leggi fondamentali, come:

- le norme che hanno liberalizzato l'uso dei contraccettivi (1977);
- le norme per la tutela sociale della maternità e la interruzione volontaria della gravidanza (1978);
- la riforma dei servizi sanitari mediante l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978).

- la Legge 184/83 sull'adozione di minori;
- i DDLL. 502/92 e 517/93 che hanno definito gli obiettivi di distrettualizzazione e di integrazione socio-sanitaria dei servizi territoriali delle AULSS;
- la Legge 285/97 sulla promozione di opportunità e diritti per l'infanzia e l'adolescenza;
- il D.P.R. 23.07.1998 che ha approvato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 che nella parte dedicata all'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale configura il Distretto come "centro di servizi e prestazioni" che soddisfa i bisogni dell'assistito-utente in modo unitario e globale.

Merita una particolare trattazione in questa sede l'approvazione del "Progetto obiettivo materno-infantile" relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" (D.M. San. 24 aprile 2000) che ha ridefinito i requisiti e gli standard per i Consultori Familiari e il loro inserimento in rete con gli altri servizi territoriali. Infatti, tale Piano, sulla base dell'attenta analisi del quadro epidemiologico del Paese, individuava gli obiettivi di salute e definiva come prioritaria l'area materno infantile.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) assegna quindi un ruolo strategico centrale ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva e indica in dettaglio modalità e campi operativi prioritari, con un esauriente corredo di indicatori di processo, di risultato e di esito²³.

A seguire, a partire dagli anni 2000, ulteriori riferimenti normativi fondamentali furono i seguenti:

- Il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza e ne dispone l'applicazione regionale;
- la Legge 54/06 sull'affidamento condiviso dei figli nelle separazioni e divorzi.

Per quanto concerne nello specifico la Regione Veneto, che merita un particolare focus perché rappresenta il contesto all'interno del quale è stato svolto il tirocinio di ricerca, risulta fondamentale la deliberazione della giunta regionale n. 215 del 03 febbraio 2010 con cui vengono approvate le Linee Guida per il servizio di Consultorio Familiare della Regione del Veneto, secondo cui

“Il Consultorio Familiare è un'unità operativa inserita nell'ambito più ampio dell'Area Materno Infantile o Area Infanzia Adolescenza Famiglia o Area di Promozione Familiare, che risponde in maniera diversificata, specialistica ed integrata ai bisogni espressi dalla famiglia nella sua interezza, garantendo la continuità assistenziale nelle varie fasi del ciclo di vita, sia in termini di promozione che di protezione del benessere”.

In particolare, tali linee guida definiscono la specifica volontà di connotare i Consultori veneti come servizi dalla forte componente relazionale.

Infine, la L.R. 23/2012 ha previsto l'istituzione da parte delle Aziende ULSS, a livello distrettuale, dell'unità operativa Infanzia, Adolescenza e Famiglia che include il Consultorio Familiare quale servizio rivolto al singolo, alla coppia ed alla famiglia, accanto al servizio di Età Evolutiva e Neuropsichiatria (Regione Veneto, 2016).

1.3 Le novità e peculiarità

1.3.1 Aspetti generali

La legge n. 405 venne subito salutata come un evento significativo sotto due punti di vista: l'attenzione esplicita al soggetto famiglia («servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità») e per le sue finalità di prevenzione del disagio sociale, di integrazione sociosanitaria e di partecipazione civile sul territorio. I consultori, infatti, intendevano fornire un aiuto concreto alla famiglia perché potesse porsi quale comunità educante in grado di assecondare lo sviluppo e la crescita dei propri membri: aiutare la persona nella gestione del proprio mondo relazionale, attraverso gli obiettivi di prevenzione, integrazione sociosanitaria e partecipazione.

La legge sancì un approccio globale ai problemi sociosanitari della famiglia, prevedendo infatti gruppi pluridisciplinari di operatori, esperti nel campo medico, mentale e delle relazioni interpersonali, in coerenza col principio della globalità dell'intervento assistenziale sanitario, che pochi anni dopo veniva recepito dalle norme per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833 del 23 dicembre 1978).

²³ Estratto dal POMI - D.M. del 24/4/2000, Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000

Per quanto riguarda il concetto di prevenzione, questo fu centrale in quegli anni e andò addirittura a precedere la riforma complessiva dei servizi sanitari, che recepì la Dichiarazione Internazionale di Alma Ata (1978) sviluppando diversi principi innovativi, importanti per la tutela della salute della popolazione, quali proprio gli interventi preventivi della malattia e promozionali della salute: loro scopo principale è quello di promuovere la salute mettendo al primo posto la prevenzione e rendendo le persone più consapevoli, grazie a maggiori conoscenze, e più competenti in tema di salute.

I consultori familiari rivolti alle donne e agli adolescenti, ma anche agli uomini, si prefiggono come scopo principale proprio questo: promuovere la salute mettendo al primo posto la prevenzione.

Come racconta Margherita Pozza, responsabile del servizio famiglia dell'Asl di Lecco, i servizi offerti dal consultorio erano pensati come aiuto globale alla famiglia, capaci di agire su problemi complessi, relazionali, interpersonali e come servizi a "bassa soglia", cioè di facile accesso, "sburocratizzati".²⁴

I presidi non erano pensati dunque di tipo ambulatoriale, cosa che nella realtà dei fatti avvenne, mettendo a disposizione un servizio materno infantile e un'organizzazione di tipo poliambulatoriale²⁵.

Negli anni successivi al '75 tutte le Regioni si dotarono di una legge applicativa in tema di Consultori Familiari, così come richiesto dall'articolo 2 della legge istitutiva ("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"). Tuttavia, tali norme regionali e le conseguenti iniziative sono poi risultate, spesso, inadeguate ad interpretare e attuare l'ispirazione della legge del 1975.

Infatti, a causa di altre circostanze sociali, culturali e legislative, i servizi dei Consultori Familiari si sono caratterizzati sempre più come assistenza e cura (e meno come prevenzione) offerte all'individuo più che alla persona nelle sue relazioni con la famiglia, e in termini medicali e sanitari più che di consulenza familiare²⁶.

²⁴ Giampetruzzi F, 2014. *Consultori Familiari a rischio*. Altra Economia [online]. Disponibile in <https://altreconomia.it/consultori-familiari-a-rischio/>

²⁵ Camber C., La carta dell'UCIPEM tra storia, tradizioni e futuro. Disponibile in <https://ucipem.com/la-carta-dellucipem-tra-storia-tradizione-e-futuro/>. Consultato il 20 febbraio 2024

²⁶ Conferenza Episcopale Italiana, Ufficio Nazionale per la Pastorale della Famiglia. *I Consultori familiari sul territorio e nella comunità*, Roma, 1991.

Si svilupparono modelli organizzativi diversi e, se da una parte questo ha permesso di modellare la legge sul singolo territorio, allo stesso tempo ha causato una frammentazione del servizio, complice anche la mancata osservazione e valutazione da parte del ministero della Salute.

A partire dalla fine degli anni Ottanta, commissioni nazionali promosse dai Ministri della Sanità hanno prodotto linee di indirizzo per la riqualificazione e il potenziamento dei Consultori Familiari, fino ad arrivare al già citato Progetto Obiettivo Materno Infantile²⁷, quale espressione operativa della rilevanza strategica assegnata alla tutela della salute della donna e del bambino (per il riflesso che gli interventi in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale, attuale e futura) nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

In particolare, rappresenta un aspetto innovativo il fatto che tale documento si ponga una serie di obiettivi (legati al percorso nascita, al pediatra di libera scelta, alla salute degli adolescenti etc) che garantiscono l'unitarietà degli interventi, secondo la logica dei percorsi che “non concernono più solo il singolo ma che sono in grado di ampliare l'osservazione a unità più complesse quali ad esempio la famiglia”²⁸. Tale documento afferma infatti che:

“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”.

1.3.2. Il ruolo del consultorio nella prevenzione

Il ruolo preventivo del consultorio è fortemente espresso all'interno del POMI, in cui si afferma che

“È necessario 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

²⁷ Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. Gazzetta ufficiale n.131 Suppl. Ord. n. 89, 7 giugno 2000

²⁸ Ministero della sanità D.M. 24-4-2000 Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000». Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 giugno 2000, n. 131.

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”

Gli ambiti della prevenzione in cui può intervenire il Consultorio Familiare sono molteplici, spaziando da aree più prettamente sanitarie (procreazione responsabile, prevenzione dell'IVG, prevenzione del tumore del collo dell'utero, assistenza in gravidanza) a aree di tipo psico-sociale (prevenzione del disagio adolescenziale attraverso lo spazio giovani, prevenzione del disagio familiare).

Le due aree di prevenzione non sono sconnesse tra loro: ogni programma non può essere compartimentato, se non logicamente, ma è interconnesso con gli altri.

Pensiamo, per esemplificare il concetto, alla realizzazione di programmi per la prevenzione dei tumori femminili e in particolare del tumore del collo dell'utero. La popolazione bersaglio è rappresentata da tutte le donne di età compresa tra 25 e 65 anni, da esporre all'offerta attiva del Pap-test, una volta ogni tre anni: il Consultorio Familiare può contattare tutte le donne e ciò può rappresentare una formidabile occasione per far conoscere concretamente la realtà consultoriale a tutta la popolazione femminile e, attraverso di esse, alle loro famiglie di appartenenza.

Dunque, nell'offerta di una misura di prevenzione sanitaria in realtà si offre, ad esempio, anche una disponibilità di aiuto in caso di disagio familiare, offrendo l'opportunità di far emergere fragilità, problemi familiari e/o sociali che altrimenti non emergerebbero se non come punta di iceberg.

Allo stesso modo, le indagini nazionali condotte dall'Istituto Superiore di Sanità nel corso di decenni testimoniano come l'assistenza consultoriale o ostetrica e gli incontri di accompagnamento alla nascita producano maggiore soddisfazione, migliori esiti di salute e maggiore persistenza dell'allattamento al seno, che si traducono in una minore esposizione alle

pratiche inappropriate e quindi alle possibili derive di necessità di tutela dei minori da parte dei servizi.

Peraltro, l'indagine nazionale condotta sui Consultori Familiari evidenzia come la presa in carico da parte dell'ostetrica durante il periodo della gravidanza fisiologica, preveda un protocollo per la valutazione del rischio psicosociale e del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto, effettuato con percentuali più elevate al Nord (61,5% vs. 39% al Centro e 16,1% al Sud e Isole).

Per quanto riguarda nello specifico la prevenzione nell'ambito del disagio familiare, all'interno del POMI si legge che:

“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”

Si tratta di un'area di interesse in forte espansione, in rapporto alla crescita della domanda, con particolare riferimento ai conflitti di coppia e intergenerazionali; al sempre crescente numero di divorzi e separazioni e dei problemi conseguenti in ordine all'affido dei figli di genitori separati; ai casi di maltrattamento, incuria, ecc. nonché all'affido familiare e adozione; al sostegno a gravidanze e maternità a rischio sociale.

In relazione a queste aree di intervento, il POMI propone una serie di azioni attivabili, inscrivibili nell'ambito della prevenzione, tra cui:

- 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 pronti 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.

1.4 Criticità

1.4.1 Le cause

La portata innovativa e originale del nuovo servizio di Consultorio Familiare, basato su un approccio multidisciplinare, sulla non direttività e su una visione di genere si è venuto a scontrare fin da subito con delle evidenti criticità che hanno reso difficile lo sviluppo di tali servizi²⁹.

Già nei primi convegni degli inizi degli anni ottanta emersero tali criticità, da una parte favorite dalle legislazioni regionali differenziate che li hanno incorporati con modalità non omogenee nel SSN, dall'altra esacerbate dalle ostilità dei servizi tradizionali che provarono sistematicamente ad emarginare questi servizi innovativi basati sul nuovo modello sociale di salute cercando di delegittimarli, da una parte negandone l'integrazione strutturale e funzionale, dall'altra operando per impedire che venissero assegnate risorse umane, economiche, strutturali e infrastrutturali, specialmente al Sud.

Altro motivo che ha creato difficoltà allo sviluppo dei CF è stato che la legge istitutiva nazionale e quelle regionali indicavano i campi di attività dei consultori familiari, privilegiando in particolare la prevenzione e la promozione della salute ma non proposero mai degli obiettivi operativi attraverso una pianificazione nazionale e regionale, almeno fino al varo del POMI.

L'assenza di una programmazione operativa, scientificamente fondata, basata su obiettivi e stabilendo delle priorità sia a livello nazionale che regionale, ha prodotto così due fenomeni collegati. In primo luogo, la programmazione, che era intesa come mera enumerazione delle attività, non considerava o definiva sistemi di verifica e popolazione di riferimento, i quali furono genericamente accennati, quando e se presi in considerazione. Inoltre, il problema dell'efficacia e dell'appropriatezza delle attività non veniva affrontato.

A causa della mancanza di obiettivi di popolazione (e quindi di sanità pubblica) e, come vedremo, della tendenza a rivolgersi quasi esclusivamente a un'utenza spontanea, venne messo a rischio il principio della multidisciplinarietà: se infatti si finì col servire solo chi si presentava spontaneamente, si andò a sviluppare una deriva verso la settorializzazione e la frammentazione, così che ogni figura

²⁹ Grandolfo M. *I consultori familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione*. In: Montemagno U (Ed.). *Il Ginecologo Italiano*, Vademecum 1996-97: pp.463-477. Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche Srl Milano 1996

professionale rivendicava la competenza a trattare un caso la cui problematica veniva colta in una visione unidimensionale, secondo un'ottica specialistica e meno in sinergia con le competenze diversificate degli altri professionisti.

1.4.2 La prevenzione mancata

Tra le diverse criticità, quella che più in questa sede preme sottolineare è rappresentata dal fatto che i consultori, nonostante siano iscritti come servizi nell'area della prevenzione, abbiano finito per operare principalmente in termini di cura piuttosto che di prevenzione e di promozione della salute.

Chi opera nella prevenzione deve infatti preoccuparsi di "raggiungere" chi è a rischio, che in genere sono proprio le persone più difficili da raggiungere. La possibilità di raggiungere le persone pone, dunque, un problema di "comunicazione" (intesa in senso fisico, psicologico, relazionale, culturale): è compito degli operatori instaurare una comunicazione con le persone, non consapevoli di un problema ancora solo potenziale.

Il consultorio, che doveva essere un posto aperto e rivolto all'esterno, in grado di guardarsi attorno per intercettare e rispondere ai bisogni di salute e di capire i cambiamenti della società, è rimasto un luogo chiuso, non realizzando una metodologia di intervento all'esterno: infatti, come afferma Gina Pavone, nonostante l'impostazione altamente innovativa, continuarono a lavorare, nella generalità dei casi, con le persone che si presentavano spontaneamente o a quelle più facilmente a portata di mano, partendo dall'assunto che chi presentasse un problema di competenza del Consultorio si sarebbe presentato una volta saputo dell'esistenza del servizio e delle attività in esso svolte³⁰.

Ma quale è la probabilità che una persona, che non ha il problema specifico ma ha il potenziale rischio di andarvi incontro, si attivi spontaneamente non avendo nessuna urgenza? Da qui segue l'imperativo secondo il quale la prevenzione dovrebbe essere attivamente offerta e non semplicemente raccomandata.

³⁰ Pavone G, 2013. *Riaprire i consultori per tagliare gli sprechi*. In genere [online]. Disponibile su <https://www.ingenere.it/articoli/riaprire-i-consultori-tagliare-gli-sprechi>

Nonostante, dunque, la novità del principio di "offerta attiva", il comportamento dei professionisti è stato di tipo tradizionale, trattandosi per lo più di operatori che erano stati formati secondo i vecchi modelli.

Tale attenzione rivolta principalmente all'utenza spontanea, o a coloro che vi erano indirizzate da altri servizi e istituzioni, è stata richiamata anche dal dottor Michele Grandolfo (1996) definendola il "vizio di fondo dei Consulenti Familiari".

Tra le implicazioni che ne sono derivate vi è il concetto di "visibilità", in quanto il servizio non ha puntato su una promozione della propria immagine all'esterno per quanti di loro che del servizio non sapevano dell'esistenza del servizio³¹.

Come afferma Michele Grandolfo,

“Qualunque indagine effettuata intervistando campioni probabilistici della popolazione femminile ha messo in evidenza che non più del 20% aveva avuto modo di utilizzare il consultorio e che la conoscenza dei servizi prestati dal servizio era assolutamente scarsa. A questo proposito è interessante notare come i mass media e gli opinion leader ritenessero che la popolazione generale, e quella femminile in particolare, considerasse il consultorio il luogo dove "fare aborti" e, pertanto, da non frequentare. In verità, delle donne intervistate, una proporzione inferiore al 5% sapeva che si potevano rivolgere al consultorio per l'aborto e, in particolare, per avere la certificazione”.

Dunque, da una estrema focalizzazione del servizio sulle persone che vi si recavano spontaneamente, ne è scaturito un problema di visibilità che con il passare del tempo ha reso sempre più incerta e confusa la conoscenza del consultorio e dei suoi servizi, portando a una sempre maggiore diminuzione degli accessi spontanei, come analizzeremo più approfonditamente nel successivo capitolo.

³¹ Pavone G, 2013. *Che fine ha fatto il consultorio?* In Genere [online]. Disponibile su <https://www.ingenero.it/articoli/che-fine-ha-fatto-il-consultorio>

CAPITOLO II

Lo stato dell'arte dei Consulteri Familiari

2.1 I Consulteri Familiari in Italia

Per comprendere quale sia lo stato dell'arte dei Consulteri Familiari in Italia, prendiamo come principale fonte di informazione il Rapporto Istisan sul Progetto nazionale “Analisi delle attività della rete dei consulteri familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi”.

Esso è stato finanziato nel 2017 dalle azioni centrali del Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2018-2020³².

In particolare, il suddetto progetto è stato affidato al Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); si tratta di un Reparto che, come afferma il presidente stesso Silvio Brusaferrò nell'introduzione al Report,

“è sempre stato un interlocutore privilegiato di questi servizi. Mediante attività di sorveglianza e ricerca di salute pubblica, avviate negli anni Ottanta e implementate in collaborazione con Regioni, Aziende sanitarie, e singole sedi consultoriali, ha facilitato la produzione di conoscenza utile all'azione, ha sostenuto l'aggiornamento dei professionisti sociosanitari, promosso l'offerta attiva di misure di prevenzione e promozione della salute e potenziato le reti per rispondere in maniera integrata ai bisogni dei singoli e delle comunità”.

Nell'ambito del progetto, come fase propedeutica conoscitiva dello stato dell'arte dei Consulteri Familiari (CF), è stata condotta l'Indagine nazionale sui Consulteri Familiari 2018-2019: essa ha fotografato la rete degli oltre 1800 consulteri distribuiti sull'intero territorio nazionale, rilevandone i modelli organizzativi e analizzando le attività con l'obiettivo di identificare le buone pratiche per promuovere una rivalutazione del loro ruolo.

Il rapporto descrive nel dettaglio i risultati del progetto nazionale sui Consulteri Familiari.

³² Istituto Superiore di Sanità Indagine nazionale sui consulteri familiari 2018-2019. Risultati generali. A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati 2022, vi, 192 p. Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1

L'attualità di questi servizi emerge pienamente dalla lettura del rapporto, che fornisce elementi conoscitivi utili alla comprensione delle funzioni, della complessità organizzativa e della variabilità dell'offerta dei consultori familiari nelle diverse Regioni.

Il rapporto è costituito da due volumi: nel primo sono descritti i risultati generali dell'indagine seguiti da focus di approfondimento su alcune tematiche di interesse prioritario per i Consultori Familiari nel panorama nazionale; il secondo è dedicato a un approfondimento dei risultati a livello regionale che ne consente una lettura contestualizzata ai diversi sistemi sanitari regionali.

Di seguito, sono dunque riportati alcuni risultati di fondamentale importanza per mostrare il quadro a livello nazionale delle condizioni dei servizi consultoriali nel panorama italiano; nel paragrafo successivo, invece, passeremo a evidenziare i dati riguardanti la situazione della Regione Veneto, nella quale si trova il Consultorio Familiare dove ho svolto il mio tirocinio di ricerca.

2.1.1 Fondi per le attività consultoriali

La disponibilità certa e continuativa di fondi da dedicare alle attività dei CF consente e facilita in particolare la programmazione delle attività strategiche rivolte alla comunità. Solo 6 Regioni dispongono di fondi dedicati ad attività consultoriale e di queste sono 5 quelle che possono contare su un budget vincolato in un capitolo di bilancio specifico, ovvero Lombardia, Veneto, Toscana, Abruzzo e Campania.

Tutte le prestazioni consultoriali vengono erogate gratuitamente in 11 Regioni. In 8 Regioni sono gratuite le prestazioni che rientrano in alcuni ambiti assistenziali come il percorso nascita, in alcune di queste sono gratuite anche prestazioni offerte a particolari fasce di età, ad esempio la contraccezione per i giovani, mentre è previsto il pagamento di un ticket per prestazioni al di fuori di tali percorsi.

2.1.2 Diffusione di CF e disponibilità di personale

Dalla metà degli anni Ottanta, il numero dei consultori familiari pubblici era continuato a crescere³³, nonostante la mancanza di un miglioramento della funzionalità e del livello del servizio offerto. Nel

³³ Scirè G., 2011. *Il consultorio familiare ovvero un ferito ai margini della strada*. Linkiesta [online]. Disponibile su <https://www.linkiesta.it/blog/2011/11/il-consultorio-familiare-ovvero-un-ferito-ai-margini-della-strada/>

1979, cioè un anno dopo l'approvazione della legge sull'aborto, erano circa 600 quelli pubblici e poco più di 200 quelli privati; nel 1981 si era passati ad un rapporto di 1456 contro 167. Nel 2006 il numero dei consultori notificato era pari a 2188 per quelli pubblici, mentre si erano ancora ridotti, a 103, quelli privati.

Tuttavia, negli anni successivi, anche il numero di CF pubblici inizia a diminuire.

Infatti, secondo l'Indagine nazionale pubblicata nel 2008³⁴, nel 2007 in Italia il numero dei consultori pubblici era pari a 2097; con i dati aggiornati poi al 2009 il numero dei consultori è passato a 1911, pari a un consultorio ogni 28 mila abitanti circa, contro un valore legale stabilito per legge di 1 ogni 20 mila in area urbana, con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali³⁵.

Partendo da questi parametri, riconfermati in tempi più recenti anche dal DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale, ad oggi dovrebbero essere presenti 2943 consultori.

La situazione stimata al 17 maggio 2023 mostra come in Italia siano presenti 1681 consultori (ovvero un CF ogni 32.325 residenti) di cui 170 privati: uno scarto di 1262, che equivale a dire che mancano il 43% dei servizi previsti e necessari.

Inoltre, all'interno di ciascun servizio risulta esserci un forte problema di scarsità di personale e una difficoltà ad avere delle équipe multidisciplinari complete come sarebbe previsto dalle indicazioni nazionali. Infatti, le équipe complete operanti nei consultori, secondo quanto riportato dai coordinatori, sono 921, quindi con un rapporto tra numero di équipe e numero di sedi pari a 0,5 circa: mediamente abbiamo una équipe completa ogni due consultori.

L'indagine ha fatto emergere anche come gli assistenti sociali nei consultori siano oggi 868, mentre dovrebbero essere almeno 2943, ovvero uno per consultorio. Di conseguenza, mancano 2075 professionisti, circa il 70% di quelli che sarebbero necessari per garantire gli interventi, il supporto, la protezione, la prevenzione in modo capillare nelle comunità.

Si può evidenziare la carenza di personale anche attraverso il numero di ore di lavoro medie standard che ciascun professionista dovrebbe svolgere per rispondere al mandato istituzionale dei CF, riportate

³⁴ Ministero della Salute. *Organizzazione e attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia anno 2008*. Roma: Ministero della Salute; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf; ultima consultazione 31/03/2022

³⁵ Legge 31 gennaio 1996, n. 34. *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 dicembre 1995, n.509, recante disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del servizio sanitario nazionale*

nella Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge 194 al Senato nell'anno 1995³⁶. Il numero medio di ore settimanali per 20.000 residenti si attesta sulle 12 ore per la figura del ginecologo (a fronte delle 18 previste); sulle 25 per la figura dell'ostetrica (a fronte delle 36 previste); sulle 17 per la figura dello psicologo (a fronte delle 18 previste) e sulle 11 per l'assistente sociale (a fronte delle 36 previste).

2.1.3. Capacità attrattiva

Le indagini che l'ISS ha condotto in passato sul percorso nascita e sulla fertilità hanno evidenziato una scarsa conoscenza dei CF, specialmente tra i giovani (emergerebbe, infatti, dallo Studio Nazionale Fertilità come il 22% degli adolescenti dichiarati di conoscerli e meno del 10% di averli frequentati)³⁷.

La capacità attrattiva dei consultori è individuata attraverso il numero medio di utenti dei CF per cento residenti rispetto al bacino di utenza.

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

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

³⁶ Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – Dati 1993/1994. Anno 1995.

³⁷ Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Pierannunzio D, Lauria L, Pizzi E. Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi. In: Pizzi E, Spinelli A, Androozzi S, Battilomo S (Ed.). Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 6-28.

del numero di sedi e del depauperamento delle risorse umane, in atto da decenni, che si traduce nella impossibilità di lavorare secondo i principi della multidisciplinarietà e dell'offerta attiva.

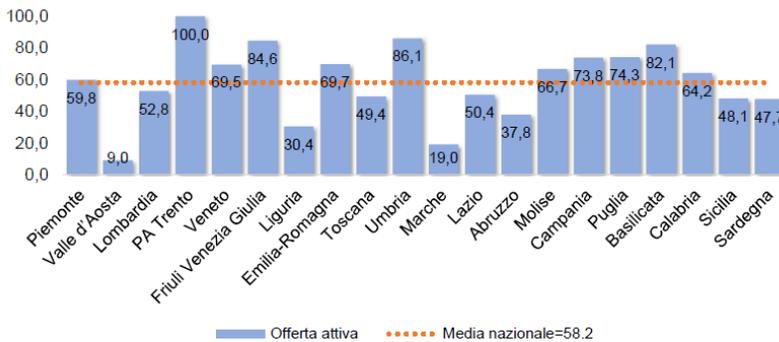
Si tratta inoltre di un fenomeno che mina l'identità dei CF che si vedono costretti a penalizzare le attività programmatiche di prevenzione e di promozione della salute rivolte alla comunità che sono fra quelle più fortemente caratterizzanti la loro identità, limitandosi a dare risposta all'utenza che spontaneamente si rivolge loro con una logica ambulatoriale.

2.1.4. Offerta attiva

Possiamo osservare, infatti, come l'offerta attiva (definita come la ricerca sul territorio delle persone da coinvolgere nelle attività di promozione della salute anche per contrastare e superare le disuguaglianze), che rappresenta un aspetto innovativo e strategico delle attività dei Consulenti Familiari e uno dei principi fondamentali su cui si basa il modello operativo descritto dal POMI, non sia diffusamente adottata nei CF della maggioranza delle Regioni/Province Autonome

Solo nella Provincia Autonoma di Trento l'offerta attiva è adottata da tutti i CF, seguono con valori superiori all'80% Umbria, Friuli-Venezia Giulia e Basilicata, con valori tra il 69,5 e il 75% Puglia, Campania, Emilia-Romagna e Veneto. La situazione più critica riguarda la regione Marche (19%) e la Valle d'Aosta dove solo un unico consultorio giovani di riferimento per tutta la Regione riferisce di adottare la modalità dell'offerta attiva.

Figura 1 CF (%) che utilizzano la modalità dell'offerta attiva (Indagine CF-ISS 2018)



2.1.5 Aree di attività

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

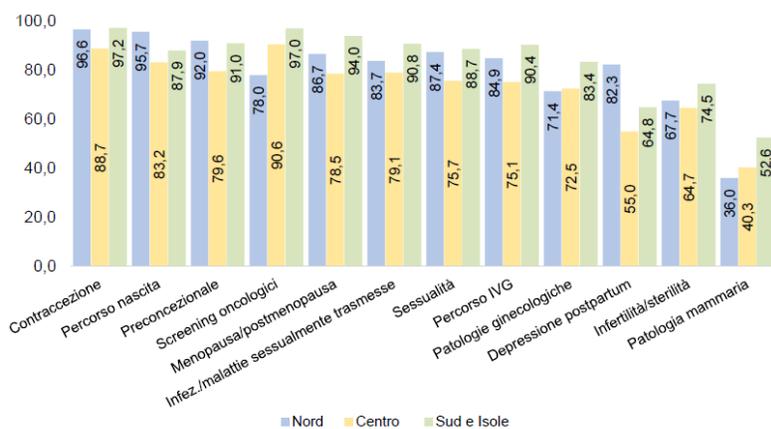
I CF che effettuano attività nell'area degli adolescenti/giovani, 1.142 in totale, variano dal 26,1% della Liguria al 100% del Molise e della PA di Trento.

I Consulteri Familiari che svolgono attività nell'area della coppia/famiglia sono 999 in totale, con una forte variabilità regionale che va dal 15,6% dei CF del Piemonte al 100% del Molise.

Queste variazioni devono essere lette alla luce dei diversi modelli operativi socioassistenziali adottati dalle Regioni. Da una parte ci sono Regioni/PA che hanno identificato sedi consultoriali cui è stato assegnato un ruolo di Centro di Riferimento Aziendale (CRA) e dove sono state accentrate alcune attività; dall'altra, sono stati creati a livello regionale servizi complementari ai CF, come i centri per la famiglia.

Per quanto riguarda l'offerta relativa alla salute della donna, che si differenzia tra le Regioni per area di attività, essa include: contraccezione, percorso nascita, preconcezionale, screening oncologici, menopausa, malattie sessualmente trasmissibili, sessualità, percorso IVG, patologie ginecologiche, depressione post-partum, infertilità/sterilità e patologia mammaria.

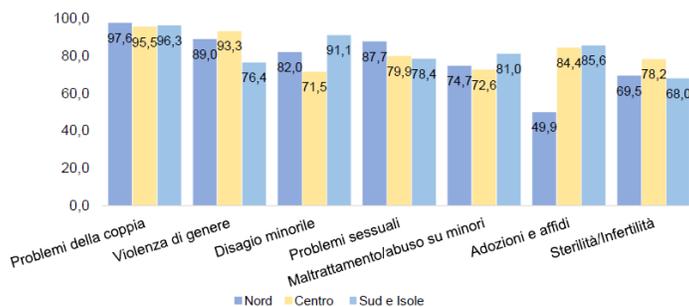
Figura 2. CF (%) che offrono attività nell'ambito salute della donna per area geografica (CF-ISS 2018)



Come mostra il grafico, la maggior parte delle attività elencate sono riportate da oltre l'84% dei CF; con minor frequenza sono citate le patologie ginecologiche (75,8%), la depressione post partum e l'infertilità/sterilità (entrambe 69%) e le patologie mammarie (42,8%). Gli screening oncologici sono più frequentemente diffusi nei CF del Centro e del Sud e Isole rispetto al Nord (92-97% vs. 78%).

Rispetto alle attività nell'ambito della coppia/famiglia, di seguito è possibile osservare la variabilità dell'offerta per area geografica a seconda dell'area di attività.

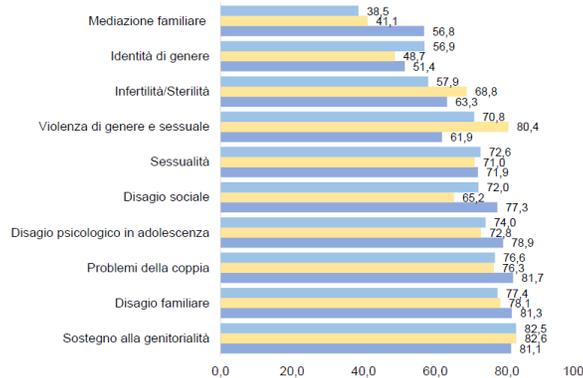
Figura 3. CF (%) che svolgono attività specifiche dell'ambito coppia/famiglia per area geografica (Indagine CF-ISS 2018)



In particolare, dalla figura si può notare come l'area di attività inerente i problemi di coppia sia quella maggiormente offerta in tutte le aree geografiche: infatti, essa è offerta dal 97,6% dei cf al Nord, dal 95,5% dei cf al Centro e dal 96,3% dei CF al sud e nelle Isole. L'area di attività meno offerta sembrerebbe essere, invece, quella relativa ai problemi di sterilità e infertilità, offerta dal 69,5% dei cf al Nord, dal 78,2 dei cf al Centro e dal 68% dei cf al Sud e nelle Isole.

Per quanto riguarda in generale l'offerta di attività di counseling nell'area adolescenti/giovani e coppia/famiglia, analizziamo la variabilità in relazione all'ambito specifico come mostrato nella figura successiva.

Figura 4. CF (%) che offrono counselling in specifici ambiti di attività per area geografica (indagine CF-ISS 2018)



Infatti, l'attività di counseling su sessualità e disagio psicologico in adolescenza è offerta da più del 70% dei CF, tanto al Nord come al Centro, al Sud e Isole.

Le attività di counseling per il sostegno alla genitorialità sono offerte dall'82% dei 1226 consultori che si occupano di giovani e famiglia, senza distinzione per area geografica.

Rispetto al counseling sulla violenza di genere e sessuale vi è una maggiore variabilità regionale: infatti, è offerto con maggiore frequenza nei CF del Centro (80,4%) rispetto al Nord (70,8%) e al Sud e Isole (61,9%).

Le tematiche su cui, indipendentemente dall'area geografica, vi è una minore offerta di counseling sono l'identità di genere e la mediazione familiare.

Inoltre, nella maggioranza delle realtà territoriali il counseling pre-concezionale viene più frequentemente erogato su richiesta dell'utenza, con l'eccezione della PA di Trento e della Liguria dove è invece più frequente l'offerta attiva.

Una tematica oggetto di crescente interesse è relativa al percorso nascita, e riguarda la valutazione del rischio psicosociale e del disagio psichico in gravidanza e nel periodo post-natale. Servizi assistenziali che hanno come competenza il percorso nascita dovrebbero saper identificare i casi a rischio o con sintomi di disagio, poterli prendere in carico ed essere dotati di un protocollo per l'invio a strutture territoriali specializzate. Complessivamente, su 1.379 CF che riferiscono di effettuare attività sul

percorso nascita, quelli dotati di un protocollo in tal senso sono 565 (41,0%) di cui 366 (61,5%) al Nord, 124 (39,0%) al Centro e 75 (16,1%) al Sud e Isole.

2.2 I Consulori Familiari In Veneto

2.2.1 Il Veneto in numeri

Dopo aver tratteggiato un quadro del panorama italiano rispetto allo stato dell'arte dei Consulori Familiari a livello nazionale, passiamo ora a spostare il focus dell'attenzione all'interno del contesto territoriale in cui ho svolto il mio tirocinio di ricerca e da cui, quindi, è partita la riflessione su molte delle problematiche che ad oggi si manifestano in tali servizi e a cui ho potuto assistere. Tale territorio è, come indicato dal titolo del paragrafo, la Regione Veneto.

Partendo da una breve descrizione della composizione della popolazione veneta e in particolare del numero e delle tipologie di famiglie più diffuse in tale territorio, verranno in seguito illustrati i dati emersi dall'Indagine Nazionale già trattata in precedenza con attenzione alle specificità della diffusione dei Consulori Familiari della regione Veneto.

Infine, si analizzerà la particolare connotazione che la Regione ha voluto attribuire a tali servizi, valorizzandola nell'aspetto "relazionale".

2.2.1.1 La popolazione veneta

In base al dato reso disponibile dal Sistema Statistico della Regione del Veneto (SISTAR) per il 2019, la popolazione complessiva del Veneto ammontava a 4.879.133 persone, costituita da 2.098.446 famiglie, con un numero di nascite inferiore del 5,2 % rispetto al 2018³⁸.

Il numero delle famiglie risulta il 6,4% in più rispetto al 2007, pari all'80% in più rispetto al 1971. Sebbene il numero di famiglie aumenti, le famiglie tendono ad essere sempre più piccole: in quasi 50 anni si passa da 3,6 componenti a poco più di 2. In particolare, aumentano le famiglie

³⁸ Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat. Disponibile in https://statistica.regione.veneto.it/banche_dati_societa_popolazione.jsp

unipersonali (nel 1971 erano solo il 10% del totale e oggi sono quasi il 31%), mentre quelle con 5 o più componenti si riducono (dal 26% del 1971 al 6% del 2017).

La tradizionale coppia con figli rimane la forma familiare più diffusa, anche se in calo: in Veneto sono 717.000 nel 2017 (il 6% in meno rispetto al 2007); inoltre tra le coppie che hanno figli, quelle con due o più rappresentano il 55% (erano il 49% nel 2007). Aumentano le coppie senza figli (quasi +11%)

A causa della crescente instabilità coniugale, si affermano nuove tipologie familiari:

- famiglie “ricostituite”, ossia dove almeno uno dei due partner proviene da un precedente matrimonio: sono circa 103.000 nel 2017, in aumento del 30% in 10 anni, tanto da rappresentare ora l’8,5% di tutte le coppie (nel 2007 erano il 6,5%); nel 60% dei casi i partner hanno scelto di unirsi nuovamente in matrimonio, mentre per il 40% si tratta di convivenze “more uxorio”; la maggioranza ha figli (60%), sono quindi in aumento anche i bambini e i ragazzi che vivono l’esperienza di una famiglia “allargata”;
- monogenitori: sono 202.000 (+15% dal 2007) e il 36% di loro ha almeno un figlio minore a carico; si tratta di famiglie particolarmente fragili e vulnerabili economicamente, esposte, più di altre, al rischio di scivolare in situazioni di povertà o di esclusione sociale, soprattutto se giovani;
- unioni civili di persone dello stesso sesso, il cui riconoscimento giuridico è avvenuto in Italia nel 2016 (Legge 20 maggio 2016, n. 76, cosiddetta “legge Cirinnà”); in Veneto, dall’entrata in vigore della legge a tutto il 2017, sono state costituite complessivamente 502 unioni civili, il 7,5% del totale nazionale, prevalentemente coppie di uomini (69%).

2.2.1.2 I consultori familiari veneti

Secondo l’Indagine Nazionale sui consultori familiari svolta tra il 2018 e il 2019, si può osservare come la Regione Veneto presenti una diffusione dei CF in linea con quanto stabilito dalle Linee guida regionali per il Servizio di CF del 2010 (40.000/50.000 abitanti), contando una sede ogni 49.817 residenti. Tuttavia, tale valore colloca il Veneto tra le 3 realtà (2 Regioni e 1 PA) con la più bassa diffusione di sedi di CF sul proprio territorio nel panorama nazionale.

Il numero dei residenti afferenti al bacino di utenza è superiore alla media nazionale ed è più del doppio del gold standard di un consultorio ogni 20.000 residenti. A livello provinciale si riscontra un'ampia variabilità compresa tra una sede ogni 20.000 abitanti nella provincia di Belluno (Distretto di Feltre) e una ogni 64.000 nella provincia di Verona.

La bassa diffusione di Consultori si collega anche alla bassa capacità attrattiva che tali servizi dimostrano in Veneto. In particolare, dai dati mostrati nell'allegato A del programma 2022-2024 per gli interventi della regione Veneto a favore della famiglia, possiamo osservare come nel 2020 si siano rivolti ai Consultori Familiari:

1. 52.867 singoli: rappresentano il 73% del totale, e sono stati il 13,95% in meno rispetto all'anno precedente;
2. 3.855 coppie: 5,3% del totale, anche queste in diminuzione rispetto al 2019, in particolare del 14,94%;
3. 7.605 famiglie: 10,4% del totale, meno 7,02% rispetto al 2019.

Quindi si tratta di una capacità attrattiva che è andata diminuendo negli ultimi anni.

Inoltre, la maggioranza degli utenti si è rivolta ai Consultori Familiari per interventi dell'area ostetrico-ginecologica: 54.809, ossia il 75,29% dell'utenza totale.

Ulteriore dato è relativo al numero medio di prestazioni consultoriali erogate dai CF (11,4), al di sotto della media nazionale, collocando il Veneto fra le 5 Regioni con il valore più basso.

Questo indicatore permette di tratteggiare un profilo del volume di attività dei CF in ambito nazionale ma va ricordato che parte della variabilità riscontrata è dovuta alla diversa modalità di registrazione delle prestazioni erogate e alle diverse piattaforme utilizzate per la registrazione delle attività, in particolare quelle relative a singoli utenti o a gruppi di utenti nonché al diverso criterio adottato nel registrare le attività dirette e quelle indirette.

Nonostante tale volume di attività, il Veneto sembrerebbe ben collocarsi nel panorama italiano rispetto alla percentuale di CF che svolgono attività nell'ambito dei tre programmi strategici indicati dal POMI, ossia il percorso nascita, adolescenti, e prevenzione dei tumori femminili. Essi, infatti, sono considerati prioritari in vista delle popolazioni bersaglio a cui si rivolgono: donne e coppie nella realizzazione

concreta del desiderio di maternità e genitorialità, adolescenti in via di formazione, donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

Tali programmi si declinano nell'offerta attiva di consulenza prematrimoniale, di consulenza in gravidanza, dei corsi di preparazione alla nascita, di visite domiciliari o in consultorio dopo il parto, di corsi di educazione sessuale nelle scuole, di spazi adolescenti dentro e fuori i consultori, del Pap test e della mammografia.

Il Veneto, dunque, si colloca poco al di sopra della media nazionale rispetto a questi obiettivi strategici per le sedi che seguono tutta la gravidanza (85,4%), molto al di sopra della media per le sedi che offrono corsi di accompagnamento alla nascita (76,8%) ed è in linea con la media nazionale per le sedi di CF che hanno spazi dedicati ai giovani o effettuano attività nelle scuole (75,0%).

Per quanto concerne la metodologia di lavoro nei consultori familiari in Veneto, l'indagine rileva come la modalità dell'offerta attiva sia utilizzata da circa 2 CF su 3 (69,5%): il Veneto è quindi tra le 8 realtà (7 Regioni e 1 PA) con il valore più elevato, su una media nazionale del 58,1%.

Tuttavia, andando a osservare i valori per singola provincia, si può notare una grande variabilità, che va dal 100% dei consultori in provincia di Belluno che utilizzano l'offerta attiva al 50% in provincia di Padova; il valore più basso a livello regionale si registra in provincia di Verona, in cui solo il 33,3% dei CF presenti utilizza tale modalità.

Infine, un dato particolarmente interessante è relativo alla disponibilità di personale all'interno dei Consultori Familiari, che approfondiremo nel capitolo successivo.

Tale aspetto ha rappresentato una criticità fortemente sentita all'interno del Consultorio presso cui ho svolto il mio tirocinio nonché causa di molteplici disagi avvertiti dagli operatori stessi, costretti a ricoprire ruoli di figure mancanti e a svolgere una eccessiva mole di lavoro.

2.2.2 I consultori veneti come “servizi relazionali”

Come abbiamo analizzato in precedenza, il Consultorio Familiare è un servizio sociosanitario integrato di base, con competenze multidisciplinari, determinante per la promozione e la prevenzione nell'ambito della salute della donna, dell'età evolutiva, dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari.

Come si afferma nel Rapporto di sintesi dei risultati dell'indagine nazionale sulla Regione Veneto, quest'ultima riconosce ai servizi consultoriali un ruolo centrale nella realizzazione di una politica integrata di sostegno alla persona, alla coppia, alla famiglia e genitorialità, e ai minori.

La Regione, infatti, ha attuato la scelta strategica di potenziare i Consultori Familiari come "servizio relazionale" declinato nell'ambito della genitorialità, dell'educazione alla relazionalità, all'affettività e alla sessualità, e del contrasto alla violenza di genere con particolare attenzione alle condizioni di disagio psichico e sociale. Pertanto, l'attributo "relazionale" si riferisce a tutte le attività svolte all'interno dei Consultori, sia relative all'area psico-sociale che quelle relative all'area ostetrico-ginecologica. In quest'ultimo caso, ciò significa che per adottare tale approccio l'area non deve essere gravata da "oneri riferentesi ad attività di competenza dell'ambulatorio ginecologico", come riportato all'interno dell'allegato A del DGR NR 105/2019.

Tale documento, in particolare, si pone come obiettivo fondamentale il sostegno alle attività di carattere sociale dei Consultori Familiari.

I grandi cambiamenti culturali degli ultimi anni e in particolar modo la crescita costante delle separazioni e dei divorzi, hanno portato alla costruzione di diverse e più complesse organizzazioni familiari: l'innalzamento dell'età nel contrarre il matrimonio, l'aumento delle convivenze di fatto, la rottura dei legami di lunga durata, le famiglie ricostituite, le famiglie multietniche e multiculturali rappresentano alcune fra le nuove problematiche da affrontare; inoltre le tipologie familiari sono ormai eterogenee e molto differenziate tra loro, situazione che comporta un intervento necessariamente complesso e maggiormente specializzato.

Tali mutamenti hanno posto la necessità di realizzare, con specifico riguardo al ruolo degli assistenti sociali, non solo attività di sostegno e cura del disagio familiare, ma di prevenzione.

Come si afferma nel Piano sociosanitario 2019-2023 in relazione all'ambito Infanzia, adolescenza e famiglia, il panorama veneto, che vede emergere bisogni caratterizzati da un aumento della complessità assistenziale e degli interventi da mettere in atto, pone infatti la necessità di adottare un approccio che preveda oltre alle misure di sostegno alla famiglia per risolvere situazioni di disagio, anche la promozione e il potenziamento delle capacità della famiglia, per uscire da un'ottica puramente assistenzialistica e permetterle di rivestire un ruolo attivo.

Nello specifico, per quanto riguarda l'ambito della consulenza e del sostegno psicologico/sociale, vengono svolte attività quali:

- sostegno rispetto alle difficoltà affettive e relazionali del singolo, della coppia e della famiglia
- sostegno alla genitorialità
- consulenza psicologica e sociale per coppie in fase di separazione o già separate o divorziate con figli minori
- assistenza psicologica e sociale alla donna e alla famiglia, in gravidanza e dopo la nascita, in situazioni di disagio personale, familiare e sociale
- assistenza medica, psicologica e sociale nel caso di gravidanze non desiderate

Le richieste più frequenti si declinano in quattro grandi aree tematiche:

- Crisi del singolo all'interno della relazione di coppia
- Crisi di coppia prima della decisione di separarsi
- Gestione delle fasi della separazione
- Conflittualità tra genitori dopo la separazione, soprattutto in relazione alle problematiche che riguardano i figli

Affrontando la prima area problematica, l'assistente sociale si pone innanzitutto l'obiettivo di aiutare il singolo a ridefinire le dimensioni della sua crisi all'interno della coppia e nel riconoscimento delle responsabilità reciproche: è importante aiutarlo a comprendere le ragioni dell'altro e affiancarlo nella ricerca di utili strategie al fine di coinvolgere il partner assente nelle decisioni da prendere.

Per quanto riguarda la seconda area tematica spesso la coppia si presenta in consultorio senza aver ancora preso una decisione relativamente alla propria crisi. Pertanto, l'intervento consiste principalmente nell'affiancare la coppia nel riconoscimento dell'eventuale ambivalenza, e attraverso l'ascolto dei punti di vista dell'altro, nel raggiungere una rappresentazione condivisa dei problemi, all'interno di un setting normalizzante. Successivamente si accompagnano i partner nella presa di decisione in merito alla crisi, delineando le alternative possibili ed eventualmente indirizzandoli ai servizi specialistici.

Rispetto alla problematica relativa alla gestione delle fasi della separazione, la consulenza prende in esame gli aspetti emotivi, di organizzazione concreta e giuridici della stessa.

Obiettivo principale è quello di aiutare i partner a distinguere tra legame coniugale e legame genitoriale, per costruire un accordo di separazione che preservi in entrambi la capacità di collaborare come genitori. Per raggiungere questo obiettivo è importante verificare se la decisione di separarsi è condivisa e suggerire all'immaginazione dei membri della coppia altre possibili rappresentazioni della vita futura, offrendo un contesto di contenimento delle ansie e delle paure legate al cambiamento. È infine utile fornire alla coppia una consulenza affinché possa scegliere quale tra i percorsi disponibili risponde meglio alle proprie esigenze.

In relazione alla quarta problematica si assiste frequentemente ad un conflitto tra i genitori che rischia di cronicizzarsi; si manifesta spesso con un grave disaccordo sulla gestione dei figli con un conseguente disagio di tutti i membri della famiglia. In molte situazioni la causa di ciò è connessa da un lato all'incapacità di differenziare tra il piano del legame di coppia, ormai interrotto, e quello genitoriale che non può venire meno, dall'altro da inadeguate modalità di comunicazione. In queste situazioni gli aspetti emotivi, giuridici e organizzativi, conseguenti alla separazione, sono oggetto di particolare attenzione e richiedono un delicato lavoro in cui si cerca di aiutare i partner a distinguere tra legame coniugale e legame genitoriale al fine di preservare in entrambi la capacità di collaborare come genitori (Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia, 2009).

Nello specifico, l'assistente sociale sostiene i genitori nella ricerca di un canale di comunicazione più efficace al fine di superare il malessere manifestato dai figli: infatti, sono molteplici le ripercussioni che contesti familiari ad alta conflittualità possono avere sul benessere psico-fisico dei minori, tra cui vissuti di perdita, paura e disagio che possono sfociare in manifestazioni comportamentali e/o somatiche, problemi nello sviluppo psico-affettivo, criticità nell'assimilazione di abilità relazionali e di strategie di risoluzione del conflitto efficaci, difficoltà a livello scolastico, ecc.³⁹

³⁹ Bogliolo C., Bacherini A.M., *Bambini divorziati. Separazione, figli, controversie tra genitori. Elementi di mediazione familiare*. Cerro editore, 2003.

Per raggiungere questa finalità è necessario intervenire a diversi livelli per valorizzare le reciproche risorse, riconoscere il valore positivo delle differenze e sostenere le capacità decisionali per evitare la delega ai figli.

Gli interventi consultoriali di sostegno alla genitorialità hanno proprio la finalità di promuovere le condizioni e le risorse che rappresentano fattori di protezione per i figli delle coppie in crisi evitando che il processo di separazione renda fragili le competenze genitoriali (Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia, 2009), che l'attenzione ai bisogni essenziali dei minori venga meno e che il mondo intimo del bambino venga invaso dai dolori degli adulti.

A questo punto, illustrate alcune macroaree di attività su cui svolge il proprio intervento il Consultorio Familiare e sottolineato come la Regione abbia deciso di porre particolare attenzione alla componente psico-sociale del servizio, connotandolo come servizio in chiave "relazionale", passeremo nel prossimo capitolo a "zoommare" ulteriormente il nostro sguardo, descrivendo i territori che hanno ispirato la presente trattazione: i Comuni di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia.

CAPITOLO III

La ricerca nel Consultorio Familiare di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia

3.1 Caratteristiche del territorio di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia

L'Azienda Ulss 6 Euganea si compone di 101 Comuni nella provincia di Padova e ha una popolazione di circa 936.000 abitanti. Il territorio è diviso in cinque distretti Socio Sanitari che garantiscono i servizi di livello primario e costituiscono il polo di integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

I servizi per l'infanzia e la famiglia sono erogati dalle Unità Operative Complesse Infanzia, Adolescenza, Famiglia che si compongono di 3 unità operative semplici: i Consultori familiari, l'età evolutiva e la neuropsichiatria infantile divise nei distretti di Padova Bacchiglione, Terme Colli e Piovese; il Distretto Alta Padovana; e il Distretto Padova Sud.

Nell'ambito del progetto regionale di riorganizzazione dei consultori familiari, in base alla Dgr n. 392 del 11.02.05 "Atto di indirizzo e di organizzazione dei consultori familiari pubblici della Regione del Veneto", si è vista l'opportunità di prevedere in consultorio uno spazio dedicato alla Mediazione Familiare. Il provvedimento della Giunta Regionale n. 2104 del 2.08.05, infatti, ha determinato il finanziamento del progetto anche in base all'attivazione di uno specifico spazio di Mediazione Familiare e Spazio Neutro, ovvero un servizio specializzato che costituisce una diramazione del Consultorio e a cui accedere tramite invio del Consultorio stesso.

La delibera che ha istituito tale servizio è divenuta esecutiva in data 31/12/2007.

Il Distretto 1-2-3 "Padova Bacchiglione Terme Colli Piovese" si estende su una superficie complessiva di 656 kmq, si suddivide in 3 distretti, 29 Comuni con un totale di 492.188 abitanti (Fonte: ISTAT al 01.01.2022). La particolarità del Distretto 1-2-3 fa riferimento alla presenza territoriale del Comune capoluogo, ovvero Padova, il quale conta 206.651 abitanti (pari al 41,9% degli abitanti totali) e si distribuisce su 2 distretti ("Distretto 1 Padova Bacchiglione" e "Distretto 3 Padova Piovese") sulla base della suddivisione per Quartieri del Comune di Padova. Il distretto 2 Padova Terme Colli, in particolare, è costituito da 11 Comuni (Abano Terme, Cervarese Santa Croce, Mestrino, Montegrotto

Terme, Rovolon, Rubano, Saccolongo, Selvazzano Dentro, Teolo, Torreglia, Veggiano), con una superficie totale di 216 km e una popolazione residente di 118.104 abitanti (Istat, 1/01/2021).

Il Consultorio Familiare presso cui ho svolto il tirocinio di ricerca afferisce al distretto sociosanitario Padova-Terme Colli, includendo i Comuni di Abano Terme, Montegrotto Terme e Torreglia.

Abano Terme è un Comune della Provincia di Padova di 21 km² con una popolazione di 20.231 abitanti secondo i dati dell'ultimo censimento (dati al 31.12.2022. Fonte: demo.istat.it). Sempre secondo l'Istat, l'età media dei suoi abitanti sarebbe di 48,5 anni e l'indice di vecchiaia (ovvero il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni) di 242,9 (ovvero ci sarebbero 242,9 anziani ogni 100 giovani).

Il territorio di Montegrotto Terme si estende su una superficie di 15,3 km² e, sempre secondo l'ultimo censimento, vi risiedono 11.391 abitanti al 31 dicembre 2022 con un'età media di 48,2 anni e un indice di vecchiaia pari a 236,0.

Infine, Torreglia, scarsamente popolata, su un territorio di 18,8 km² conta a dicembre 2022 un numero pari a 6.003 abitanti con un'età media di 47,6 anni e un indice di vecchiaia al 1° gennaio 2022 pari a 228,8. 1.2.

3.2 Il Consultorio Familiare di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia

Il Consultorio Familiare afferente ai tre Comuni ha sede nel territorio di Abano Terme, in una struttura non molto visibile alla fine di una via residenziale, riaperta solo pochi anni fa (tra il 2019 e il 2020) dopo una lunga chiusura a causa della quale la popolazione era stata invitata a recarsi nelle sedi consultoriali di Selvazzano e Tencarola.

Secondo le Linee guida per il servizio di Consultorio Familiare della Regione del Veneto, il servizio può essere utilizzato dalle famiglie, dalle coppie, dalle singole persone, da gruppi, da servizi pubblici o privati.

3.2.1 L'utenza e le azioni svolte

Per quanto riguarda l'utenza, il Consultorio Familiare di Abano Terme realizza servizi nelle aree ostetrico-ginecologica e psicologico-sociale rivolti al singolo, alla coppia e alla famiglia residenti nei comuni di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia.

Quello con l'utenza rappresenta un lavoro di tipo relazionale, il cui compito è costituito dalla costruzione di un piano terapeutico sulla base della lettura dei problemi presenti: lo scopo, dunque, non è solo quello di individuare le mancanze in ordine alle funzioni genitoriali o fotografare la situazione, ma piuttosto aiutare i genitori a far emergere le parti sane, per trasformarle in risorse fruibili in favore dei figli. Si tratta, dunque, di una logica promozionale ancora prima che riparativa.

In generale, l'utenza con cui sono entrata in contatto durante il mio percorso di tirocinio era rappresentata da famiglie con a carico figli minorenni, giunti al servizio principalmente in modalità coattiva, tramite invio, nella maggioranza dai casi del Tribunale Ordinario, per garantire il benessere e una crescita psicosociale sana dei minori, nei casi in cui la conflittualità del sistema familiare, legata spesso a motivi di separazione e divorzio, potesse pregiudicare il minore stesso.

In particolare, il Tribunale civile si può avvalere della collaborazione del consultorio familiare qualora, nei casi di separazione e divorzio, abbia bisogno di approfondimenti e debba acquisire maggiori informazioni sul sistema familiare per poter prendere le adeguate decisioni relative all'affidamento dei figli e al collocamento più idoneo a garantire le condizioni funzionali allo sviluppo adeguato del minore.

Al Consultorio Familiare (CF), infatti, spetta il compito di valutare le migliori condizioni di affidamento dei figli (DGR n. 779/2013; DGR n. 215/2010) tenendo conto di quelli che potrebbero essere elementi contrari all'interesse del minore. Tra questi, la sussistenza di conflittualità non è considerata una condizione che preclude l'affidamento condiviso; sono invece ritenute contrarie all'interesse del figlio tutte quelle situazioni che, per varie ragioni, non gli consentono di fare esperienza di una condizione di vita equilibrata, serena e soddisfacente (es. volontà del figlio stesso, stato di detenzione di un genitore) (Sesta, 2019). Tuttavia, per disporre l'affido monogenitoriale non è necessario il verificarsi di situazioni che espongono il minore a pregiudizio o a rischio di pregiudizio (Sesta, 2019); se ciò dovesse verificarsi, la presa in carico della situazione rientrerebbe nell'ambito della tutela.

Il Tribunale, dunque, dispone la presa in carico dei genitori da parte dei servizi affinché descrivano la situazione del minore, la personalità dei genitori, la loro idoneità a svolgere il ruolo genitoriale e la recuperabilità delle capacità genitoriali, la sussistenza di familiari di riferimento in grado di coadiuvare le parti, fornendo al Tribunale ogni indicazione in relazione alle modalità di affidamento, collocamento e visita.

In particolare, tra le azioni svolte dal consultorio familiare vi è il sostegno delle capacità genitoriali, anche attraverso un abbassamento dei livelli di conflittualità tra ex coniugi/conviventi: molti dei colloqui a cui ho potuto assistere erano, infatti, colloqui terapeutici, volti a stimolare il genitore a riflettere su taluni aspetti problematici legati alla genitorialità, facendolo riflettere sull'impatto che tale conflittualità andava ad avere per la crescita e il benessere dei figli e sul diritto del bambino alla bigenitorialità (L. 184/1983).

Si tratta di una finalità che il CF persegue allo scopo di valorizzare le competenze genitoriali e di favorire la collaborazione nei compiti educativi condivisi (Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia, 2009): è un'opportunità offerta alla coppia per superare la fase acuta del conflitto, elaborare la separazione e il cosiddetto "divorzio psichico" e per attivare una cooperazione, funzionale alla crescita equilibrata dei figli mantenendo un minimo rispetto reciproco sulle capacità genitoriali dell'altro.

Secondo Francescato (1999), questi passaggi rappresentano le tappe principali da raggiungere dopo la separazione per continuare ad essere genitori "sufficientemente buoni".

Gli interventi consultoriali di sostegno alla genitorialità hanno proprio la finalità di promuovere le condizioni e le risorse che rappresentano fattori di protezione per i figli delle coppie in crisi, evitando che il processo di separazione renda fragili le competenze genitoriali (Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia, 2009), che l'attenzione ai bisogni essenziali dei minori venga meno e che il mondo intimo del bambino venga invaso dai dolori degli adulti.

Si tratta di intervenire a tutela dei legami familiari preservando la co-genitorialità, ovvero "la capacità dei genitori separati di stabilire una relazione di reciproca collaborazione nello svolgimento delle funzioni genitoriali" (McHale, 1995).

Questa definizione rimanda al bisogno/diritto dei figli di essere accompagnati da entrambi i genitori nella crescita, riconosciuto dall'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza nella "Carta dei diritti dei figli nella separazione dei genitori" del 2018.

In altri casi, l'azione svolta dal consultorio è rappresentata dal sostegno della relazione di coppia, con riguardo al problema minorile: obiettivo è quello di abbassare i livelli di conflittualità, nei termini in cui l'instabilità del legame coniugale genera delle ripercussioni sui figli e sulle modalità e le scelte educative.

Il CF può inoltre essere chiamato a collaborare con i Servizi Sociali comunali (che nell'ambito dell'AULSS 6 Euganea detiene la titolarità della tutela, fa eccezione il Distretto Alta Padovana) alle indagini psico-sociali e ambientali utili per l'analisi complessiva di una situazione familiare: infatti, il Comune è titolato ad attivare i servizi sanitari e socio-sanitari per adempiere ai mandati dell'Autorità Giudiziaria (AG) ad esso assegnati e connessi a procedimenti relativi a condizioni di rischio o pregiudizio per un minore (DGR n. 779/2013; AULSS 6 Euganea, 2019).

In questi casi, il contributo del Consultorio consiste nell'intervento di valutazione delle capacità genitoriali (DGR n. 215/2010) e del sostegno alle competenze parentali (Milani, 2005).

Il Consultorio familiare gestisce altresì il servizio di Spazio Neutro, volto a garantire la continuità di rapporto dei figli con il genitore non collocatario o il cui accesso al figlio minore rischia di essere ostacolato dall'altro genitore. Tale servizio vede quindi come utenti il figlio minore e il genitore che per vari motivi è stato allontanato dal minore e che necessita di un sostegno al mantenimento o all'attivazione della relazione.

3.2.2 L'equipe

Il gruppo di lavoro dovrebbe essere composto da uno psicologo, un medico specialista in ginecologia, un'assistente sociale, un'ostetrica o un'infermiere professionale o un'assistente sanitaria, un eventuale educatore professionale/esperto in scienze dell'educazione che, più che prendere in carico situazioni specifiche, funga da facilitatore della rete, da osservatore nello spazio neutro, da attivatore dei processi nello spazio adolescenti/giovani, e da accompagnatore nei percorsi post-nascita.

Nello specifico, all'interno del Consultorio Familiare di Abano Terme vi opera un'equipe multiprofessionale composta da:

- ginecologa e infermiera

- 2 psicologhe, presenti nel servizio a giorni alterni
- 2 assistenti sociali, uno per l'area Minori-Famiglia e uno per l'area handicap adulto
- 1 educatrice presente nell'area handicap adulto
- 4 mediatori familiari
- 1 medico geriatra (addetta agli SVAMA)

3.2.3 La rete dei servizi

La rete dei servizi riferiti all'area di intervento del consultorio familiare comprende:

- Sportello informativo per genitori in fase di separazione: offre orientamento e informazioni, nelle fasi iniziali, sui diversi aspetti della separazione, dalla genitorialità alle problematiche sociali ed economiche; metodi di soluzione dei conflitti alternativi a quelli giudiziari (ADR - Alternative Dispute Resolution); accesso a percorsi di sostegno, mediazione familiare, coordinazione familiare per una riorganizzazione quotidiana e relazionale sulla base dei bisogni dei figli.
- Mediazione familiare: si rivolge a tutte le coppie con figli minori che stanno affrontando il momento della separazione e a genitori già separati o divorziati, per la riorganizzazione della famiglia, a garanzia del diritto dei figli alla bigenitorialità e alla continuità dei legami familiari.

Si tratta di un percorso strutturato, guidato da professionisti specificamente formati, finalizzato al raggiungimento di accordi concreti e duraturi su decisioni importanti per la famiglia e per i figli, promuovendo una comunicazione costruttiva e uno stile cooperativo tra i genitori.

Gli accordi assunti tra i genitori durante il percorso possono essere funzionali anche ai fini della separazione consensuale o della normazione degli accordi tra genitori non coniugati.

- Spazio neutro: si attiva a seguito di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria ed è finalizzato a garantire il diritto dei figli a mantenere rapporti significativi con entrambi i genitori, nonostante le rotture e le crisi provocate dalla separazione e dai conflitti tra gli adulti.

In ambiente neutro si svolgono incontri facilitanti tra figli e genitore non convivente, per ricostruire relazioni interrotte o molto problematiche, nel rispetto dei minori e del loro prevalente interesse.

L'accesso al Servizio di Spazio Neutro, che si colloca in una sede distaccata rispetto a quella centrale del CF, avviene su invio del Consultorio Familiare che mantiene in carico la situazione e resta il referente per l'Autorità Giudiziaria che ha disposto l'intervento.

- Servizio primi giorni: Il servizio svolge attività di consulenza individuale per l'allattamento, sostegno ai neogenitori, consulenze telefoniche, visite domiciliari, incontri di gruppo e corsi preparto e post parto.
- Contatto giovani: Il Consultorio Adolescenti "Contatto Giovani" si rivolge ai giovani dai 14 ai 21 anni ed è un servizio gratuito a cui si accede tramite appuntamento. Il Consultorio Adolescenti riceve anche genitori e insegnanti per problematiche relative ai ragazzi.

3.3 Criticità emergenti dall'esperienza del tirocinio

Durante il mio percorso di tirocinio, è stato possibile osservare in particolare una criticità che più volte ha rappresentato un argomento di discussione sia tra gli operatori del consultorio di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia che in sede di riunione con le altre operatrici di tutti i consultori dei Comuni limitrofi.

Tale criticità è relativa alla carenza di personale all'interno della struttura, legata al blocco delle assunzioni e al turnover, e trova riscontro nel quadro che emerge sia a livello regionale che a livello nazionale dalla già citata indagine condotta dal Consiglio nazionale dell'Ordine Assistenti sociali con la collaborazione dei Consigli regionali. Come abbiamo già avuto modo di osservare, in Italia manca il 43% dei servizi previsti e necessari rispetto ai parametri di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti; mancano inoltre 2075 professionisti, circa il 70% di quelli che sarebbero necessari per garantire gli interventi, il supporto, la protezione, la prevenzione in modo capillare nelle comunità.

Ponendo un focus sui dati della Regione Veneto, osserviamo come per la figura professionale del ginecologo (presenti in media 8,8 ore alla settimana) e in misura maggiore dell'ostetrica (in media 17

ore) la disponibilità di personale sia al di sotto della media nazionale e lontana dai rispettivi gold standard di 18 e 36 ore settimanali.

Per la figura dello psicologo il numero di ore è sovrapponibile al valore medio nazionale e non distante dallo standard di riferimento di 18 ore. Ben 11 realtà in Italia (9 Regioni e 2 PA) registrano una disponibilità inferiore a quella del Veneto per questa professionalità. Nonostante sia comunque lontana dal valore di riferimento di 36 ore, la disponibilità della figura dell'assistente sociale (17,3 ore) è superiore alla media nazionale.

In linea con questi dati, durante il mio percorso ho potuto osservare le conseguenze e gli effetti della mancanza di personale: effetti che vedono coinvolti direttamente e in prima persona gli operatori già presenti, chiamati a effettuare orari straordinari e posti di fronte al dilemma etico tra la necessità di accettare richieste di aiuto e l'accesso di nuovi casi da una parte, e con la necessità fisica e psicologica di porre dei limiti a tale accesso, dall'altra.

Questa carenza, inoltre, richiede agli operatori di mettere in campo diverse competenze, anche più distanti da quelle attinenti alla propria sfera professionale, come accaduto alla mia tutor assistente sociale, la quale ha dovuto continuare a gestire lo Spazio Neutro in qualità di assistente sociale e contemporaneamente calarsi nel ruolo di educatrice, vista l'assenza di educatori all'interno dell'organico.

Ma ci sono anche effetti più strutturali, legati alla capacità, come già anticipato, di erogare determinati servizi e svolgere certe prestazioni in modo capillare all'interno della comunità.

Su tale criticità si imposta quindi il discorso della prevenzione: se le risorse presenti sono sufficienti a garantire gli interventi di presa in carico e accompagnamento richiesti dal Tribunale o su accesso spontaneo, sarà sicuramente più difficile pensare di poter assicurare interventi capillari di prevenzione (funzione che trova comunque adempimento attraverso percorsi di sensibilizzazione relativi alla contraccezione o alla prevenzione di IVG, i corsi di accompagnamento alla nascita e di supporto nell'accudimento del neonato, la consulenza e l'assistenza a favore di giovani e adolescenti) che si basino su approcci innovativi, ad esempio di community work.

Ulteriore criticità emersa durante il mio percorso di tirocinio riguarda il tribunale: infatti, ho potuto osservare come un aspetto particolarmente importante e cruciale sia costituito dai rapporti del Consultorio Familiare con il Tribunale.

Infatti, si evidenzia innanzitutto una mancanza di specifiche linee guida che regolino i rapporti tra le due istituzioni e rendano chiare le azioni che il Tribunale richiede al Consultorio evitando sovrapposizioni o richieste contraddittorie. Infatti, il Tribunale può disporre, anche all'interno di un unico provvedimento, una valutazione delle migliori condizioni di affidamento del minore, il sostegno alla genitorialità, una verifica e monitoraggio del rispetto di precedenti disposizioni, un lavoro per la riduzione della conflittualità genitoriale. In questo modo, l'operatore è messo nelle condizioni di dover rispondere contemporaneamente a funzioni in antitesi tra loro, cioè quella di aiuto/sostegno e quella del controllo/valutazione su mandato dell'AG.

Il secondo aspetto critico che ha a che fare con il Tribunale, ed emerso nel corso della mia esperienza di tirocinio, è costituito dalla netta predominanza all'interno del Consultorio Familiare di casi provenienti al servizio su richiesta dell'AG, piuttosto che tramite accessi spontanei.

Tale condizione trova corrispondenza nei dati riportati nell'Allegato A del "Programma 2022-2024 sugli Interventi della Regione Veneto a favore della famiglia"⁴⁰, in cui si evidenzia come nell'anno 2020, con focus specifico all'interno dell'Azienda ULSS 6, gli interventi relativi all'area psicologico sociale siano stati in totale 20.768, di cui 7.227 senza mandato dell'Autorità Giudiziaria e ben 13.541 con mandato dell'Autorità Giudiziaria.

Sempre nell'area psicologico-sociale, gli utenti provenienti tramite accesso spontaneo sarebbero stati 1.391 (per problematiche relazionali del singolo-coppia-famiglie, area Pre-concezionale, gravidanza e post partum, Spazio Giovani), contro i 3.140 inviati dal Tribunale (relativi all'area Adozioni, Tribunale Civile, Protezione e tutela minori).

Gli utenti recatisi in Consultorio per prestazioni nell'area ostetrico-ginecologica nella aulss6 sarebbero stati invece ben 11.203.

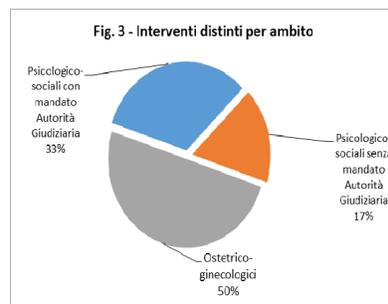
⁴⁰ Deliberazione della Giunta Regionale n. 1076 del 04 settembre 2023. Disponibile in <<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=511417>>

Estendendo il focus dalla ULSS6 a tutta la Regione, osserviamo come in 14.804 casi (49,82%), si è trattato di utenti che si sono rivolti ai Consulenti Familiari senza mandato dell'Autorità giudiziaria (-19,52% rispetto al 2019), mentre in 14.910 casi (50,18%) si tratta di persone che si sono presentate con mandato dell'Autorità giudiziaria (+31,71% rispetto al 2019).

Nel complesso quindi, in area psicologico-sociale, diminuiscono le persone che si rivolgono spontaneamente ai servizi offerti dal Consultorio Familiare e aumentano le persone inviate dall'Autorità Giudiziaria.

La figura seguente evidenzia come siano classificate le prestazioni erogate nel 2020: nella maggior parte dei casi, si è trattato di interventi dell'area ostetrico- ginecologica (50%), mentre tra gli interventi dell'area psicologico-sociale prevalgono quelli con mandato dell'Autorità Giudiziaria (33% del totale degli interventi), confermando a livello ULSS i dati rilevati in precedenza per il CF.

Figura 1 Interventi effettuati per ambito di attività nell'anno 2020



Fonte: Programma 2022-2024 degli interventi della Regione del Veneto a favore della famiglia

Il sostegno alla genitorialità rivolto ai casi di separazione è quindi nella maggior parte dei casi svolto come intervento richiesto dall'Autorità giudiziaria al fine di tutelare l'interesse dei figli nei casi di conflittualità, piuttosto che come intervento svolto nell'ambito della beneficenza, finalizzato a prevenire situazioni di grave disagio e quindi di offrire un intervento di prevenzione primaria⁴¹. Il problema, dunque, consiste nel fatto che la maggior parte di queste situazioni diventano note ai servizi nell'ambito

⁴¹ Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia, 2009

della coattività, e cioè delle richieste di collaborazione che il Tribunale Ordinario all'Azienda ULSS nei casi di separazione e divorzio⁴².

Tale condizione rappresenta il presupposto su cui si basa il mio interesse di ricerca.

3.4 La Ricerca

3.4.1 Domanda di ricerca

Come anticipato nel precedente paragrafo, il progetto di ricerca parte dalla rilevazione di una forte criticità, consistente nell'evidenza della grande maggioranza di prese in carico su richiesta dell'Autorità Giudiziaria e della sempre più rara presenza di accessi spontanei. Questo vuol dire che, nella maggior parte dei casi, è il Tribunale a segnalare una specifica situazione al Consultorio Familiare, piuttosto che le persone o famiglie a richiedere un servizio o un aiuto.

A sua volta, questo vuol dire il venir meno della capacità di prevenzione del disagio familiare: si assiste infatti ad un conflitto tra i genitori cronicizzato, che si manifesta con un grave disaccordo sulla gestione dei figli con un conseguente disagio di tutti i membri della famiglia. In molte situazioni la causa di ciò è connessa da un lato all'incapacità di differenziare tra il piano del legame di coppia, ormai interrotto, e quello genitoriale che non può venire meno, dall'altro da inadeguate modalità di comunicazione.

A partire da tale criticità, si è mossa la mia domanda di ricerca: per quale motivo il Consultorio familiare, che offre servizi di consulenza e sostegno alla genitorialità, fa difficoltà ad adempiere alla funzione preventiva normata dalla legge del 1975 e a intercettare le famiglie prima che esploda il disagio e le situazioni siano diventate insostenibili tanto da richiedere l'intervento dell'autorità giudiziaria?

3.4.2 Obiettivi

A partire dalla mia domanda di ricerca, mi sono posta i seguenti obiettivi:

⁴² DGR n. 779/2013; DGR n. 215/2010; AULSS 6 Euganea, 2019

- a. Indagare la conoscenza del Consultorio da parte della popolazione: ci si chiede se le persone siano a conoscenza dei servizi offerti e degli aiuti possibili.

Peraltro, agevolare la conoscenza delle norme e dei provvedimenti nazionali, regionali e locali in materia di politiche familiari e di accesso ai servizi rivolti ai nuclei familiari rappresenta uno degli obiettivi del Piano di zona straordinario 2021 attraverso l'attivazione dello "Sportello per la famiglia", così come quello di implementare e favorire la conoscenza e l'accessibilità ai servizi da parte dei minori e delle loro famiglie del successivo Piano di Zona 2023-2025 individuato attraverso il Tavolo Famiglia, Infanzia, Adolescenza, Minori in condizioni di disagio, donne e giovani.

Il fatto che aumentare la conoscenza dei servizi rappresenti un obiettivo dei suddetti Piani di Zona indica un'evidente necessità di lavorare su questi aspetti, su cui ho deciso di indagare nel territorio di riferimento del Consultorio Familiare presso cui ho svolto il tirocinio.

Questa esigenza è messa in evidenza anche da Michele Grandolfo (2017) sul Quotidiano Sanità, che riporta i dati dell'Epicentro ISS, e afferma che sono pochissime le donne in gravidanza seguite nei Consultori Familiari o da un'ostetrica (meno del 20%) come sarebbe invece raccomandato ⁴³.

Inoltre, le indagini nazionali condotte dall'ISS nel corso di decenni testimoniano come l'assistenza consultoriale o dell'ostetrica e gli incontri di accompagnamento alla nascita producano maggiore soddisfazione e migliori esiti di salute, come la maggiore persistenza dell'allattamento al seno, senza trascurare la minore esposizione alle pratiche inappropriate.

- b. Indagare l'immagine che le persone hanno del servizio: essa è veritiera o distorta?

Da cosa deriva questa domanda? Vari studi dimostrano come il consultorio familiare sia pressoché dimenticato. Ad oggi, la riflessione che sembra orientare gli interventi strategici e di cambiamento dei servizi consultoriali sembra muovere da una lettura dei Consultori familiari come servizi con una identità ancora fortemente sanitarizzata, malgrado la situazione in questi anni sia cambiata.

I consultori familiari, da anni, non sono più esclusivamente degli ambulatori che offrono prestazioni ginecologiche, vaccinali o relative all'IVG: i Consultori hanno ampliato nel corso degli anni le loro

⁴³ Grandolfo M., 2017. *Chi e perché sta abbandonando i Consultori?* Quotidiano Sanità [online]. Disponibile in < https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=56823 >

competenze, ma nonostante ciò, sono ancora percepiti come servizi a carattere prevalentemente sanitario, piuttosto che come servizio ad alta componente relazionale con personale di formazione psico-sociale e capace di promuovere percorsi di empowerment, di ascolto, di sostegno etc.

La scarsa conoscenza del Consultorio e la possibilità di un'immagine distorta dei servizi che questo offre potrebbero essere esplicative della scarsa capacità attrattiva che è evidenziata dai dati.

Secondo l'indagine condotta dal Consiglio nazionale dell'Ordine Assistenti sociali il Veneto si colloca, infatti, fra le 2 Regioni con la più bassa percentuale di utenti di CF rispetto alla popolazione residente di riferimento, con un valore dell'1.9 %, al di sotto della media nazionale (del 5.2%).

c. Indagare lo stigma che per le persone possa derivare dal rivolgersi a un servizio come il Consultorio Familiare

La stigmatizzazione è il fenomeno sociale che attribuisce una connotazione negativa a un membro (o a un gruppo) della comunità in modo da declassarlo a un livello inferiore. La parola stigma viene usata come sinonimo di marchio, segno distintivo, in riferimento alla disapprovazione sociale di alcune caratteristiche personali e nei confronti di alcune categorie sociali. Così come lo stigma accompagna le persone affette da disturbi mentali, in una società basata sulla perfezione, anche avere bisogno dei servizi sociali porta con sé lo stigma di avere qualcosa che “non va”, che può essere oggetto di disapprovazione da parte della società e di cui non si può parlare in giro. Per cui, generalmente, chi è seguito dai servizi sociali tende a nascondere. Per di più, in una sfera intima quale quella familiare, andare in Consultorio Familiare e chiedere aiuto può significare, in primis per la famiglia, un'ammissione dell'incapacità di fronteggiare e superare i problemi in autonomia (dopo, ovviamente, aver preso consapevolezza di non essere la famiglia perfetta) e, inoltre, il rischio che la Comunità venga a conoscenza dell'esistenza di problemi all'interno di quel nucleo familiare

3.4.3 Strumenti

Per quanto attiene gli strumenti messi in campo, la mia ricerca si sostanzia nell'utilizzo di due strumenti: il questionario, che è andato a costituire l'indagine quantitativa, e un'intervista semi-strutturata, che è andata a costituire l'indagine qualitativa.

Per quanto riguarda il questionario⁴⁴, tale strumento è composto da un insieme di domande (nel caso specifico è costituito da 27 domande), principalmente chiuse (per un totale di 23), ovvero con alternative di risposta predefinite in cui le domande e le alternative di risposta sono uguali per tutti, e altre a risposta aperta (in totale 4), queste ultime utilizzate per indagare in modo più libero e approfondito il pensiero e punto di vista di ciascun rispondente.

Il questionario si compone di due sezioni.

La prima sezione è costituita da domande volte ad indagare le caratteristiche socio-anagrafiche dei rispondenti, quali il sesso, l'età, il comune di residenza, lo stato civile.

La seconda sezione è costituita da domande volte ad indagare diverse dimensioni:

- Conoscenza del consultorio: si vuole comprendere quanto la popolazione conosca il servizio, le aree in cui opera, i servizi erogati, i professionisti operanti al suo interno, con un focus sul ruolo dell'assistente sociale in generale e all'interno del Consultorio familiare.
- L'opinione dei rispondenti circa la capacità stessa del Consultorio di promuovere la propria immagine sul territorio. In questo modo si vuole assegnare un ruolo attivo e partecipante al campione, permettendogli di esporre il proprio punto di vista e accogliendo proposte e idee circa interventi e iniziative che potrebbero essere utili sul territorio affinché le persone conoscano maggiormente il servizio e possano superare lo stigma del chiedere aiuto ai servizi sociali.

La rilevazione è avvenuta per auto compilazione, accedendo a un questionario online. Ha avuto inizio nel mese di gennaio 2024 e è proseguita fino al giorno 22 del mese di febbraio 2024 (giorno in cui è stata chiusa la possibilità di accedere al questionario stesso).

Obiettivo era raccogliere i questionari di 150 individui, ugualmente divisi per territorio di residenza (quindi circa 50 individui per ciascuno dei tre territori a cui afferisce il Consultorio Familiare). Tale numero, al termine della rilevazione, non è stato raggiunto: sono stati ottenuti infatti 113 rispondenti, di cui il 60,2 % residente ad Abano Terme, il 23% a Montegrotto e il 13,3% a Torreglia; il 3,6% (pari a 4 persone) è risultato essere residente di alcuni piccoli Comuni limitrofi.

Commentato [MC1]: "rappresentativo" ha un significato ben preciso, cioè significa che il campione rappresenta bene la popolazione. Questo non si può dire, qualche distorsione c'è e andrà commentata (v. più avanti)

⁴⁴ Per la lettura e consultazione del questionario realizzato si rimanda all' allegato alla fine della presente tesi

Alla fine della rilevazione, le informazioni sono state riassunte in più tabelle, in cui sono riportati i valori percentuali, analizzati in maniera descrittiva per quantificare gli aspetti principali del fenomeno oggetto dell'indagine.

Per quanto riguarda l'indagine qualitativa, essa si sostanzia nella conduzione di interviste semi-strutturate rivolte alle operatrici del Consultorio: un'assistente sociale e due psicologhe.

Le interviste hanno avuto la durata di circa un'ora ciascuna, essendo costituite tra le 9 e 11 domande volte a indagare una molteplicità di aspetti. In particolare, alcune dimensioni (la cui interpretazioni verrà approfondita nel paragrafo 3.5.2) sono relative alla tipologia di utenza seguita; alla loro opinione circa la conoscenza del servizio da parte della popolazione del loro territorio di competenza; al loro punto di vista rispetto al ruolo che ricoprono nell'ambito della prevenzione e alle difficoltà concrete, finanziarie, strutturali esistenti; all'impegno da parte del servizio nel promuovere la propria immagine all'interno della Comunità.

3.4.4 Campione di ricerca

Per quanto attiene al campione di ricerca dell'indagine di tipo quantitativo, il questionario realizzato è stato somministrato alla popolazione residente dei comuni di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia.

Per raggiungere la popolazione sono stati previsti diversi canali.

Inizialmente, si era ipotizzato di chiedere la collaborazione delle dottoresse assistenti sociali dei Comuni di riferimento nel dare conoscenza alla popolazione residente del questionario e per una sensibilizzazione della stessa alla sua compilazione. Ciononostante, questo canale non è stato utilizzando per due ordini di motivi: da una parte, a causa della mancata risposta da parte delle professioniste alla richiesta di collaborazione tramite mail; dall'altra, riflettendo sulle implicazioni che ciò avrebbe avuto, in particolare il rischio di rivolgersi ad una popolazione target non rappresentativa della popolazione generale. Di conseguenza, si è scelto di non utilizzarlo come canale preminente ed esclusivo.

Si è quindi scelto di utilizzare in via preferenziale i canali social, in particolare diffondendo il questionario nei gruppi Facebook utilizzati dalla popolazione residente, come i gruppi di quartiere. Al

momento della redazione della presente relazione, grazie ai gruppi Facebook “Sei di Abano Terme se”, “Sei di Torreglia se” e “Sei di Montegrotto Terme se”, si sta riuscendo ad avere una buona affluenza di persone rispondenti.

Inoltre, sono state utilizzate vie più informali quali il passaparola tramite la collaborazione di conoscenze della scrivente.

3.5 I Risultati delle indagini

3.5.1L'indagine quantitativa

Il questionario è stato strutturato in due sezioni, di cui la prima costituita da domande socio-anagrafiche volte a conoscere le caratteristiche del campione e a introdurlo in modo graduale verso il focus del discorso, e la seconda costituita dalle domande centrali per il mio progetto di ricerca.

In particolare, per meglio identificare il target di persone che hanno risposto al questionario, si può cominciare con l'osservare come il 90,3% dei rispondenti sia costituito da donne: viene da pensare dunque che il questionario condiviso attraverso un post tramite i canali social abbia catturato di più l'attenzione della popolazione femminile e che, di conseguenza, possa rappresentare un argomento che preme di più a questa porzione della popolazione.

Sul totale dei rispondenti, il 60,2% dichiara di essere residente ad Abano Terme, il 23% a Montegrotto e il 13,3% a Torreglia. Tali valori si discostano dall'obiettivo iniziale di suddividere il campione in tre parti uguali, ma sono proporzionali all'estensione dei territori e all'ammontare della popolazione residente in ciascun Comune.

Inoltre, si tratta per il 44,2% dei casi di persone tra i 31-45 anni, seguite da un 31,9% tra i 46 e i 60 anni e da un 16,8% di persone tra i 18 e i 30 anni; non vi è dunque la partecipazione dei soggetti minori di età, mentre solo il 7,1% è costituito da persone con più di 61 anni.

Confrontando la distribuzione del campione per classi d'età con la distribuzione della popolazione totale residente nei tre Comuni⁴⁵, si può osservare come il campione non rispecchi fedelmente la composizione della popolazione totale.

Figura 2 Confronto della composizione del campione e della popolazione maggiorenne residente nei Comuni di Abano Terme-Montegrotto Terme-Torreglia al 1° gennaio 2023 per classi d'età

classi d'età	campione	popolazione residente
18-30	16,80%	13,90%
31-45	44,20%	18,80%
46-60	31,90%	29,40%
61	7,10%	37,96%
Tot	100	100

Infatti, se il campione risulta essere costituito principalmente da persone appartenenti alla classe d'età 31-45 (44,2%), quest'ultima rappresenta solo il 18,8% della popolazione totale dei tre Comuni.

La classe d'età tra i 46-60 anni, che costituisce il 31,9% del campione, invece, sembra essere fedele alla composizione della popolazione residente per tale fascia, pari al 29,4%.

Anche per quanto riguarda la classe d'età tra i 18-30 anni sembra esserci una sostanziale rappresentatività, in quanto costituisce il 16,8% del campione e il 13,9% della popolazione residente.

La classe d'età con persone dai 61 anni in su, che costituisce solo il 7,1% del campione, rappresenta invece ben il 37,96% della composizione della popolazione residente.

Le forte differenza evidente per quest'ultima classe d'età non dovrebbe stupire. Infatti, come abbiamo avuto modo di osservare precedentemente, i territori trattati in questa sede presentano un indice di vecchiaia molto elevato, per cui vi sono molte più persone anziane rispetto a quelle giovani; contemporaneamente, le persone anziane sono quelle meno avvezze all'utilizzo delle tecnologie e dei canali social, per cui la somministrazione del questionario tramite Facebook deve avere ostacolato la possibilità di questa porzione della popolazione di esprimere la propria voce.

⁴⁵ La composizione della popolazione residente nei tre Comuni per classi d'età è stata calcolata estrapolando i dati della popolazione residente al 1 gennaio 2013 su demo.istat

Infine, il 53,1% dei rispondenti dichiara di essere sposato, seguito da un 39,8% di persone nubili/celibati; i divorziati o separati costituiscono insieme il 6,2% del campione. Il 66,4% dichiara di avere figli, a fronte di un 33,6% senza figli.

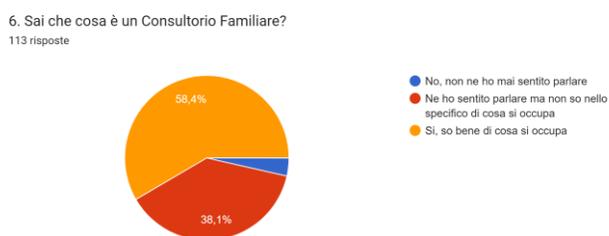
3.5.1.1 Conoscenza del servizio

La seconda sezione del questionario ha voluto indagare la conoscenza del Consultorio da parte della popolazione.

La prima domanda è stata la seguente: “Sai che cosa è un Consultorio Familiare”, proponendo come alternative di risposta “No, non ne ho mai sentito parlare”, “Ne ho sentito parlare ma non so nello specifico di cosa si occupa”, “Si, so bene di cosa si occupa”.

Tale domanda è stata formulata volutamente in modo generico, senza indagare specifiche dimensioni o conoscenze: infatti, interesse iniziale è stato quello di capire se le persone ne avessero mai sentito parlare e sapessero della sua esistenza; dunque, se si tratta di un servizio a cui esse sappiano concettualmente dare una collocazione corretta.

Figura 3 Domanda 6 del questionario rivolto alla popolazione residente



Da tale domanda è risultato che solo 4 persone, pari al 3,5% del campione, dichiarano di non aver mai sentito parlare di un Consultorio Familiare; il 58,4% dichiara di “sapere bene di cosa si occupa il servizio”, contro un 38,1%, pari a 43 persone, che dichiarano di “averne sentito parlare ma non sapere nello specifico di cosa si occupa”: quindi, ben 43 persone su 113 hanno sostanzialmente un’immagine

del servizio ma non una conoscenza chiara e precisa, non sapendo nello specifico le attività che esso svolge; dunque, è possibile notare come, contrapponendo le persone che dichiarano di conoscere bene il servizio (pari a 66 persone) alla somma delle persone rientranti nelle altre due categorie (47 persone, pari al 41,6%), non vi sia una spiccata differenza e come solo poco più della metà del campione, dunque, si dica ben consapevole delle attività consultoriali.

Alla domanda successiva viene chiesto alle persone se fossero mai state seguite dal servizio ed è risultato come il 70,8% dei rispondenti affermi di non essere mai stato seguito da un servizio consultoriale, il 16,8% (vale a dire 19 persone) è stato seguito dal Consultorio di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia e il 12,4% è stato seguito in un altro territorio. Dunque, unendo la seconda e terza categoria, osserviamo come le persone che hanno fornito una risposta affermativa sono state pari al 29,2%, ovvero 33 persone.

È stata formulata, quindi, un'ipotesi: se tra le 66 persone che affermano di conoscere i consultori familiari vi rientrassero anche le 33 persone che affermano di essere state seguite da tale servizio, vorrebbe dire che ben 33 persone su 66, quindi la metà, conoscano il servizio in ragione di un'esperienza diretta. Per indagare tale aspetto, è stata effettuata un'analisi basata sulla correlazione tra le due domande.

Da tale analisi è emerso come 33 persone su 66 che hanno affermato di conoscere il consultorio familiare non siano mai state seguite dal servizio e non ne abbiano avuto quindi un'esperienza diretta; le 33 persone restanti, invece, affermano di essere state in precedenza seguite da tale tipologia di servizio.

In generale, quindi, potremmo concludere che il Consultorio Familiare sia generalmente un servizio poco conosciuto da parte della popolazione, a meno di non avervi avuto un'esperienza in prima persona: infatti, solo una persona su due sembrerebbe conoscere il servizio pur non avendo mai fatto accesso a quest'ultimo.

3.5.1.2 I bisogni dell'utenza

Successivamente, ai 33 rispondenti che avevano risposto di essere già stati seguiti da un servizio consultoriale, è stato chiesto tramite una domanda a risposta aperta quale fosse il problema o la tipologia di bisogno per il quale fossero stati presi in carico. Le risposte fornite dal campione sono state

molto variegata e talvolta anche piuttosto approfondite, mostrando una certa premura e impegno nel dare una risposta esaustiva.

Per fare un'analisi di tali risposte, sé è deciso di cercare di categorizzarle inserendole all'interno di due macro-aree di attività: in particolare, osserviamo come il 69,7% del campione abbia fatto accesso in Consultorio per questioni inerenti l'area ostetrico-ginecologica, e solo il 30,3% per problemi inerenti l'area psico-sociale. Rispetto alla prima area, circa il 52,2% delle persone afferma di essere stata seguita per questioni inerenti la gravidanza (controlli settimanali dei bambini, fase pre e post nascita etc), il 30,4% per visite ginecologiche relative a diverse problematiche (prescrizione della pillola anticoncezionale, visita medica generale e per specifiche patologie) e, infine, il 17,4% per altre problematiche. Relativamente all'area psico-sociale, osserviamo come il 40% affermi di essere stato seguito per problemi familiari (gestione dei figli a seguito della separazione, disagio economico e sociale legato alla separazione etc), il 30% per un consulto psicologico, il 20% per terapia di coppia e, infine, il 10% per un progetto di affido familiare.

Successivamente, man mano che il questionario va avanti, le domande diventano via via più specifiche, con l'intento di indagare la conoscenza del servizio in modo più approfondito da parte delle persone.

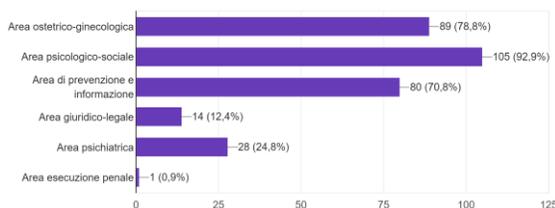
3.5.1.3 Le aree di intervento dei Consulori Familiari

Viene successivamente chiesto se le persone sono a conoscenza delle aree in cui il Consultorio opera, proponendo diversi item di risposta, alcuni dei quali volutamente sbagliati e fuorvianti rispetto alle reali attività svolte all'interno del Consultorio ⁴⁶.

⁴⁶ Si tiene presente che tali valori non sono cumulabili, poiché è stata data la possibilità ai rispondenti di indicare più alternative di risposta.

Figura 4 Domanda numero 9 del questionario rivolto alla popolazione residente

9. Indica, sulla base delle tue conoscenze, in quale/i area/e opera il consultorio familiare (più opzioni sono possibili)
113 risposte



Come è possibile osservare dal grafico soprastante, l'area più indicata, contrariamente alle aspettative, è stata quella psicologico-sociale, indicata dal 92,9% dei rispondenti, seguita dall'area ostetrico-ginecologica, indicata dal 78,8% dei rispondenti.

A seguire, scende il numero di coloro che indicano l'area di attività dedicata alla prevenzione e informazione, consistente nel 70,8% dei rispondenti. Il 38,1% ha indicato aree di attività non di competenza dei servizi consultoriali.

Per approfondire ulteriormente, viene chiesto al campione quali siano, tra le diverse alternative di servizi proposti, quelli offerti dal Consultorio.

Da tale domanda è emerso come ben l'85% del campione riconosca il ruolo del Consultorio nel fornire un sostegno psicologico e un supporto sociale. Contrariamente alle aspettative, questa percentuale risulta più elevata di quanti abbiano fornito la risposta inerente i consulti legati alla contraccezione, indicata dal 77% dei rispondenti, e dell'IVG, indicata dal 58,4% dei rispondenti.

Ancora inferiore risulta essere la percentuale di rispondenti a conoscenza del servizio di mediazione familiare e di sostegno e accompagnamento dei genitori separati o in via di separazione per quanto riguarda gli accordi relativi ai figli, risposta fornita dal 47,8% dei rispondenti.

Stupisce inoltre l'esiguo numero di persone che siano a conoscenza dell'esistenza dei corsi di preparazione alla nascita offerti dal Consultorio, vale a dire il 39,8% del campione, e dell'attività di consulenza psicologica, sociale e legale nei casi di separazione e divorzio, sempre del 39,8%

Inoltre, non risulta irrilevante il numero di persone che ha indicato le alternative di risposta volutamente sbagliate che sono state proposte dalla scrivente.

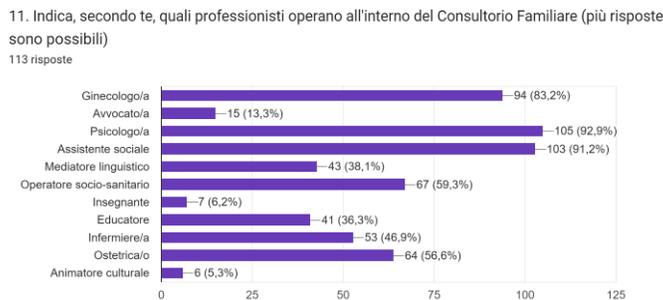
Ad esempio, ben il 21,2 % dei rispondenti attribuisce al Consultorio lo svolgimento di attività di sostegno occupazionale per persone in situazione di grave emarginazione; il 5,3% vi attribuisce il servizio di accoglienza notturna; il 24,8% indica il servizio di assistenza domiciliare per gli anziani ⁴⁷.

Una non indifferente parte del campione, dunque, ritiene che il Consultorio offra servizi che nella realtà dei fatti non sono compresi nella sua area di intervento; questo dato evidenzia come ci sia una certa confusione intorno ai servizi effettivamente erogati da un Consultorio Familiare.

3.5.1.4 Gli operatori nei Consultori Familiari

Successivamente, alla domanda numero 11, si è voluto indagare la conoscenza relativa ai professionisti presenti all'interno del servizio. Il grafico seguente evidenzia quanto emerso.

Figura 5 Domanda 11 del questionario rivolto alla popolazione residente



In particolare, anche in questo caso, le risposte fornite hanno contraddetto le ipotesi di partenza, ovvero che fosse più elevato il numero di persone a conoscenza del ruolo del ginecologo e dell'ostetrica all'interno del Consultorio, e quindi dei professionisti operanti nell'area medica, piuttosto che degli assistenti sociali e psicologi, operanti nell'area psico-sociale.

Osserviamo, infatti, come ben il 91,2 % dei rispondenti e il 92,9% abbia indicato come alternativa di risposta rispettivamente la figura dell'assistente sociale e dello psicologo.

Commentato [MC2]: ?? non so se si dice in questi casi... meglio "contraddetto"?

⁴⁷ Si tiene presente che tali valori non sono cumulabili, poiché è stata data la possibilità ai rispondenti di indicare più alternative di risposta.

La figura del ginecologo rappresenta la terza alternativa di risposta più scelta, indicata dal 83,2 % dei rispondenti. Sorprende il basso valore percentuale di persone che abbiano indicato la figura dell'ostetrica come alternativa di risposta (ovvero, il 56,6%) che, come vedremo emergere più avanti in sede di analisi dell'indagine qualitativa, rappresenta una figura centrale in molti dei progetti dedicati alla gravidanza e al pre nascita e post nascita, svolgendo azioni fondamentali di accompagnamento della madre e del neonato, come l'home visiting.

Decisamente basso è il numero di persone che indica le figure dell'educatore (36,3%) e dell'infermiere (46,9%) come presenti all'interno dell'equipe consultoriale; ciò si potrebbe ricondurre al fatto che molto spesso tali professionisti risultano assenti dall'organico nonostante la normativa le preveda come necessarie per la costituzione di un'equipe che possa definirsi completa. Ben il 59,3% ha indicato, invece, la presenza dell'operatore sociosanitario, figura al contrario non prevista all'interno dell'organico.

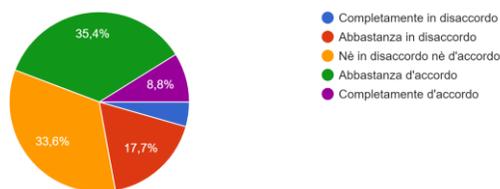
3.5.1.5 La figura dell'assistente sociale

Ponendo l'attenzione sull'ambito psicologico-sociale, si è voluta indagare la conoscenza relativa alla figura dell'assistente sociale, prima in generale e poi nello specifico all'interno del Consultorio. Il grafico seguente rende chiaramente visibile quanto emerso.

Figura 6 Domanda 12 del questionario rivolto alla popolazione residente

12. Indica il tuo grado di accordo con la seguente affermazione: conosco bene la professione dell'assistente sociale e quali compiti svolge

113 risposte



Solo l'8,8% dei rispondenti afferma di essere completamente d'accordo sul fatto di conoscere bene il ruolo dell'assistente sociale, mentre il 35,4 % si colloca tra coloro che afferma di conoscerla

“abbastanza”, e ben il 33,6 % decide di non sbilanciarsi eccessivamente, fornendo una risposta neutrale.

Questi valori indicano come la figura dell’assistente sociale sia scarsamente conosciuta all’interno della società e, molte volte, oggetto di forti distorsioni.

Viene quindi chiesto che immagine le persone abbiano della figura dell’assistente sociale. In un primo momento è stato chiesto, in modo più generico, se ne avessero un’immagine positiva o negativa: il 51,3% dei rispondenti ha affermato di ritenere l’assistente sociale una figura di aiuto di cui ha un’immagine positiva; il 33,6% ha affermato di non avere una particolare immagine o opinione del professionista; il 9,7% ha affermato di ritenerla una figura di controllo di cui ne ha un’immagine negativa, percentuale che in realtà cresce raggiungendo il 14,8% se vi includiamo le risposte di coloro che hanno inserito ulteriori alternative di risposta e con cui hanno messo in evidenza particolari criticità, affermando che:

- “dovrebbe affiancare i cittadini ma a volte non lo fa e non dovrebbe avere preferenze”
- “è una figura troppo istituzionalizzata”
- “è una figura di aiuto che non fa il suo dovere nei tempi giusti”

Successivamente, attraverso una domanda a risposta aperta, viene lasciata la libertà ai rispondenti di esprimersi e di indicare quale sensazione provoca loro la figura dell’assistente sociale.

A questa domanda ha fornito una risposta la totalità del campione.

È stata quindi effettuata un’analisi delle risposte fornite dalle persone, categorizzandole in un primo momento in base alla connotazione che assumeva la risposta (positiva, negativa o neutrale): è emerso che il 45,2% delle persone abbia fornito una risposta dalla connotazione negativa, il 33,6% una risposta dalla connotazione positiva e il 21,2% una risposta neutrale o oggettiva (a cui non si poteva dunque attribuire una connotazione).

L’analisi di tali risposte, tuttavia, evidenzia come i valori appena forniti siano in contrasto con quelli emersi nella domanda precedente, in cui si chiedeva esplicitamente di attribuire una connotazione alla figura dell’assistente sociale e in cui era emersa una maggiore propensione ad associarvi un’immagine positiva.

Ad ogni modo, le persone che hanno fornito risposte positive hanno affermato generalmente che l’immagine dell’assistente sociale provoca stati come “sollievo”, “tranquillità e sostegno”,

“accompagnamento”, attribuendole una funzione di aiuto e attribuendole virtù quali empatia, vigore morale, premura e dedizione.

Le persone che hanno fornito risposte negative, invece, si possono dividere in diversi gruppi.

Un primo gruppo, costituito dal 37,6% di chi evoca un'immagine negativa, riporta di avere avuto, o di conoscere qualcuno che abbia avuto, un'esperienza negativa.

Un secondo gruppo, pari al 31,7%, è rappresentato da coloro che danno un giudizio di valore negativo generale alla professione, che può essere letto anche alla luce di una scarsa conoscenza della stessa e dei suoi elementi portanti, esplicitando risposte come ad esempio:

- “Agitazione”
- “Paura che possano scegliere per me”
- “Disinteresse”
- “Disagio”
- “Possono fare più male che bene, rovinando le famiglie”
- “Rischio di rompere le famiglie allontanando i familiari”

Un altro gruppo, costituito dal 20,7%, è relativo a coloro che sottolineano i limiti della professione, legati ad esempio alla burocrazia, all'eccesso di regole, al non essere sufficientemente supportata, alla scarsità dei mezzi a disposizione che rendono negativo l'operato dell'assistente sociale.

Un ultimo gruppo, che rappresenta il 10% di chi ha fornito risposte negative, è relativo a coloro che sembrerebbero essere stati molto influenzati dal “sentito dire” e dalle notizie di cronaca che vedono coinvolti gli assistenti sociali.

La scarsa conoscenza del ruolo dell'assistente sociale e l'immagine distorta che ne ha la società rappresentano delle problematiche molto sentite all'interno della comunità professionale, nonostante non siano state svolte molte indagini sul tema.

Un pionieristico lavoro fu condotto da Elena Allegri nel 2004 nell'ambito dell'Università del Piemonte Orientale, intitolato “Presenze deboli saperi forti. L'immagine dell'a.s.: quello che si racconta, quello

che rimane in ombra”. Da tale indagine, successivamente è stato pubblicato nel 2006 il libro intitolato “Le rappresentazioni dell’assistente sociale”⁴⁸.

In esso, la scrittrice afferma come le rappresentazioni dell’assistente sociale contribuiscano alla trasmissione dei processi di stigmatizzazione verso la professione e verso la cultura del sociale. Infatti,

«Le rappresentazioni e gli stereotipi relativi alla professione – sia nei film che nei romanzi - tratteggiano gli assistenti sociali come ladri di bambini, freddi burocrati, distratti esecutori delle regole del sistema, oppure, all’estremo opposto, eroi, amici, disponibili a un approccio flessibile, capaci di molta empatia con gli utenti, ma proprio per questo violatori di regole. O, ancora, missionari che si donano completamente alla causa dei più deboli nell’intento di coprire, con tale atteggiamento oblativo, problemi soggettivi di riconoscimento affettivo da un lato, e gravi lacune organizzative dall’altro».

Le rappresentazioni sociali della professione mancano, dunque, di una condivisione su larga scala dei reali, complessi e sfaccettati contenuti in cui si articola il lavoro dell’assistente sociale fatto di specifici metodi e tecniche, di competenze organizzative per articolare il lavoro di rete, le capacità di lettura della realtà e il lavoro di implementazione delle politiche di welfare. Come afferma l’autrice,

«Come accade per l’iceberg, i sette ottavi dell’attività degli assistenti sociali e del lavoro sociale più in generale restano sott’acqua: invisibili».

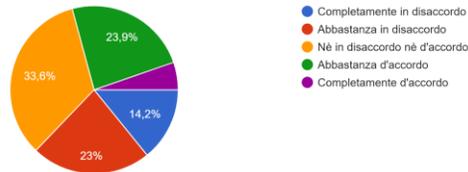
La scarsa conoscenza del ruolo dell’assistente sociale, inoltre, cresce se si pone il focus sul servizio consultoriale, come mostrato di seguito:

⁴⁸ Allegri E. (2006), *Le rappresentazioni dell’assistente sociale. Il lavoro sociale nel cinema e nella narrativa*. Carocci, Santarcangelo di Romagna RN (pag.33)

Figura 7 Domanda 15 del questionario rivolto alla popolazione residente

15. Indica il tuo grado di accordo con la seguente affermazione: conosco nello specifico di cosa si occupa l'assistente sociale all'interno del Consultorio Familiare

113 risposte



La percentuale di coloro che affermano di essere “completamente d'accordo”, e quindi di conoscere bene di cosa si occupa l'assistente sociale nel consultorio costituiscono il 5,3% dei rispondenti (contro l'8,8% di coloro che si riferivano all'assistente sociale in generale), mentre coloro che riferiscono di conoscerla abbastanza sono il 23,9%, contro il 35,4% di coloro che si riferivano alla professione in generale; inoltre, coloro che affermano di essere completamente in disaccordo con l'affermazione “conosco nello specifico di cosa si occupa l'assistente sociale all'interno del Consultorio Familiare” aumentano al 14,2% (a fronte del 4,4% rilevato nella domanda generale).

Tali valori mostrano come, intorno al ruolo che l'assistente sociale svolge nel consultorio, vi sia decisiva nebulosità e poca chiarezza.

Successivamente, all'interno del questionario, non ci si è limitati a chiedere alle persone quanto esse pensino di conoscere la funzione dell'assistente sociale nel Consultorio, ma di indagare effettivamente cosa esse sappiano, chiedendo a tutti di esporre in poche parole quale ruolo, secondo loro, svolge l'assistente sociale all'interno del CF. I rispondenti avevano la possibilità di fornire una risposta aperta e sono stati 71 su 113.

Per semplicità, per analizzare le risposte ottenute, si è deciso di suddividerle in “macrocategorie”.

Da ciò è emerso come il 55,6% dei rispondenti abbia associato all'assistente sociale la funzione di “aiuto”, come aiuto generico, aiuto alla comunicazione tra familiari, aiuto alle famiglie in difficoltà economiche e sociali, aiuto a chi è in difficoltà, alle famiglie che stanno affrontando un periodo difficile.

Il 29,4 % ha indicato funzioni più specifiche come: ascolto, mediazione dei rapporti, sostegno e accompagnamento.

L'8% ha indicato funzioni relative alla consulenza, al dare informazioni e indicazioni pratiche, al “dare consigli” e ad essere “Guida, informatore, propositore, indagatore” (risposta di una persona)

Il 5% indica la funzione, non corretta, del supporto psicologico, mentre il 2% fa riferimento alla funzione di collegamento con gli altri servizi e coordinamento con le altre figure.

Da tutte queste risposte sembrerebbe emergere come nella maggior parte dei casi le persone sappiano collocare l'assistente sociale in consultorio nella sfera di intervento rispetto alle famiglie; tuttavia, si tratta di risposte piuttosto generiche, che indicano una difficoltà a individuare le funzioni precise della professione.

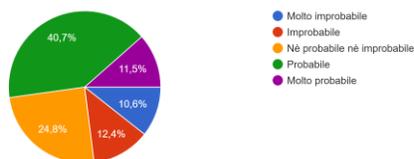
3.5.1.6 Lo stigma del chiedere aiuto

Il questionario procede invitando il campione a rispondere ad alcune domande dopo aver letto un estratto della legge istitutiva n 405 del 1975 che indica gli obiettivi perseguiti dai Consultori Familiari.

Sulla base di quanto letto, viene chiesto al campione di immaginare di trovarsi in una condizione di bisogno e di valutare la probabilità per cui, in tale condizione, chiederebbero aiuto al Consultorio Familiare. Tale domanda era volta a indagare quanto stigma vi sia nell'essere seguiti da un servizio sociale o, viceversa, la disponibilità a farsi aiutare. Tutto il campione ha fornito una risposta e i risultati sembrano essere incoraggianti, come mostra la figura seguente:

Figura 8 Domanda 17 del questionario rivolto alla popolazione residente

17. Sulla base di quanto appena letto, quanto ritieni probabile che, se ne avessi bisogno, ti recheresti in consultorio familiare per farti aiutare?
113 risposte



La risposta più frequente è stata “Probabile”, selezionata dal 40,7% del campione. Il 24,8% ha risposto invece “Né probabile né improbabile”, scegliendo quindi di adottare una risposta neutrale. Risultano pressoché alla pari coloro che hanno risposto “molto probabile” e “molto improbabile”, rispettivamente l’11,5% e il 10,6%. Se sommiamo coloro che affermano che non si recherebbero con assoluta certezza al consultorio (ovvero coloro che hanno selezionato “improbabile” e “molto improbabile” otteniamo un valore del 23%, pari a 26 persone sul totale dei 113 rispondenti).

Interessanti risultano inoltre essere le risposte (pari a 113) fornite dal campione alla domanda “Per quale tipo di problema pensi che potresti rivolgerti al Consultorio Familiare”. Le risposte sono state piuttosto variegata, tanto che non risulta una tipologia di problema come nettamente più frequente rispetto alle altre. Il fatto che vi siano state 113 risposte indica che anche chi precedentemente aveva affermato sarebbe stata molto bassa la probabilità di rivolgersi al CF abbia poi risposto a quest’ultima domanda con una delle alternative proposte.

Sei persone, tuttavia, hanno aggiunto un’alternativa di risposta rispetto a quelle proposte dalla scrivente, ribadendo “Non mi ci rivolgerei mai”.

Per quanto riguarda le altre risposte, quelle più fornite per ordine di frequenza (dalla minore alla maggiore), sono state le seguenti ⁴⁹:

1. Per aspetti legati ai percorsi di adozione, selezionata dal 23,9% dei rispondenti.
2. Il 31,9% ha risposto che si recherebbe in consultorio per una consulenza psicologica, sociale e legale in caso di separazione e divorzio
3. Il 40,7% ha indicato l’area della sessualità e riproduzione: riterrebbero infatti che si recherebbero in Consultorio per quanto riguarda le questioni della sterilità e infertilità, contraccezione e IVG. In realtà, a questa si potrebbe aggregare la percentuale di rispondenti che afferma che si recherebbe al CF per assistenza medica, psicologica e sociale legata a gravidanze non desiderate (Il 21,2%).
4. Il 44,2% afferma che si recherebbe in consultorio per avere il sostegno alla genitorialità

⁴⁹ Si tiene presente che tali valori non sono cumulabili, poiché è stata data la possibilità ai rispondenti di indicare più alternative di risposta.

È quest'ultimo valore, in particolare, a stupire rispetto alle aspettative di partenza.

Infatti, visti i bassi numeri evidenziati dai dati relativi all'utenza spontanea che si rivolge in consultorio per quanto attiene il sostegno alla genitorialità, ci si sarebbe aspettato un valore ben inferiore di persone che affermino che si rivolgerebbero al consultorio proprio per questo servizio. Si potrebbe ipotizzare, tuttavia, che le persone che hanno fornito tale risposta siano anche quelle con minore probabilità di incorrere in condizioni di vulnerabilità tali da richiedere il servizio di sostegno alla genitorialità.

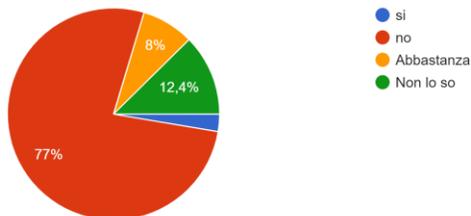
Inoltre, ci si sarebbe aspettati valori ben superiori di persone che avrebbero selezionato il campo di attività che attiene alla sessualità.

3.5.1.7 Le iniziative di Comunità

Come anticipato, la seconda sezione del questionario, dopo aver indagato una prima dimensione relativa alle conoscenze della popolazione sui CF, ha indagato una seconda dimensione relativa al tema delle iniziative e della promozione del servizio da parte dello stesso e i risultati si sono dimostrati molto interessanti. Infatti, ad una prima domanda, in cui si chiede alle persone se a loro parere il servizio svolga appropriate iniziative per farsi conoscere sul territorio, è emerso quanto segue:

Figura 9 Domanda 23 del questionario rivolto alla popolazione residente

23. Come spiegato nell'introduzione al questionario, uno dei nostri scopi è capire quanto la popolazione conosca il Consultorio. Pensi che il cons...riate iniziative per farsi conoscere sul territorio?
113 risposte



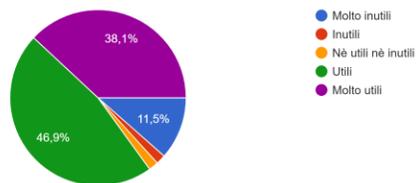
Come è possibile osservare dal grafico, il 77% ha risposto “No”, seguito da un 12,4% che ha risposto “non lo so” e da un 8 % che ha risposto “abbastanza”; solo 3 persone, dunque, hanno risposto positivamente alla domanda.

Alla domanda successiva, il 43,4% dei rispondenti ritiene che, per fare in modo che il Consultorio possa farsi conoscere sul territorio, iniziative in scuole, eventi pubblici all'aperto etc possano essere molto utili, seguito da un 38,9% che le ritiene “utili”, da un 15,9% che le ritiene “molto inutili”.

Inoltre, l’85% del campione ritiene che tali iniziative servirebbero anche ad accrescere in modo concreto l’utilizzo del servizio, considerandole nel range di “utili” (il 46,9%) e “molto utili” (il 38,1%).

Figura 10 Domanda 25 del questionario rivolto alla popolazione residente

25. Secondo te quanto queste iniziative sarebbero utili ad aumentare l'utilizzo del servizio da parte di chi ne ha bisogno?
113 risposte



Infine, viene dunque posta una domanda obbligatoria a risposta aperta al campione rispetto alle attività che gli piacerebbe vedere implementate nel proprio quartiere, utili ad aumentare la conoscenza del servizio. I contributi sono stati molto interessanti.

In particolare, tantissime sono state le risposte relativamente a incontri informativi e consulenze per i ragazzi e all’interno delle scuole. Molti, invece, hanno fatto riferimento ad attività di pubblicizzazione, di allestimento di banchetti, di diffusione di volantini; molti altri hanno fatto riferimento ad eventi informativi più “strutturati”, come serate informative, convegni, incontri tematici.

Interessanti sono state due risposte, in particolare, che hanno catturato la mia attenzione e che hanno aperto due questioni che tratteremo successivamente nel paragrafo dedicato alle interviste, ovvero la

necessità di garantire una maggiore informazione rispetto al cambio delle sedi operative e alla loro collocazione, nonché la necessità di una maggiore rispondenza degli orari di apertura alle esigenze delle persone.

3.5.1.8 Considerazioni conclusive

Il questionario proposto alla popolazione residente ha rappresentato uno strumento di fondamentale importanza per indagare il rapporto della stessa con il servizio, la sua conoscenza di quest'ultimo, delle attività svolte, nonché indagarne il "bisogno".

Infatti, il fatto che la totalità del campione abbia fornito il proprio punto di vista rispetto alle attività che avrebbe piacere di vedere implementate sul territorio, e il fatto che le risposte siano state nella maggior parte dei casi molto esaustive, hanno indicato a mio parere un forte interesse sul tema e, forse, una necessità di questo servizio e di quello che potrebbe offrire in termini preventivi che le persone non riconoscono di avere.

Molte delle ipotesi di partenza sono state, di fatto, confermate, relativamente alla poca conoscenza del servizio e alla poca chiarezza circa il ruolo dell'assistente sociale; altre ipotesi sono state contraddette, relativamente in particolare alla mancata conoscenza della componente psicosociale, che il campione sembrerebbe invece riconoscere, nonostante l'affluenza di utenza spontanea sia scarsa.

Tuttavia, se anche le persone fossero poste, attraverso un'offerta attiva, nelle condizioni di conoscere maggiormente il servizio, o se pur conoscendolo già decidessero (grazie, ad esempio, a iniziative di sensibilizzazione) di recarvisi per chiedere aiuto, questo sarebbe in grado di rispondere ai bisogni della popolazione?

Questo tema rappresenta, infatti, quanto emerso nel corso delle interviste con le operatrici e che verrà trattato nei prossimi paragrafi.

3.5.2 L'indagine qualitativa

La seconda parte della ricerca si è concretizzata attraverso un'indagine di tipo qualitativo.

In particolare, tra la fine di febbraio 2024 e gli inizi del mese di marzo sono state condotte delle interviste semi-strutturate ad alcuni operatori del Consultorio Familiare che ha sede ad Abano Terme, ovvero un'assistente sociale e due psicologhe, che per una maggiore chiarezza nella lettura del testo seguente chiameremo rispettivamente Dott.ssa V., Dott.ssa N. e Dott.ssa B., anche al fine di garantirne l'anonimato.

Si è scelto di utilizzare questa tipologia di intervista in quanto è considerata particolarmente adatta nel caso si debbano intervistare dei cosiddetti "testimoni privilegiati", cioè

*"persone che, per il particolare ruolo che ricoprono, possiedono informazioni che possono essere utili per la nostra indagine"*⁵⁰

Nell'intervista semi strutturata, inoltre:

*"l'intervistatore dispone di una lista di temi fissati in precedenza sui quali deve raccogliere tutte le informazioni richieste [con] la facoltà di adattare ai singoli intervistati sia le domande sia l'ordine in cui le pone"*⁵¹

Infatti, sebbene le domande fossero già state definite nella fase antecedente la conduzione dell'intervista, esse sono poi state formulate in ordine differente tra un operatore e l'altro (fatta eccezione per la domanda "pilota"), sulla base della naturale declinazione che la trattazione con ciascun operatore stava prendendo. Tale differente andamento dell'intervista, infatti, ha rispecchiato il rilievo che i diversi tempi avevano per "il mondo vitale" dell'intervistato. Ciò ha fatto sì inoltre che ciascun operatore introducesse tematiche nuove e inaspettate, non trattate dagli altri due colleghi.

Nonostante tale flessibilità, l'intervistatore, rappresentato dalla scrivente, ha sempre mantenuto il compito di richiamare l'attenzione dell'intervistato su alcuni punti fondamentali che era mio interesse indagare e che sono stati mantenuti per tutte e tre le interviste, in modo da studiare anche congruenze o incongruenze tra le risposte fornite dagli operatori.

50 Losito G. (1998), *Sociologia. Un'introduzione alla teoria e alla ricerca sociale*, Roma, Carocci

51 Pitrone, M.C., *Il sondaggio*, Franco Angeli, Milano, 1984

Le interviste, della durata di circa un'ora, si sono sviluppate attraverso diverse tipologie di domande: da una parte, sono state poste agli operatori le domande formulate già all'interno del questionario rivolto alla popolazione, in modo da indagare alcuni aspetti e fenomeni mettendo a confronto le due controparti (utenza e operatori); dall'altra, sono state poste domande volte a indagare la capacità di prevenzione da parte del servizio, avendo in questo modo la possibilità di studiare il fenomeno dall'interno, attraverso chi lo vive e sperimenta ogni giorno nel proprio operato e può indicare con competenza ed esperienza le luci ed ombre del servizio.

3.5.2.1 Conoscenza del servizio

La prima domanda che è stata posta alle operatrici riguarda se, secondo loro, le persone sanno cosa sia un consultorio e conoscono i servizi consultoriali offerti.

Il parere delle professioniste sembra rispecchiare la situazione che è stata messa in evidenza dai dati emersi dal questionario, ovvero la scarsa conoscenza del servizio: infatti, solo poco più della metà del campione afferma di sapere bene di cosa si occupa (peraltro, la metà di queste è risultata conoscerlo in ragione di un'esperienza diretta).

La Dott.ssa B afferma:

“Allora, relativamente al CF di Abano, è un consultorio che storicamente era aperto e attivo con tutta una serie di attività a partire da quello ginecologico con servizio primi giorni, accompagnamento delle mamme nella gravidanza e la parte psicosociale dove c'era uno psicologo a tempo pieno, poi per tanti anni non c'è più stata e la popolazione è stata invitata a recarsi alle sedi di Selvazzano e Tencarola, quindi si è persa una consuetudine all'accesso al servizio, che è stata ripristinata 2 o 3 anni fa dove però c'è stato un ripristino sì ma in maniera assolutamente ridotta. Quindi in questo momento, secondo me, i cittadini non sanno nemmeno che è stato riaperto [...]. Non credo che la popolazione sapesse che il servizio era stato riaperto e non so che livello di pubblicizzazione ci fosse stato”.

Semberebbe dunque che i cambiamenti nell'organizzazione del servizio negli ultimi anni abbiano avuto un forte ruolo nella scarsa conoscenza del servizio da parte della popolazione.

Posta di fronte alla medesima domanda, la Dott.ssa N. afferma:

“Probabilmente non a sufficienza, ho la sensazione che il servizio non sia abbastanza conosciuto, in particolare rispetto alla parte psico-sociale: le persone sicuramente conoscono la prima parte del consultorio, quella ginecologica e contraccettiva, la seconda di meno e quindi non sanno quali possano essere le potenzialità del consultorio, rispetto al richiedere una consulenza, rispetto alle separazioni conflittuali etc”

Simili considerazioni sono quelle riportate dall'assistente sociale, che afferma:

“No, c'è conoscenza rispetto all'area ostetrico-ginecologica ma il resto è poco conosciuto”

Alla richiesta di spiegazioni sulle motivazioni di questo fenomeno, le operatrici evidenziano due dimensioni: se la psicologa lo attribuisce a un “retaggio del Consultorio Familiare come servizio che si occupa solo dell’area ginecologica”, l’assistente sociale mette in luce quella che rappresenta una debolezza del servizio e in particolare un processo di cambiamento avvenuto negli ultimi anni, affermando che:

“Nel tempo si è ridotta l’offerta di interventi e opportunità, c’è stato un utilizzo diverso nel tempo, anche perché la parte ginecologica per lungo periodo non era inserita all’interno delle prestazioni prenotabili tramite il CUP e l’accesso era completamente diverso, poi è stato inserito nell’offerta generale ambulatoriale, quindi tra le persone vi è chi arriva con una prenotazione ambulatoriale e chi con un’ottica consultoriale. La AULSS6 ha preso questa direzione, per cui nelle nostre sedi da poco abbiamo di nuovo la ginecologa in modo consistente, ma la sede di Selvazzano, ad esempio, non ce l’ha e l’ottica multidisciplinare nel tempo è venuta meno.

All’inizio vedevo molta circolarità: le donne andavano dalla ginecologa, la ginecologa le consigliava di venire alla parte psicosociale, per cui riuscivamo a prendere le persone molto prima, grazie sia all’aspetto ginecologico che al progetto primi giorni, che adesso non c’è più (sostituito dal “Bro”, ovvero un progetto per le gravidanze non a rischio), e che era fondamentale dal punto di vista preventivo per contattare le mamme in modo precoce rispetto alle difficoltà familiari, quindi anche l’accesso al consultorio era molto più importante [...]

Ultimamente la ginecologa è presente tre volte a settimana e vediamo un accesso diverso al servizio, sicuramente maggiore, ma ci vuole tempo affinché le persone conoscano e utilizzino le offerte che ci sono”.

Ciò evidenzia l’importanza della correlazione delle due componenti ostetrico-ginecologica e psicosociale e di cosa implichi per il consultorio la capacità di offrire un aiuto in senso globale alla famiglia; inoltre, sottolinea come fare prevenzione in termini sanitari voglia dire, contemporaneamente, offrire delle possibilità di prevenzione dei disagi sociali, creando dei ponti.

Semberebbe, dunque, che la contrazione della componente ostetrico-ginecologica abbia avuto delle importanti ripercussioni anche sulla componente psico-sociale, consentendo una minore circolarità delle informazioni e della conoscenza sulla diversità di servizi offerti in Consultorio e, dunque, con effetti anche sul numero degli accessi spontanei.

3.5.2.2 Gli accessi dell’utenza tra beneficenza e coattività

Concentrando l’attenzione sulla tipologia di utenza seguita, sono stati letti alle operatrici alcuni dati della Regione Veneto (presentati, in questa sede, già nel capitolo 2) e in particolare della AULSS6 riguardo l’elevato numero di accessi coatti e la diminuzione dell’utenza spontanea.

Riguardo il primo aspetto, già nel corso del tirocinio in cui ho potuto affiancare l'assistente sociale, si era reso evidente questo fenomeno. E' stato mio interesse indagare se anche le Dott.sse N. e B., rispetto ai casi seguiti individualmente in veste di psicologhe, ravvisassero una predominanza di casi di tribunale o se, al contrario, potessero riferire di seguire per colloqui psicoterapeutici un maggior numero di persone provenienti da un accesso spontaneo; questa ipotesi è stata tuttavia contraddetta: entrambe le psicologhe, così come l'assistente sociale, concentrano la gran parte del loro lavoro sugli incarichi del Tribunale.

La Dott.ssa N. afferma che:

“La maggior parte delle attività sono legate soprattutto al Tribunale, quindi alla valutazione delle competenze genitoriali e al sostegno della genitorialità su mandato del Tribunale (circa il 75% del lavoro va in questa direzione. Come psicologa poi ci sono attività più mirate nella mia professione, come colloqui psicologici per depressione post partum in cui le neomamme contattano il servizio o vengono inviate da altri servizi. In questo momento però la componente relativa al tribunale occupa la maggior parte del lavoro e ciò accade anche negli altri consultori di mia conoscenza, anche perché rispetto a ciò ci sono delle situazioni che si incancreniscono e che vengono portate avanti finché i ragazzi non raggiungono 18 anni; quindi, sono situazioni che il servizio si porta avanti perché il Tribunale stabilisce che il servizio consultoriale deve continuare a seguirli”

La Dott.ssa B, invece, afferma che:

“Io come mandato istituzionale sono entrata in servizio per occuparmi di mandati di tribunale e separazioni conflittuali, poi il resto è un più, ad esempio emergenze legate alla fragilità del periodo di vita, ad esempio rispetto alla depressione post partum, per cui c'è una buona fetta di utenza che in genere è intercettata dal servizio ginecologico del CF. Poi c'è tutta la parte dell'accompagnamento alla genitorialità ma essendo poco noto in genere le persone accedono perché inviate dalla psichiatria, ginecologia, insomma da altri servizi”

Per meglio far comprendere le parole della Dott.ssa B, preme anticipare un tema che verrà trattato successivamente, ovvero la scarsità di personale che ha imposto la necessità di impiegare ciascun professionista in più sedi lavorative, svolgendo un ristretto numero di ore all'interno di ciascuna di queste. La Dott.ssa B. lavora dunque all'interno del CF di Abano Terme per un orario di dodici ore a settimana (altre 20 ore sono quelle svolte all'interno del consultorio di Rubano), motivo per cui il suo lavoro ad Abano Terme è stato legato per mandato istituzionale principalmente ai lavori di Tribunale.

Riguardo il tema della diminuzione dell'utenza spontanea, se le due psicologhe, che riferiscono di lavorare sul territorio da 3 anni e 6 anni, affermano di ravvisare in tale arco temporale un andamento sostanzialmente stabile, al contrario l'assistente sociale, che opera nel consultorio del distretto 2 dal

2020 e nel territorio più in generale della AULSS6 da oltre 20 anni, conferma di aver assistito a un progressivo calo dell'utenza spontanea. Riportiamo, di seguito, le sue parole:

“Innanzitutto, come ti dicevo, è cambiato proprio il modo di accedere al servizio, in quanto una parte dell'utenza arriva come ambulatorio, per una prestazione di tipo sanitario e non con una domanda più allargata. Dall'altra parte, il calo dell'utenza spontanea è legato proprio a questi aspetti che ti dicevo: prima l'offerta, soprattutto nel pre e post nascita, era collegata ad altri progetti in collaborazione, ad esempio, con la pediatria di comunità, cosa che si è ridotta man mano e ora non c'è più; poi col covid, nel nostro distretto, non siamo ancora tornati ai corsi di preparazione alla nascita in presenza e anche questo porta a una riduzione degli accessi”

La professionista riporta dunque come la diminuzione dell'utenza spontanea sia dovuta anche al Covid e come l'erogazione di prestazioni online piuttosto che in presenza generi meno partecipazione, visto il diverso impatto tra una comunicazione interpersonale face-to-face rispetto a una a distanza.

Tuttavia, il fattore causale principale è legato al calo dell'offerta e alla scomparsa di alcune modalità di interazione e collegamento tra professionisti. L'assistente sociale, infatti, afferma che:

“Con la pediatria di comunità facevamo tanti interventi nell'immediato post nascita, c'era un monitoraggio delle mamme con accesso spontaneo e le colleghe, appena vedevano situazioni difficili, ce le mandavano subito. Ho effettuato tante visite domiciliari con le assistenti sanitarie. C'era un approccio diverso e ora tutta questa parte di attività preventiva si è contratta”

Possiamo affermare, dunque, che il venir meno dell'offerta di una certa tipologia di servizi, come i progetti prenascita e post nascita, o ancora il progetto primi giorni, abbia avuto due effetti determinanti: da una parte ha ostacolato la conoscenza del servizio da parte della popolazione, non permettendo che si verificasse una circolarità delle informazioni in cui la componente ostetrico-ginecologica fungesse da porta informativa per la componente psico-sociale; dall'altra ha ostacolato la capacità del servizio di intercettare precocemente le persone o famiglie in cui venivano ravvisati segnali di vulnerabilità, determinando una diminuzione dell'utenza spontanea e un aumento di situazioni cronicizzate e in arrivo tramite mandato del Tribunale.

3.5.2.3 Il depauperamento del servizio

Sul tema trattato nel paragrafo precedente, si è deciso di chiedere alle professioniste che ruolo possa giocare il consultorio in questa tendenza e se vi possano essere delle strategie per fare in modo che l'utenza spontanea aumenti.

La Dott.ssa N. sembrerebbe orientarsi verso strategie che consentano una maggiore conoscenza del servizio, affermando:

“Probabilmente sì, ci potrebbe essere questa possibilità sensibilizzando la popolazione, proponendo serate informative in cui trattare temi legati al consultorio attivando tutta una rete con gli altri servizi, soprattutto il servizio comunale”.

Queste di seguito, invece, le parole dell’assistente sociale, che facendo riferimento ai finanziamenti come strada per attivare delle possibilità, introduce un tema fondamentale: quello delle risorse.

“Nell’ultimo triennio grazie ai finanziamenti regionali del progetto natalità e sostegno alla genitorialità siamo ripartiti con l’aspetto di sostegno e prevenzione, ma è organizzato a livello sovra distrettuale e probabilmente impatta meno rispetto alla popolazione, l’accesso è comunque ridotto. Probabilmente bisognerebbe pensare a progetti locali”.

Tuttavia, nonostante finanziamenti e iniziative potrebbero creare delle possibilità per aumentare l’utenza spontanea, le operatrici evidenziano una grande criticità, ovvero la prevedibile incapacità del servizio di dare una risposta alla domanda: anche se l’utenza spontanea aumentasse, il servizio non sarebbe in grado di accoglierla. È questo, infatti, il grande tema e problema della mancanza di risorse (finanziarie, umane etc), come riferisce l’assistente sociale:

“C’è un problema di personale in tutte le aree e ciò è legato a un problema di costi. Anche per questo è stata ridotta l’offerta ginecologica ed è stata inserita tra le prenotazioni del CUP: per aumentare l’offerta ambulatoriale. Il personale anche qui è ridotto, quello che possiamo offrire è poco in termini di ore rispetto agli standard, per cui dobbiamo dare precedenza agli incarichi, questo riusciamo a fare. C’è il problema del turn over, del blocco delle assunzioni. Qui mancano 36 ore di psicologo. Di assistente sociale siamo a tempo pieno figurativamente, ma poi lavoro in due servizi, quando lavoro in mediazione familiare, qui rimane scoperto: si è ridotto sempre di più il lavoro sull’utenza spontanea”.

Tale situazione è evidenziata anche dalla psicologa, la quale riporta, con un po’ di rammarico, quanto segue:

“ Come psicologa, seguire l’utenza spontanea è molto interessante perché le persone hanno una motivazione intrinseca a mettere in atto un processo di cambiamento, mentre per le situazioni che seguiamo dal Tribunale non c’è grande motivazione da parte delle persone; ma se la maggior parte del nostro lavoro va nella direzione del Tribunale, anche se ci fossero più accessi spontanei io non riuscirei a dare una risposta a tutti, a causa della scarsità del personale, e il personale che c’è viene investito a fare più ruoli. Io come psicologa lavoro anche in altri servizi, così come le assistenti sociali. Qui ad Abano il consultorio psico-sociale, ad esempio, è attivo solo 3 giorni a settimana e nelle ore che abbiamo a disposizione dobbiamo gestire tutta una serie di cose e il tempo per altre situazioni è poco”.

Come abbiamo mostrato in precedenza attraverso i dati sulla Regione Veneto, dunque, la mancanza di risorse finanziarie ha causato un blocco delle assunzioni e la carenza di personale: in tal modo il

Consultorio non riesce a garantire il gold standard di ore di lavoro che ciascun professionista dovrebbe ricoprire secondo la normativa.

Come spiegato dalle operatrici questo implica che, con le risorse attualmente presenti, il servizio non sarebbe in grado di fare di più e che tutte le attività non potrebbero comunque fare a meno di indirizzarsi verso gli incarichi provenienti dal Tribunale.

Peraltro, l'esiguità dei giorni di apertura del servizio consultoriale rappresenterebbe, ad ogni modo, un fattore ostacolante alla possibilità stessa per gli utenti di accedere al servizio, specialmente per quanti, ad esempio, possono avere non poche difficoltà ad accedere negli orari di apertura previsti, a causa di altri impegni per la gestione dei figli, per gli orari di lavoro etc.

Inoltre, quando alle operatrici ho proposto il tema della capacità del servizio di promuovere la propria immagine sul territorio e, di conseguenza, di avere visibilità (e, dunque, di aumentare l'utenza spontanea), ho ottenuto la seguente risposta da parte dell'assistente sociale:

“No, ultimamente usiamo un po' di più i social quando lanciamo qualche iniziativa, ma ci guardiamo bene dall'esorci troppo perché, pur volendo, non ce la faremmo a seguire più persone. Bisognerebbe avere un gruppo di lavoro molto più consistente. Esporsi vuol dire riuscire a dare risposte e una continuità: se parti con dei progetti di comunità devi presidiare, non puoi sparire, e questo richiede costanza”.

Allo stesso modo, la Dott.ssa B. afferma:

“Non puoi dare visibilità a un servizio sgangheratissimo e di cui non hai forza lavoro e risorse umane, in questo momento i servizi sono all'osso con un carico immane, non siamo in grado di rispondere a una nuova utenza, abbiamo liste d'attesa lunghissime, tutti sanno questo. Sarebbe necessario che ci fosse un diverso tipo di logica della salute basata sulla prevenzione e un grande stravolgimento. Adesso gli operatori si devono spostare su più sedi, il problema è noto [...] Oppure le persone chiamano e si aspettano la psicoterapia, noi non siamo in grado di servire questo tipo di servizi in questo momento, la psicoterapia prevede una seduta a settimana, noi non siamo in grado di fare questo [...]. Il servizio è all'osso e fare pubblicità vorrebbe dire attirare persone a cui non si potrebbe rispondere, vorrebbe dire prenderle in giro”.

Alla luce di quanto emerso con le Dottoresse, il Consultorio sembrerebbe essere in una fase di stallo in cui, a causa della scarsità di risorse, è costretto a “nascondersi” e a lavorare nell'ombra, alimentandosi dell'unica cosa che non può essere rimandata o negata: i mandati dei Tribunali.

Tutto ciò, ovviamente, ha forti ricadute sul ruolo del Consultorio rispetto alle attività di prevenzione e promozione della salute, intesa in senso globale, e quindi anche rispetto alla possibilità di prevenire il disagio familiare.

3.5.2.4 Fare prevenzione nel Consultorio Familiare

La seconda parte dell'intervista è stata dedicata al tema della prevenzione all'interno del servizio consultoriale.

Dopo aver offerto alle operatrici una piccola introduzione sul ruolo del Consultorio nella prevenzione e sugli obiettivi relativi alle attività psico-sociali del servizio consultoriale proposti dai documenti regionali (già illustrati nel capitolo precedente), è stato chiesto loro cosa significhi, a loro parere, svolgere attività di prevenzione all'interno di questo specifico servizio.

Come riporta la psicologa N.,

“Prevenzione significherebbe mettere in atto dei processi di riflessione e di stile di vita prima che certe dinamiche entrino effettivamente in gioco, sarebbe interessante fare dei lavori coi genitori quando i bambini sono piccoli in modo da favorire un certo tipo di mentalizzazione da parte dei genitori prima che i figli diventino grandi. Sarebbe importante lavorare tanto in rete fin dal principio”

L'assistente sociale, dal suo punto di vista, afferma che prevenzione significa:

“Intercettare i bisogni delle persone in un accesso spontaneo quando le persone riescono a portare una domanda e non quando essa diventa nell'urgenza o coatta. Non solo, c'è tutto un aspetto formativo e informativo per le persone che affrontano vari aspetti del ciclo di vita che possono essere utili ad affrontarli in modo più competente o comunque a riconoscersi delle competenze; questo tipo di lavoro riesco a farlo di più a mediazione attraverso il lavoro con il gruppo dei genitori, quindi la costruzione di reti di solidarietà e di rinforzo delle competenze lo riesco a fare di più in quella dimensione.

Fare prevenzione vuol dire anche tenere una buona rete con i servizi di base che possono intercettare situazioni in fase ancora precoce e inviarli al consultorio. Per questo l'integrazione c'è, c'è una linea diretta coi servizi di base. Il problema è che siamo limitati in termini di offerta di tempo: io avrei 9 ore per Abano Terme, 6 per Montegrotto e 6 per Torreglia”.

Viene quindi riferito alle operatrici il dato secondo cui, in base agli standard per la riqualificazione delle attività consultoriali, sarebbe richiesto che circa il 50% del tempo del loro lavoro sia dedicato ad attività di prevenzione. Di seguito riportiamo le loro risposte:

“Il 50%? Wow, sarebbe bello, in questo momento è un’utopia. Le ore che dedichiamo sono dedicate al Tribunale e una piccolissima parte è legata agli accessi spontanei, dove però c’è già un malessere (ad esempio un inizio di depressione post partum) e non so se sia possibile parlare già di prevenzione”. (Dott.ssa N.)

“Certo, sono d’accordo, mentre noi i programmi di prevenzione li facciamo fuori orario, quando ci sono finanziamenti e la fanno gli operatori che pensano di potersi dedicare a questa attività. Io su 36 ore farò circa 6 ore di attività di prevenzione” (Dott.ssa V.)

“Quanto tempo dedico alla prevenzione? Due ore al mese. L’attività che svolgo di prevenzione si riduce ai corsi, che sono 7 l’anno, all’interno di ogni corso io ho 2 ore nel preparto e 2 nel post parto [...] 28 ore all’anno di prevenzione”.

I corsi a cui si riferisce la Dott.ssa B. sono i corsi di accompagnamento alla nascita, attività che lei spiega essere preventiva perché *“Tutti quelli che possono essere piccoli e grandi disagi emotivi nel post partum beneficiano di un’attività di prevenzione, che è di due ore ed è online perché non siamo in grado di andare in presenza, non abbiamo tempo”.* Essa, quindi, afferma che, di fatto, le attività preventive vengono svolte, ma rappresentano il minimo e indispensabile e non è rapportabile ai bisogni esistenti. La Dott.ssa, infatti, aggiunge che

“Un’attività di prevenzione strutturata e seria nel periodo post partum vorrebbe dire fare un ciclo di 10 incontri con le mamme, creare un gruppo, una dinamica di gruppo e affrontare le varie questioni che possono esserci legate a allattamento, depressione post partum etc. Sono tutte cose preventive rispetto al disagio familiare, è tutto a cascata. Noi abbiamo sempre più spesso diagnosi a posteriore di depressione post partum. Una signora ha sofferto di ciò e le è stata diagnosticata quando la figlia aveva 6 anni, andava intercettato il bisogno [...]”.

Tutto ciò è, ancora una volta, legato al problema del sottodimensionamento del personale.

Viene infatti chiesto alle operatrici se esse, nei panni di assistente sociale e psicologa, ritengano di essere poste nelle condizioni adeguate a realizzare attività di prevenzione capillare all’interno della comunità, in termini di risorse economiche, strutturali, umane. Le risposte sono state, come ipotizzato, negative:

“In questo momento pochissimo, per quanto riguarda la mia esperienza in questo distretto per lo meno”
(Dott.ssa N.)

“L’operatore medio lavora in consultorio su tre sedi, non siamo in grado di implementare le attività di prevenzione. Andrebbe ripensato il servizio in modo strutturale nel tempo, ogni tanto arriva qualche ora di progetto regionale ma non è strutturato nel tempo. Servono operatori fissi e dedicati”
(Dott.ssa B.)

“No, e la situazione è peggiorata. Stanno rifiorendo dei lavori di comunità grazie ai PDZ e al PNRR che hanno lanciato delle collaborazioni con gli enti locali su alcune problematiche. Ma sicuramente bisognerebbe ricominciare con un lavoro di comunità più consistente”
(Dott.ssa V.)

Attraverso questa risposta, l'intervista con l'assistente sociale ha preso una direzione particolare, ovvero quella del lavoro di comunità, come metodologia da realizzare per implementare programmi di prevenzione del disagio familiare.

Essa, infatti, afferma che:

“Il community work ha un ruolo importantissimo nella prevenzione del disagio familiare, nel senso che è cambiato il tessuto sociale, il modo di costruire i rapporti, i rapporti tra le generazioni etc; l'aspetto di condividere alcuni ruoli e compiti, di costruire reti di conoscenza di vicinato e di aiuto sono da riprendere e in esse, poi, le persone si attivano. Il covid ha poi messo più in difficoltà le persone rispetto a queste situazioni [...]”.

L'assistente sociale ci tiene a portare un esempio in particolare, ovvero una realtà nata da qualche mese all'interno del servizio di mediazione familiare definita “gruppo permanente dei genitori”:

“Il gruppo di genitori a mediazione ha costruito in poco tempo una rete significativa e hanno cominciato a fare degli incontri auto gestiti in altri posti del territorio; ormai sono più di 30 genitori. Le persone, se trovano delle possibilità e degli operatori che li accompagnano almeno per un periodo, attivano delle capacità di creare una rete intorno a dei problemi. È un aspetto su cui dobbiamo tornare a lavorare. Sicuramente i finanziamenti dei progetti ci aiutano molto nella possibilità di avere altro personale e di pensare anche a delle cose un po' diverse e innovative”.

Tuttavia:

“Il lavoro di comunità è una cosa molto complicata, bisognerebbe partire dalla domanda che il territorio fa e quindi svolgere una ricerca sui bisogni emergenti, e poi costruire delle partnership con i soggetti del territorio per riportare avanti qualche microprogetto rispetto a tali bisogni. Fare questo lavoro vuol dire attivare un'importante collaborazione con i Comuni, scuole, associazioni etc e, soprattutto, per fare un lavoro di comunità vero ci sarebbe bisogno di un forte lavoro di regia, adesso non è un tema trattato dall'alto, la priorità è fare il “dentro”, di offerta attiva c'è poco”.

Il tema delle linee di indirizzo che vengono fornite dall'alto e delle priorità delle politiche sociali viene riportato anche dalla Dott.ssa N., di fronte alla domanda sul ruolo che potrebbe avere la costruzione di reti familiari nell'intercettazione e quindi prevenzione del disagio familiare; la psicologa, infatti, afferma che:

“Sarebbe un intervento meraviglioso quello di riuscire a creare una rete in cui le famiglie più strutturate e con più risorse possano aiutare quelle più fragili. Non è utopia, però ci vogliono delle politiche sociali molto mirate

rispetto a questo e una sensibilizzazione della popolazione. A livello regionale forse però non è ancora così incisivo, che sia un processo che si costruisce nel corso del tempo e legato anche a ideali politici e a chi ci governa, quali sono le politiche di indirizzo che propongono”.

Rispetto al community work, la Dott.ssa B. sembra andare verso un'ulteriore direzione, sottolineando un tema a lei molto caro, ovvero quello dei giovani. Infatti, essa afferma:

“Io ciò che vedo utilissimo sarebbero attività per gli adolescenti, creare situazioni, contesti, hub con strutture sociali e sportive in cui ci sono educatori e assistenti sociali che indirizzino guidino e orientino e questo è un intervento molto preventivo; lì c'è tantissimo lavoro da fare. Pare che in tutto questo territorio ci sia un altissimo consumo di sostanze e di spaccio”.

Il tema della devianza giovanile è stato in questo modo introdotto dalla Dott.ssa B. in piena autonomia, anticipando la domanda che le avrei posto successivamente. Infatti, nel corso delle interviste con le Dott.sse V. e N, chiedendo loro quali fossero i problemi sociali più diffusi, viene aperto in modo univoco il problema della devianza giovanile, manifestando quindi una condivisione di vedute.

3.5.2.5 Problemi sociali diffusi

Il tema dei problemi sociali più diffusi sul territorio è stato affrontato sia all'interno del questionario che delle interviste.

Infatti, sia alla popolazione residente che agli operatori del consultorio è stato chiesto quale, a loro parere, fosse il problema sociale più diffuso nella Comunità.

Dalla domanda del questionario, posta attraverso degli item di risposta definiti, è risultato come il problema considerato più diffuso da parte dei residenti sia rappresentato dai conflitti familiari, opzione selezionata dal 65,5% dei rispondenti; a seguire, sono stati indicati i problemi della devianza giovanile (ovvero il 58,4%) e delle dipendenze (il 54%).

Questi ultimi due problemi, che quindi occupano il secondo e terzo posto nella percezione della popolazione circa i problemi sociali più diffusi sul loro territorio, sono stati menzionati anche dalle professioniste intervistate.

Semberebbe esserci dunque una sostanziale corrispondenza rispetto alle principali problematiche con quanto dichiarato dalle operatrici. La Dott.ssa N., infatti, afferma:

“Secondo me, da quello che ho modo di vedere, il problema più diffuso è l'uso di sostanze da parte dei ragazzi, anche nei ragazzini delle scuole medie. Ragazzi che non hanno un progetto, che non sanno cosa fare; c'è un forte abbandono scolastico. La maggior parte dei ragazzi proviene da famiglie con difficoltà di base e situazioni

che in fase adolescenziale esplodono. Offrire ai ragazzi delle alternative al percorso scolastico è complicato, anche lavorare in prevenzione andrebbe nella direzione di cercare di diminuire il drop out scolastico”.

L'assistente sociale riporta le stesse problematiche, aggiungendo che:

“Qui sarebbe importante mettere in piedi un centro di aggregazione giovanile perché è un problema molto diffuso. Lo spaccio che c'è qui è impressionante. Adesso è stato attivato un nuovo progetto per coinvolgere i preadolescenti, “Città invisibile” si chiama, però bisognerebbe implementare molto più di così. Qui manca anche il doposcuola, mancano anche delle cose importanti per sostenere un po' le famiglie”.

L'emergere di tali aspetti è di fondamentale importanza. Infatti, potremmo leggere la forte diffusione della devianza giovanile come uno degli effetti a lungo termine di una mancata prevenzione sul territorio in tema di disagio familiare.

Si tratta, infatti, della manifestazione di un disagio che non è stato colto in anticipo, che i bambini vivono probabilmente fin da piccoli all'interno del loro contesto familiare e sociale e che, in età preadolescenziale o adolescenziale, si trasforma in devianza, la quale a sua volta potrebbe tradursi nel linguaggio della criminalità.

Si può quindi ben comprendere l'importanza di promuovere l'adozione di un approccio life course (di cui si è parlato nel primo capitolo) che, attraverso la riduzione dei fattori di rischio, sia in grado di favorire la costruzione di ambienti familiari e sociali positivi, accoglienti e educanti.

L'approccio life course è stato definito dal già citato Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 come una strategia di comunità da implementare. Ed è proprio della metodologia di lavoro incentrata sulla Comunità (o “Community Work”) che tratteremo nel seguente capitolo.

CAPITOLO IV

Una prospettiva per il Consultorio Familiare: il Community Work

La presente ricerca, come abbiamo osservato, si muove dal tentativo di indagare due possibili fattori che si ipotizza possano ostacolare la capacità del Consultorio di svolgere un'azione di prevenzione del disagio familiare e di agire quindi nel contesto della beneficenza, ovvero la scarsa conoscenza del Consultorio e l'immagine distorta che le persone ne potrebbero avere.

Se dai risultati del questionario è emerso come effettivamente la conoscenza del servizio non sia così diffusa all'interno della popolazione, è anche emerso, contrariamente alle aspettative, come l'area di intervento psico-sociale non fosse così sconosciuta e anzi che molti fossero a conoscenza delle prestazioni offerte per aiutare le famiglie.

L'indagine è stata poi ampliata intraprendendo un'ulteriore strada, ovvero quella delle interviste agli operatori presenti all'interno del Consultorio, chiedendo loro in merito alla capacità del servizio di intercettare le famiglie e quali siano invece i fattori, a loro avviso, ostacolanti.

Grazie a queste interviste si è riusciti a fornire una risposta alla nostra domanda di ricerca.

Infatti, è emerso come il Consultorio Familiare abbia tutti gli strumenti teorici per effettuare un'attività di prevenzione.

Innanzitutto, tale servizio, grazie alla sua peculiarità di approccio globale di aiuto alla famiglia e perseguendo una logica life-course, è in grado di intercettare in modo preventivo le famiglie grazie alla forte interconnessione tra gli interventi in campo ginecologico e quelli in campo sociale, in cui vi è la capacità di costruire un circolo virtuoso. Infatti, l'area ginecologica, che funge da ponte, è in grado di trasmettere all'area psico-sociale le situazioni di possibile rischio di disagio individuale e familiare fin dalle primissime fasi della gravidanza fino al post partum, che sappiamo essere una fase molto delicata in cui sempre più elevato è il rischio di sviluppo di una depressione post partum nella madre che, se non diagnosticata in tempo, avrà forti ripercussioni sulla maternità, sulla crescita del bambino e sulla relazione di coppia. Tutto ciò, nel tempo, concorre a costruire tutti i tasselli affinché si sviluppi una situazione di vulnerabilità e di disagio familiare.

Oltre all'interconnessione tra le due anime del Consultorio Familiare, fondamentale risulta essere, per poter svolgere un intervento di tipo preventivo, la collaborazione con le altre realtà presenti sul

territorio, in primis i servizi sociali Comunali, collaborazione che le operatrici intervistate hanno manifestato con orgoglio di esserci. In particolare, strumento dalla forte valenza preventiva è risultato essere l'èquipe, in quanto, come affermato da un'operatrice *“si tratta di un'operazione mentale, riflessiva e tutto ciò che è riflessivo è un anti-agito, e quindi genera prevenzione”*.

Il Consultorio, quindi, manifesta la propria natura di servizio iscritto nell'area della prevenzione attraverso una serie di strumenti che ha ideato e sviluppato nel corso del tempo, che si dimostrano efficaci rispetto alla capacità di prevenire il disagio familiare: i corsi di accompagnamento alla nascita, i counseling pre e post parto, il sostegno alla genitorialità, il progetto “Primi giorni”. Tuttavia, si tratta di iniziative che da un lato sono state smantellate a causa della mancanza di risorse, dall'altro non è prudente promuovere e accrescerne la visibilità sul territorio in quanto il servizio manifesterebbe una prevedibile incapacità di risposta di fronte alla crescita dell'utenza spontanea.

Si tratta, inoltre, di attività di prevenzione rivolte verso chi ha già fatto ingresso all'interno del mondo dei servizi, che per diverse ragioni è già preso in carico e manifesta il più delle volte il rischio di una vulnerabilità: tutto ciò è ben lontano dal concetto di “offerta attiva” di misure di prevenzione che ci si auspicava dai servizi consultoriali in base alla normativa.

Infatti, come riporta Allegri, di fronte a una progressiva rarefazione dei sistemi di welfare a causa dei profondi mutamenti economici e sociali che hanno investito l'Italia a partire dagli anni '90, l'atteggiamento dei professionisti sociosanitari è stato quello del ritiro dal lavoro nel territorio e dalla comunità locale, sia a causa di un adeguamento al processo di aziendalizzazione dei servizi ma anche a causa delle logiche tipiche del professionalismo⁵².

Come afferma l'autrice, nonché come emerso nel corso delle interviste, il blocco di assunzioni aumenta la carenza di risorse umane e chi va in pensione è sostituito da persone con contratti a tempo determinato e costrette a dividere le proprie ore di lavoro settimanali in più sedi consultoriali. L'instabilità del lavoro, che per ora riguarda le giovani generazioni, potrebbe contribuire a creare in futuro gruppi di lavoro instabili, composti da professionisti completamente dedicati al lavoro diretto con l'utenza ed estranei alla relazione con la comunità locale in cui lavorano. “Burocrati del sociale, erogatori di prestazioni”, come afferma Allegri nel suo saggio.

⁵² Allegri E., 2013. *Il servizio sociale di Comunità*, Carocci, Roma, p 26.

Così i sistemi organizzativi, serrando i ranghi, risultano ancorati all'idea di un servizio pubblico centrato sul processo di aiuto al singolo, sulle prestazioni, rischiando di ripetere forme di intervento ormai superate e inefficaci.

Come afferma Allegri, la scelta di non attivare politiche sociali e misure per risolvere i problemi presenti nella Comunità genera in ogni caso costi economici,

“nel presente, quando il disagio sociale non può che aumentare, e nel futuro quando saranno necessarie azioni di fronteggiamento e prestazioni riparative ancora più dispendiose, a carico della collettività” (p.18)

Come emerso nel corso delle interviste, per fare in modo che le professioniste possano realizzare un'attività di prevenzione capillare all'interno della comunità rispetto al disagio familiare, sarebbe necessario cambiare paradigma e ripotenziare il lavoro sociale di comunità che, attualmente, sta in parte rifiorendo grazie al PNNR e ai Piani di Zona, ma non in modo consistente.

Infatti, come emerso dall'intervista con l'assistente sociale, questo non rappresenta un *“tema prioritario affrontato dall'alto”* in questo momento, poiché l'urgenza è *“Fare il dentro”*, ovvero tutto ciò che arriva (le richieste del Tribunale) e su cui è inevitabile intervenire e concentrarsi con le risorse già disponibili.

Tuttavia, per poter svolgere un'azione di prevenzione del disagio familiare all'interno del territorio, il community work rappresenta un paradigma fondamentale e che andrebbe implementato.

Non si tratta di un intervento innovativo, in quanto il servizio sociale di comunità trova le proprie origini già dagli anni '50 in America e Inghilterra e, pochi anni dopo, sviluppandosi anche in Italia. Tuttavia, si tratta di un patrimonio di fondamentale importanza che non andrebbe disperso, che troppo spesso non viene valorizzato in virtù del predominio dell'approccio riparativo del *case work*.

Per evitare che vada dispersa la memoria di quanti, prima di noi, hanno attivato interventi secondo un diverso paradigma, quale quello del servizio sociale di comunità, è mio interesse in questa sede dare valore alla molteplicità di vantaggi che tale paradigma può apportare in termini di accrescimento del benessere della comunità, in particolare in termini preventivi e di promozione del benessere, grazie allo sviluppo di una comunità competente ed educante. Parlare di servizio sociale di comunità vuol dire cambiare prospettiva, uscendo da un'ottica puramente riparativa verso una preventiva, promozionale ed inclusiva.

Per parlare di ciò, iniziamo con il fornire una chiarificazione di cosa si intenda per “Comunità”.

4.1 Cos'è la comunità

Visto il carattere multidimensionale e polisemico del termine comunità, risulta difficile formularne una definizione omnicomprensiva di significati (Giorio, 2013).

A partire da Tonnies (1887) che introdusse il termine per identificare “*particolari relazioni caratterizzate da un alto grado di densità affettiva tipiche di comunità organiche come la famiglia, il gruppo di amici e la comunità di luogo, intesa come vicinato o il villaggio*”, Weber (1922) collocherà il concetto di comunità a livello delle relazioni sociali all'interno della tipologia dell'agire sociale dotato di senso.

Una relazione è quindi definita comunità se “*la disposizione dell'agire sociale poggia su una comune appartenenza, soggettivamente sentita degli individui che ad essa partecipano*” (ivi, trad. it. I, p 38).

Nella sociologia contemporanea, le relazioni sociali possono essere sia di tipo “comunitario” che “societario” e il sostantivo comunità designa società locali di piccole dimensioni, anche all'interno di città (Bagnasco, Barbagli, Cavalli, 2004).

Il termine ha dunque assunto una gamma di significati molto ampia in letteratura.

Gallino (2004, p.144), in particolare, afferma che:

«Una collettività può essere definita una comunità quando i suoi membri agiscono reciprocamente e nel confronto di altri, non appartenenti alla collettività stessa, antepoendo più o meno consapevolmente i valori, le norme, i costumi, gli interessi della collettività, considerata come un tutto, a quelli personali o del proprio sottogruppo o di altre collettività; ovvero quando la coscienza di interessi comuni anche se indeterminati, il senso di appartenere ad un'entità socioculturale positivamente valutata ed a cui si aderisce affettivamente, e l'esperienza di relazioni sociali che coinvolgono la totalità della persona, diventano di per sé fattori operanti di solidarietà.

Ciò non esclude la presenza di conflitti entro la comunità considerata, né di forme di potere o di dominio»

È possibile dunque definire la Comunità come un insieme di persone che sviluppano legami sociali sulla base di valori condivisi e che tendenzialmente compiono azioni per il collettivo di cui si sentono parte (Allegri, p.40).

Ma attraverso quali processi una collettività diventa Comunità? Come si sviluppa il Senso di Comunità? Il costrutto, proposto originariamente da Sarason (1974) come espressione di similarità, interdipendenza e appartenenza tra persone di uno stesso contesto locale, è stato successivamente definito da McMillan e Chavis (1986, p.9, trad. Allegri) come *“un sentimento che gli individui hanno di appartenere e di essere importanti gli uni per gli altri e una fiducia condivisa che i bisogni dei membri saranno soddisfatti dal loro impegno ad essere insieme”*

4.2 Il servizio sociale di comunità

Si può parlare di Community Social Work fin dalle origini del lavoro sociale.

Durante le crisi economiche di fine Ottocento nasce, infatti, il movimento delle Settlement Houses nei nuovi quartieri delle città statunitensi che stavano assistendo a un loro forte sviluppo antropico causato dalla rivoluzione industriale.

Le Settlement Houses sono state importanti istituzioni di riforma tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, e la Hull House di Chicago è stata la casa di accoglienza più nota degli Stati Uniti ⁵³. La maggior parte di esse era costituita da grandi edifici situati nei quartieri affollati di immigrati delle città industriali, dove gli operatori delle case di accoglienza fornivano servizi ai vicini e cercavano di porre rimedio alla povertà: tale movimento, dunque, aveva tra i suoi obiettivi principali quello di mettersi a servizio degli indigenti.

Si inizia quindi a sviluppare l'idea del lavoro sociale di comunità con l'obiettivo di facilitare progetti di sviluppo di comunità (Bortoli, 2013) e si è andato a delineare come vero e proprio ambito professionale.

Contrariamente a Paesi come gli Stati Uniti e la Gran Bretagna, in cui il case work, group work e community work rappresentano tre metodi separati e ben distinti di operare, in Italia si è venuto a sviluppare un approccio metodologico unitario del lavoro sociale, per il quale tale distinzione appare superata in una logica “trifocale” che tiene contemporaneamente in considerazione i tre elementi persona-comunità-istituzioni.

Allegri definisce il servizio sociale di comunità come l'approccio complesso che il servizio sociale adotta per concorrere allo sviluppo della comunità locale, utilizzando le conoscenze, il metodo e le

⁵³ Carson, Mina. *Settlement Folk: Social Thought and the American Settlement Movement, 1885–1930*. 1990.

tecniche specifici della professione e adattando le proprie funzioni alle esigenze del territorio oggetto di intervento.

Il servizio sociale di comunità mira a promuovere il benessere sociale e la qualità di vita di tutti coloro che vivono, abitano, lavorano in un determinato territorio attraverso dispositivi che potenzino i legami sociali, le relazioni rispettose tra diverse appartenenze, l'inclusione e la giustizia sociale, la partecipazione e responsabilizzazione, senza eludere i conflitti comunque presenti.

In tal senso il servizio sociale di comunità, attraverso l'analisi, la ricerca, la progettazione, l'intervento e la valutazione promuove iniziative con la collettività e collega persone e gruppi tra loro affinché intraprendano azioni utili a fronteggiare problemi e conflitti comuni (Allegri, 2013). Tale approccio mette in evidenza la differenza tra un modello di intervento basato sulle mancanze e uno basato sulle risorse e sulle capacità. L'analisi e intervento sono centrati sull'insieme di opportunità e strumenti che la comunità locale mette a disposizione dei suoi membri per costruire benessere sociale.

4.2.1 Tra individuale e collettivo

Come afferma Allegri nel suo saggio,

“Il servizio sociale, come professione e disciplina, deve orientare la propria attenzione non più solo ai vulnerabili e agli emarginati ma anche alla dimensione collettiva [...] In altre parole, se i problemi sociali attuali sono riferibili ad esempio alla frammentazione dei legami, alla solitudine [...], non è il livello individuale che va considerato come prioritario per apportare un cambiamento significativo, bensì quello sociale[...] Naturalmente è opportuno rispondere all'emergenza del singolo [...] ma è necessario cambiare paradigma di riferimento, assumendo come principio regolatore dei programmi e delle organizzazioni dei servizi la costruzione di un contesto sociale inclusivo, più attento ai legami sociali e più rispettoso delle differenze”

Infatti, molti problemi presentano una dimensione individuale e una sociale, che spesso sono intrecciate. La dimensione individuale dei problemi riguarda il soggetto che tenta di fronteggiarli sul piano concreto ed emotivo, mentre la dimensione sociale si declina in due sensi: quello che si riferisce all'origine del problema e quello che concerne la soluzione, perché è proprio nella dimensione sociale che spesso sono rinvenibili strumenti materiali e di sostegno per affrontare problemi considerati individuali (Amerio, Colombo, Mosso, 2000).

Appare comprensibile in questa particolare fase storica, caratterizzata da politiche e condizioni organizzative dei servizi sociali sempre più residuali, che la professione si attesti sulla dimensione micro dell'intervento, ossia quella riguardante la relazione con l'utente; tuttavia emerge con chiarezza che la relazione di aiuto al singolo non può costituire l'unico orizzonte né conoscitivo né di intervento per il servizio sociale: l'importanza del suo impegno etico-politico, infatti, è ribadita con chiarezza nei codici etici di diversi Paesi e nella definizione internazionale approvata nel 2014 dalle associazioni IASSW⁵⁴ e IFSW⁵⁵:

“Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il servizio sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere”.

4.3 I modelli di community work in Italia

In Italia, il servizio sociale di comunità si è storicamente sviluppato attraverso due filoni principali (Allegri, 2015): quello del Community Care, che vede come interlocutore principale la Comunità, e quello del Community Development, che vede come interlocutori principali le istituzioni.

4.3.1. Il Community care

Per Community Care si intende un orientamento idealtipico delle politiche sociali moderne (Folgheraiter, Donati, 1991), l'idea guida delle politiche sociali di molti sistemi di welfare (Bulmer, 1987).

Se tale concetto-guida era già dato per scontato nei welfare di molti stati occidentali le politiche sociali in Italia si sono orientate in tal senso dopo la L. 328 del 2000.

⁵⁴ International Association of Schools of Social Work; disponibile in <<https://www.iassw-aiets.org/>>, consultato il 2 Marzo 2024

⁵⁵ International Federation of Social Workers; disponibile in https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_13127-9.pdf, consultato il 2 Marzo 2024)

La Community Care propone un completo ripensamento del sistema di interventi e servizi sociali in vista della realizzazione di politiche per la comunità e da parte della comunità stessa, cioè orientato alla creazione di una “caring society”.

Una importante distinzione fra 2 tipologie di Community Care è quella proposta da Bayley (1973):

1. Care in the community: servizi formali sociali e sanitari territoriali (comunità come luogo di esplicazione del servizio)
2. Care by the community: anche servizi informali erogati da soggetti non professionali ma profani (comunità come attore sociale): vi è quindi una presa in carico della comunità da parte della comunità stessa, attraverso l'intreccio degli aiuti informali spontanei.

Poiché però questi aiuti difficilmente si attivano al di là della cerchia ristretta delle reti più immediate quali la famiglia, bisogna promuovere anche la partecipazione, che non può più essere pensata come residuale o integrativa, del privato sociale (cooperative sociali, associazioni di volontariato e di auto e mutuo aiuto).

All'operatore è richiesta quindi la sua disponibilità a operare in un dato territorio provvedendo alle necessità della comunità di quel territorio attraverso il raccordo di una pluralità di apporti e di risorse locali ⁵⁶.

Riconoscere il ruolo fondamentale delle reti primarie e delle iniziative di Terzo Settore per il benessere degli individui, non vuol dire “scaricare” su di esse tutto ciò che il Welfare in crisi non riesce a gestire, ma realizzare reti di assistenza per i membri più deboli di una comunità che sappiano coinvolgere una pluralità di soggetti (istituzionali e non) in grado di operare all'interno della comunità locale⁵⁷.

Come afferma Ridolfi (2011)

“In questa prospettiva, la Community care si delinea come un nuovo approccio teorico-pratico che prova a ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali, suggerendo un nuovo modo di progettarli ed attivarli come reti di intervento che si basano sull'incontro creativo e collaborativo fra soggetti del “settore

⁵⁶ Canino I., 2010. Disponibile in <https://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-le-politiche-sociali.htm>

⁵⁷ Ridolfi L., 2011. Paper for the Espanet Conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”. Disponibile in https://www.clitt.it/contents/scienze_umane-files/sociologia/60017_CommunityCare.pdf. Consultato il 5 marzo 2024

informale” (vicinato, gruppi amicali, famiglie, associazioni locali) e del “settore formale” (organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit) mediante relazioni di reciprocità sinergica: si tratta di un processo di “restituzione” della competenza di cura ai “corpi intermedi” della società civile. Si disegna così un intreccio tra reti formali ed informali, tra professionalità e figure non specialistiche, tra pubblico e privato[...], che ha come obiettivo il coinvolgere nelle attività di cura tutte le risorse presenti all’interno della comunità”

Le politiche di Community care rendono possibile il transito da un concetto di comunità intesa come luogo fisico (territorio) destinatario di prestazioni socio-sanitarie, ad un’immagine della stessa comunità come rete di relazioni sociali significative.

Numerosi studi epidemiologici hanno messo in luce lo stretto rapporto esistente tra le reti sociali, il sostegno sociale e le condizioni di salute: in questo senso, le reti sociali sono identificabili come reti relazionali significative in grado di influenzare positivamente, in termini di supporto sociale, sia l’insorgere che il decorso della malattia.

Un’importante distinzione è quella tra reti primarie (informali) e reti secondarie (informali e formali).

Possiamo cercare di comprendere meglio la rete secondaria informale articolandola in tre tipologie:

- Il volontariato, che svolge attività in forma gratuita/non professionale a persone in stato di bisogno;
- Le organizzazioni di advocacy, che tendono a condurre azioni di pressione sia sui pubblici poteri, per tutelare gli interessi delle persone più fragili (minori a rischio di abuso, disabili, donne che hanno subito violenze...), sia sull’opinione pubblica per sensibilizzare i cittadini nei confronti delle tematiche e dei problemi esistenti;
- I gruppi di self-help, che si fondano su un rapporto di auto-mutuo aiuto tra i membri del gruppo che condividono un problema comune e che aiutandosi reciprocamente, riescono ad affrontare meglio il loro bisogno/problema (aiutare sé stessi aiutando gli altri).

È soprattutto nei gruppi di Self-help che emerge il valore terapeutico del legame sociale, la sua capacità di mantenere o ricreare benessere psicofisico sulla base di una modificazione consapevole e condivisa delle situazioni problematiche della vita quotidiana.

4.3.2 Il Community Development

L'approccio dello sviluppo di comunità si fonda sull'idea che in ogni comunità vi sono risorse, nelle persone e nel territorio, che non sono sufficientemente valorizzate. Chavis e Florin (1990) lo definiscono come un *“Processo di sviluppo di collaborazione o di auto-mutuo-aiuto tra i residenti di una comunità locale, impegnati nel miglioramento delle condizioni sociali, economiche e fisiche”*.

La finalità è accompagnare le persone, i gruppi e le diverse forme associative nella definizione dei bisogni, dei problemi e nella valorizzazione delle risorse presenti, da incrementare (Ross, 1955) per diventare una comunità competente (Martini, Sequi 1988).

Attraverso un'azione di informazione e sensibilizzazione l'assistente sociale, insieme ad altri professionisti e alla popolazione, lavora a livello collettivo sia per potenziare reti di solidarietà sia per promuovere nuove iniziative e la partecipazione alle decisioni e agli interventi in favore della comunità in vari ambiti. Martini e Torti (2003) individuano alcune attività concrete per definire cosa significhi il servizio sociale di comunità secondo questo modello:

- Facilitazione di processi di responsabilizzazione collettiva
- Attivazione e sostegno a processi di collaborazione fra gli attori di un sistema
- Facilitazione di processi di partecipazione degli attori al governo del sistema
- Sviluppo di relazioni che rinforzino la dimensione della fiducia, del senso di appartenenza e del senso di comunità
- Sviluppo di competenze da parte dei membri della comunità

4.4 Requisiti del lavoro di comunità

Per poter attivare un intervento di comunità e per poterlo svolgere adeguatamente sono necessarie determinate condizioni⁵⁸.

⁵⁸ Tratto dal documento realizzato a seguito del laboratorio “Il lavoro di comunità”, attivato nel “Percorso formativo di accompagnamento e confronto ‘Programma regionale per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità’ ai sensi della L.R. n.14/08 “Norme in materia di giovani generazioni”.

Alcune dimensioni risultano importanti per un lavoro di comunità ma sono valide anche per un qualunque intervento sociale, come:

- chiarezza del mandato istituzionale e disponibilità di risorse umane ed economiche
- tempi medio lunghi
- stabilità delle persone coinvolte e continuità nel tempo

Altre condizioni sono invece più specifiche, ossia ritenute essenziali proprio per l'attivazione di interventi di comunità.

Innanzitutto, nella fase di avvio è strategica la realizzazione/presenza di una mappatura delle risorse territoriali, nonché la presenza di associazioni e/o soggetti con legami col territorio rispetto al tema.

In secondo luogo, con riferimento al metodo e agli strumenti occorre:

- la presenza di un coordinamento che porti avanti e accompagni tutto il processo
- la condivisione di obiettivi e del metodo di lavoro
- la costruzione di una visione condivisa della problematica e/o del territorio
- i soggetti coinvolti nell'intervento sono da considerarsi stakeholder e, come tali, oltre a contribuire alla realizzazione delle azioni o al sostegno del processo, traggono anche vantaggi (per es. per gli operatori le azioni conoscitive, solitamente realizzate nella prima fase di un intervento di comunità, costituiscono un'importante esperienza di auto formazione in quanto rappresentano un'occasione per articolare maggiormente la loro conoscenza di quel contesto in termini di persone, opportunità, problemi e tale conoscenza può influenzare il modo di vedere e agire in quel contesto locale)
- i referenti politici devono essere coinvolti nel processo.

È chiaro, dunque, che il lavoro di comunità non può essere improvvisato, e che un singolo progetto svolto all'interno della comunità non possa configurarsi come "servizio sociale di comunità", il quale per essere considerato tale, deve comprendere una serie di progetti e azioni svolte all'interno della comunità stessa.

Si tratta di una modalità di intervento, quindi, che richiede una programmazione e, soprattutto, una condivisione di idee e, dunque, una regia e un finanziamento da parte delle politiche sociali.

Nel prossimo paragrafo verrà portato l'esempio di un progetto che, nato nel 2008 dalla collaborazione tra il Consultorio Familiare dell'Ulss 2 Marca Trevigiana- distretto di Asolo, i comuni e le famiglie del territorio, è stato poi promosso in tutto il territorio regionale, ampliandosi sempre di più.

Tale progetto, grazie alla presenza dei requisiti sopra elencati, si è dimostrato essere un esempio valido e stabile di intervento di comunità in grado di durare nel tempo e di autoalimentarsi, grazie allo sviluppo di una comunità educante e competente guidata da un coordinamento, che ha promosso, portato avanti e accompagnato tutto il processo.

Come affermato dall'assistente sociale nel corso dell'intervista, infatti:

“Le persone, se trovano delle possibilità e degli operatori che li accompagnano almeno per un periodo, attivano delle capacità di creare una rete intorno a dei problemi”.

Allo stesso tempo, Allegri afferma che, nel lavoro di comunità,

“la finalità è quella di accompagnare le persone, i gruppi e le diverse forme associative nella definizione dei bisogni, dei problemi e nella valorizzazione delle risorse presenti, da incrementare per diventare una comunità competente. In questo senso, l'obiettivo pragmatico principale è promuovere il senso di comunità e sostenere le azioni di sviluppo della comunità, per ritirarsi dal campo, come professionisti, quando le condizioni lo consentano” (p. 64)

4.5 Famiglie al centro

Il progetto “Famiglie in Rete” rappresenta, a mio avviso, un valido esempio di una progettualità dalla forte valenza preventiva, in cui la Comunità diventa attore centrale e protagonista.

Tale progetto, come anticipato, nasce nel 2008 dalla collaborazione tra il consultorio familiare dell'Ulss 2 Marca Trevigiana – distretto di Asolo, i comuni e le famiglie del territorio. Nel 2012 lo stesso distretto di Asolo viene incaricato dalla Regione Veneto per promuovere questa progettualità in tutto il territorio regionale, tra cui il territorio di Treviso.

Il progetto si pone l'obiettivo di affiancare e sostenere le famiglie che stanno attraversando un momento di difficoltà relazionale, educativa o organizzativa e che non hanno le risorse personali o familiari necessarie ad affrontarla. Ciò avviene attraverso la creazione di una rete di famiglie intesa come gruppo che si prende cura di sé e degli altri e si impegna per il benessere della comunità in cui vive; si

basa, dunque, sulla cultura dell'accoglienza e della solidarietà, al fine di favorire la crescita di una comunità più equa e solidale, incoraggiando nuove relazioni di aiuto e sostegno tra soggetti prossimali, ovvero vicini.

Il progetto Famiglie in Rete si basa sull'approccio ecologico sociale che crede nella generatività della comunità e nella centralità delle relazioni promuovendo quindi il lavoro con le persone attraverso i principi della sussidiarietà (ovvero del sostegno reciproco) e dell'orizzontalità (tra la rete di contatti più vicina alla propria).

Come afferma il Dottor. Pasquale Borsellino durante il Convegno "Dieci anni di Famiglie in Rete: uno sguardo al presente per costruire un futuro di equità e reciprocità" (2018), una parola chiave su cui si basa tale progetto è "generatività", intesa come:

"quel processo di moltiplicazione di energie e di risorse [...]. Nel nostro lavoro primitivo e primordiale di lavoro di rete, noi pensavamo con elementarietà, di trovare delle famiglie che avevano un certo livello di generatività, cioè famiglie che stavano bene e operare una sorta di trapianto di energia per quelle famiglie che erano in carenza di risorse. Abbiamo capito che questo non sarebbe stato un processo generativo ma un semplice travaso. Aver accostato famiglie generative accanto a famiglie apparentemente poco generative di fatto ha prodotto un'energia di cui entrambi i poli sono stati investiti. Quindi si è prodotto una energia nuova e non un travaso da A a B come era stato ipotizzato, o meglio, come dicono le famiglie delle reti "ad un certo punto non si è capito chi stava aiutando chi..."

Sviluppare reti di famiglie non vuol dire, quindi, semplicisticamente e attraverso una visione "micro" dell'intervento che vi sono famiglie che "aiutano" e famiglie che vengono "aiutate". Sviluppare reti vuol dire creare un terreno fertile, vuol dire accrescere la sensibilità e la consapevolezza rispetto a determinate situazioni e problematiche sociali; vuol dire accrescere la corresponsabilità del contesto locale su quel tema e permettere alle situazioni di vulnerabilità e di potenziale disagio presenti nella Comunità di essere intercettate dalla Comunità stessa.

Come anticipato, tutto ciò rappresenta un lavoro che non può nascere dal nulla, ma che necessita di un iniziale lavoro di regia, di qualcuno che guidi il processo.

Esemplare è l'attività che viene svolta in tal senso dai Centri per le Famiglie, come quelli sviluppati nella Regione Emilia-Romagna⁵⁹: nati alla fine degli anni Ottanta, essi rappresentano una formula inedita nel panorama nazionale.

Il loro ruolo viene definito nella L.R. 27/1989 che, oltre a disciplinare le competenze proprie dei Consulenti familiari istituisce i CpF (Centri per le Famiglie) e i servizi integrativi per l'infanzia. Di seguito, si riportano le parole di un'operatrice di uno dei CPF dell'Emilia-Romagna:

Queste le parole di un'operatrice:

“La specificità del nostro Centro è la presenza di una operatrice con un ruolo di community working che cerca di costruire reti di legami, non progettuali, legami sul territorio che consentano ai bisogni e alle risorse di emergere in modo diverso da come emergerebbero, codificati, nel servizio e in relazione alle prestazioni che il servizio eroga”

Già nel 1993 essi rappresentano una testimonianza concreta dell'azione di promozione delle famiglie finalizzata a garantire loro una crescita e uno sviluppo armonico; in particolare, si caratterizzano subito per l'approccio innovativo che mira a sostenere le competenze genitoriali valorizzando le risorse dei genitori e della rete di relazioni nella quale le famiglie vivono, partendo dall'idea che tutte le famiglie, comunque esse siano, portano al loro interno energie e risorse per superare i momenti difficili e a volte per essere risorsa per altre famiglie in difficoltà, promuovendo azioni di cittadinanza attiva tra “pari”. La dimensione del lavoro in gruppo, tra famiglie, spesso proposta presso i CPF, consente di normalizzare le difficoltà e co-costruire risposte adeguate e più articolate.

Le Linee Guida approvate ad aprile 2015 delineano le prospettive di sviluppo dei Centri per le famiglie per gli anni successivi, rilanciandone il ruolo attivo e promozionale, in particolare nel valorizzare e sostenere le competenze ed il protagonismo delle famiglie quali attori sociali che svolgono un ruolo fondamentale nella costruzione dei legami fiduciari e dei processi identitari che sono alla base di una società inclusiva e coesa.

I CpF sono quindi coinvolti nel realizzare direttamente o nel sostenere gli altri attori locali per:

- attivare gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie;

⁵⁹ Regione Emilia-Romagna. I centri per le famiglie. Disponibile in <https://sociale.regione.emilia->

- avviare gruppi di auto-aiuto favorendo la prossimità di famiglie con potenzialità, vulnerabilità e risorse diverse, anche in una prospettiva solidaristica;
- realizzare e sostenere azioni di animazione territoriale o eventi finalizzati a promuovere l'iniziativa ed il protagonismo delle famiglie, in una logica di partecipazione attiva alla vita della comunità;
- promuovere una cultura che sostenga, insieme alle famiglie, i diritti delle giovani generazioni, quali investimento per il benessere e la qualità della vita presente e futura delle comunità;
- incoraggiare e sostenere le esperienze aggregative. Tale area di attività rappresenta un elemento di continuità con le precedenti, poiché consente di far emergere opportunità e risorse presenti nel territorio e di metterle in circolo per favorire la coesione sociale.

4.6 Considerazioni conclusive

Alla luce di tali aspetti, potremmo affermare come i Centri per le famiglie dell'Emilia-Romagna abbiano tentato di muoversi verso una specifica direzione, ovvero quella della promozione della cultura della partecipazione, dell'accoglienza, della solidarietà e del mutuo aiuto tra le famiglie, attraverso un'attenzione ravvicinata ai microcontesti della comunità, nei quali mobilitare e valorizzare le risorse presenti, promuovere lo sviluppo di aggregazioni e di reti famigliari, sostenere attivamente iniziative e progetti che valorizzino il protagonismo delle famiglie.

Citare l'esperienza dei CpF dell'Emilia-Romagna non ha l'obiettivo di proporre l'emulazione di un modello sviluppatosi in uno specifico contesto, lontano da quello trattato in questa sede, poiché ciò vorrebbe dire proporre un modello "decontestualizzato", che non sia il risultato di uno studio del territorio, delle sue possibilità, dei bisogni e delle risorse presenti.

Tuttavia, l'intento in questa sede è stato quello di mettere in luce la molteplicità di direzioni esistenti e di approcci che, esito di un attento studio contestualizzato al territorio specifico, potrebbero essere intraprese. Infatti, tutto ciò può rappresentare una valida strada da seguire per costruire un contesto accogliente, inclusivo, educante e porre le basi per un lavoro di prevenzione del disagio familiare.

Le difficoltà affrontate quotidianamente nel proprio operato sono state ben esplicitate e rese evidenti dalle operatrici del Consultorio Familiare presso cui ho potuto svolgere il tirocinio e, talvolta, sembrerebbero mostrare uno stato di impasse in cui, di fronte alla scarsità di risorse, qualsiasi pensiero di azione sarebbe da considerarsi un'utopia.

Tuttavia, non bisogna incorrere nel rischio di perdere di vista la natura originaria del Consultorio Familiare e l'anima con cui tale servizio è nato, ovvero quella di essere un servizio di prevenzione e promozione della salute che, come afferma Michele Grandolfo, si colloca "alla frontiera tra istituzioni e società civile": come tale, un servizio che non merita di doversi nascondere e di "agire nell'ombra" a causa di risorse non sufficienti per rispondere a una crescente domanda.

CONCLUSIONI

Nel presente lavoro si è tentato di indagare la capacità di svolgere un'azione di prevenzione capillare all'interno della Comunità da parte del Consultorio Familiare di Abano Terme, Montegrotto e Torreglia, con specifico riguardo al concetto di disagio familiare.

L'indagine, come si è avuto modo di trattare, si è concretizzata attraverso la realizzazione di un questionario rivolto alla popolazione residente nei tre Comuni e attraverso un'intervista rivolta alle operatrici presenti all'interno del CF, in particolare un'assistente sociale e due psicologhe.

A parere della scrivente tale indagine ha contribuito a mettere in luce elementi interessanti, in parte confermando le ipotesi di partenza e in parte contraddicendole e fornendo prospettive inattese.

Attraverso la ricerca di tipo quantitativo, una prima dimensione indagata è stata relativa alla conoscenza del Consultorio Familiare.

In particolare, dall'analisi è emerso che il Consultorio Familiare, come ipotizzato inizialmente, non sia un servizio generalmente molto conosciuto dal "cittadino medio".

Infatti, su 113 rispondenti solo 66 hanno affermato di conoscere bene il servizio. Tuttavia, attraverso lo studio della correlazione fra due item di risposta ("Conosco bene il servizio del CF" e "Sono/sono stato seguito dal servizio") è emerso come la metà di questi abbia altresì affermato di essere già stato seguito dal servizio. Questo vuol dire che solo una persona su due sembrerebbe conoscerlo pur non avendo mai fatto accesso a quest'ultimo e quindi non avendone avuto un'esperienza diretta. Dall'analisi delle interviste è emerso come questa scarsa conoscenza si possa ricondurre anche ai cambiamenti avvenuti negli ultimi anni all'interno del servizio, a partire dallo spostamento della sua sede e successiva riapertura (a cui, però, non è mai stata data visibilità), fino alla riduzione dell'offerta di interventi.

Rispetto alla conoscenza delle aree di attività in cui opera il Consultorio Familiare, sono state fornite risposte interessanti che hanno contraddetto in parte l'ipotesi secondo la quale il servizio sia riconosciuto solo come servizio ginecologico e, quindi, che vi sia una forte distorsione dell'immagine stessa del CF. Infatti, dall'analisi delle risposte, l'attività più spesso selezionata dal campione è stata relativa all'area psicologico-sociale (indicata da 105 persone su 113), che quindi viene riconosciuta all'interno delle competenze del servizio, a discapito da quanto riferito dalle operatrici nel corso delle interviste secondo le quali vi sarebbe ancora un forte retaggio culturale che connette i CF solo alla sessualità e alle IVG. Tuttavia, appare indicativa, ai fini della nostra indagine sulla capacità preventiva

del consultorio, la minore conoscenza del ruolo svolto nell'ambito della prevenzione, dal momento in cui solo 80 persone su 113 hanno selezionato l'area della prevenzione e informazione.

Inoltre, il campione ha fornito risposte adeguate circa le figure presenti all'interno del CF, indicando l'assistente sociale e lo psicologo come prime figure presenti (il primo è stato indicato dal 91,2% dei rispondenti e il secondo dal 92,9%, a fronte dell'83,2% con cui è indicata la presenza della ginecologa). Tuttavia, il questionario ha reso evidente come intorno a queste figure vi sia poca chiarezza e forte nebulosità, in particolare per quanto concerne la figura dell'assistente sociale che subisce ancora le rappresentazioni e gli stereotipi derivanti da una scarsa conoscenza e riconoscimento del suo ruolo (Allegri, 2006) nonché della distorsione che i fatti di cronaca creano nella sua immagine, associandole una connotazione il più delle volte negativa.

L'indagine ha fatto emergere inoltre come, a discapito dell'esiguo numero di accessi spontanei che connota il Consultorio Familiare oggetto di studio, ben il 40,7 % del campione afferma che se ne avesse bisogno si rivolgerebbe "probabilmente" in Consultorio, percentuale che, se sommata all'11,5% che lo ritiene "Molto probabile", va a costituire più della metà del campione di ricerca. L'area più indicata rispetto al bisogno per cui vi si rivolgerebbe, inoltre, è stata quella del sostegno alla genitorialità (44,2%).

Attraverso l'analisi di una seconda dimensione indagata all'interno del questionario, vale a dire quella delle iniziative di Comunità e della capacità del servizio di promuovere la propria immagine, è emerso come la popolazione riterrebbe tali iniziative molto utili ad aumentare la conoscenza del servizio e il suo utilizzo. In particolar modo, le risposte libere fornite dal campione circa le iniziative che vorrebbe vedere implementate all'interno della Comunità, permettono di delineare una certa sensibilità sul tema e, forse, una necessità di questo servizio e di quello che potrebbe offrire in termini preventivi.

A partire dal problema della scarsità di accessi spontanei, che nel corso delle interviste condotte su testimoni privilegiati quali le operatrici stesse del Consultorio è stato confermato, e dall'iniziale tentativo di capire come il servizio possa migliorare la propria capacità preventiva, è emerso tutto un altro tema, ovvero quello della scarsità delle risorse: è qui che la capacità di prevenzione del consultorio incontra i propri limiti. Infatti, nel corso delle interviste si è reso evidente come il servizio possieda tutti gli strumenti teorici per svolgere un'azione preventiva grazie alla forte interconnessione della componente ginecologica con quella psico-sociale, che permette di

intercettare le situazioni di disagio; tuttavia, è emerso altresì come gran parte del suo potenziale di intervento sia stato smantellato a causa della rarefazione del welfare.

Le operatrici hanno parlato di un servizio “sgangheratissimo”, “ridotto all’osso”, che non può far altro che intervenire nell’area della coattività, cioè degli interventi richiesti dall’Autorità Giudiziaria, ovvero un’area a cui il servizio non può sottrarsi.

In queste condizioni, il Consultorio Familiare è costretto ad agire nell’ombra, al “guardarsi bene dal rendersi visibile”, perché, con le poche risorse a disposizione, non sarebbe in grado di fornire una risposta di fronte ad un aumento dell’utenza spontanea.

In uno scenario simile, parlare di prevenzione attraverso l’offerta attiva appare ancora più utopistico. Se, infatti, come riportato dall’Istituto Superiore di Sanità, un processo di riqualificazione dell’attività consultoriale dovrebbe passare attraverso l’implementazione di programmi di prevenzione tali da assorbire almeno il 50% del tempo di lavoro dell’equipe consultoriale, di fatto ciò che si riesce a realizzare sono invece principalmente interventi su situazioni ormai “incancrenite”, come afferma un’operatrice intervistata, su cui un’attività di prevenzione è venuta a mancare. L’incapacità di effettuare un’attività di prevenzione del disagio familiare può essere letta, inoltre, alla luce di quelli che sono considerati tra i problemi sociali più diffusi sul territorio oggetto di studio, ovvero il disagio giovanile e l’utilizzo di sostanze.

Appare dunque evidente come agire secondo un’ottica preventiva basata su un approccio life-course piuttosto che riparativa possa portare vantaggi in termini di lungo periodo e sulla Comunità in generale. Ed è proprio nella Comunità che si pensa si possa trovare una risposta.

In tal senso viene proposto il paradigma del servizio sociale di comunità come strada in grado di apportare numerosi vantaggi in termini di accrescimento del benessere della comunità, in particolare in termini preventivi e di promozione del benessere, grazie allo sviluppo di una comunità competente ed educante. Parlare di servizio sociale di comunità vuol dire cambiare prospettiva, uscendo da un’ottica puramente riparativa verso una preventiva, promozionale ed inclusiva.

Compito degli operatori sociali è riconoscere il valore della prossimità e promuovere un welfare locale che solleciti la responsabilità di ciascuno nell’interessarsi al bene dei propri vicini e agire di conseguenza, favorire la partecipazione alla vita della comunità locale attraverso la creazione di reti per sostenere le situazioni di fragilità in essa presenti e, ancor prima, prevenirle fungendo da fattore protettivo.

BIBLIOGRAFIA

Allegri E. (2006), *Le rappresentazioni dell'assistente sociale. Il lavoro sociale nel cinema e nella narrativa*. Carocci, Santarcangelo di Romagna RN (pag.33)

Allegri E., 2013. *Il servizio sociale di Comunità*, Carocci, Roma, p 26.

Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). Progetto “Studio Nazionale Fertilità”: i risultati delle cinque indagini. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35). p. 6-28.

Associazione italiana per l'educazione demografica. Wikipedia, 2022 [online]. Disponibile in <https://it.wikipedia.org/wiki/Associazione_italiana_per_l%27educazione_demografica>

Bogliolo C., Bacherini A.M., *Bambini divorziati. Separazione, figli, controversie tra genitori. Elementi di mediazione familiare*. Cerro editore, 2003.

Borsellino P., *Dieci anni di Famiglie in Rete: uno sguardo al presente per costruire un futuro di equità e reciprocità*”, Convegno presso Struttura Polivalente della Parrocchia di Falzè di Trevignano, 2018.

Canino I., 2010. *AssistentiSociali.Org* [online]. Disponibile in <https://www.assistentisociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-le-politiche-sociali.htm>

Camber C., La carta dell' UCIPEM tra storia, tradizioni e futuro. Disponibile in <https://ucipem.com/la-carta-dellucipem-tra-storia-tradizione-e-futuro/> . Consultato il 20 febbraio 2024

Carson, Mina. *Settlement Folk: Social Thought and the American Settlement Movement, 1885–1930*. 1990.

Daniel B, Taylor J & Scott J (2011) *Recognizing and Helping the Neglected Child: Evidence-Based Practice for Assessment and Intervention*. Safeguarding Children Across Services. London: Jessica Kingsley Publishers.

De Fazi S., 2019. *Il Consultorio Familiare Nascita ed evoluzione di un modello sociale di salute in Italia*

Deliberazione della Giunta Regionale 3 febbraio 2010, n. 215, “Linee Guida per il Servizio di Consultorio Familiare nella Regione del Veneto” (allegato A) (Regione Veneto). *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto in versione telematica*. Scaricabile da: https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/Download.aspx?name=215_AllegatoA_222113.pdf&type=9&storico=False

Deliberazione della Giunta Regionale n. 1076 del 04 settembre 2023. Disponibile in <<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=511417>>

Deliberazione della Giunta Regionale 21 maggio 2013, n. 779, “Linee di indirizzo per la comunicazione tra Servizi Socio-Sanitari e Autorità Giudiziarie” (allegato A) (Regione Veneto). *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto in versione telematica*. Scaricabile da: http://garantedirittipersonaminori.consiglio Veneto.it/gestione/documenti/doc/linee_indirizzo_779_2013.pdf

De Santis, G., 2019; *I consultori familiari a 40 anni dalla nascita. Non solo numeri*. Eurocomunicazione [online]. Disponibile in <https://www.eurocomunicazione.com/2019/12/31/consultori-familiari-a-40-anni-dalla-nascita-non-solo-numeri/>

Di Blasio, P., Miragoli, S., *Fattori di rischio e di protezione nella genitorialità fragile*, in Caravita, S., Milani, L. T. D., *Psicologia dello sviluppo e dell'educazione, Il Mulino, Milano 2018: 225-240* [<http://hdl.handle.net/10807/131694>]

Gallino, L. (2004). *Dizionario di sociologia*. Utet editore

Giampetruzzi F, 2014. *Consultori Familiari a rischio*. *Altra Economia* [online]. Disponibile in <https://altreconomia.it/consultori-familiari-a-rischio/>

Grandolfo M., 2017. *Chi e perché sta abbandonando i Consultori Familiari?* *Quotidiano sanità* [online]. Disponibile in https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=56823

Grandolfo M., *Rivista il Mulino* [online]. Disponibile in <https://www.rivistailmulino.it/isni/13311>, consultato il 3 gennaio 2024

Grandolfo M. *Il Consultorio Familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile*. *EpiCentro-L'epidemiologia per la sanità pubblica* [online]. Disponibile in <<https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo>>

Grandolfo ME. *I consultori familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione*. In: Montemagno U (Ed.). *Il Ginecologo Italiano, Vademecum 1996- 97: pp.463-477*. Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche Srl Milano 1996

International Association of Schools of Social Work(IASSW); disponibile in < <https://www.iassw-aicts.org/>>, consultato il 2 Marzo 2024

International Federation of Social Workers(IFSW); disponibile in https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_13127-9.pdf, consultato il 2 Marzo 2024

Istat. (n.d.). *Popolazione residente al 1° gennaio 2023 per età e sesso. Provincia: Padova*. Scaricabile da: <https://demo.istat.it/app/?l=it&a=2023&i=POS>

Lacherite C. et al., 2006, “*Vers une théorie écosystémique de la négligence*”, in *Bulletin de psychologie*, 59, p. 95-111

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

Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Bollettino ufficiale della Regione del Veneto in versione Telematica. Scaricabile da <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095>

Legge 29 luglio 1975, n. 405, “Istituzione dei consultori familiari” (1975, 27 agosto) (Italia). *Gazzetta Ufficiale*. Scaricabile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/27/075U0405/sg>

Legge 31 gennaio 1996, n. 34. *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 10 dicembre 1995, n.509, recante disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del servizio sanitario nazionale*

Losito G. (1998), *Sociologia. Un'introduzione alla teoria e alla ricerca sociale*, Roma, Carocci

Ethier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19(1), 13–24

Milani P., *Famiglie fragili: un percorso di lettura e filmografico*; Supplemento della rivista *Rassegna bibliografica infanzia e adolescenza* ISSN 1723-2600

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Linee di indirizzo nazionali: l'intervento con bambini e famiglie in condizioni di vulnerabilità. Promozione della genitorialità*, prefazione

Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24 aprile 2000. *Gazzetta ufficiale* n.131 Suppl. Ord. n. 89, 7 giugno 2000

Ministero della sanità D.M. 24-4-2000 Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000». Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 giugno 2000, n. 131.

Ministero della Salute. *Organizzazione e attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia anno 2008*. Roma: Ministero della Salute; 2010. Disponibile all'indirizzo:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf; ultima consultazione

31/03/2022

Pavone G, 2013. *Riaprire i consultori per tagliare gli sprechi*. In genere [online]. Disponibile su <https://www.ingenero.it/articoli/riaprire-i-consultori-tagliare-gli-sprechi>

Pavone G, 2013. *Che fine ha fatto il consultorio?* In Genere [online]. Disponibile su <https://www.ingenero.it/articoli/che-fine-ha-fatto-il-consultorio>

Pitrone, M.C., *Il sondaggio*, Franco Angeli, Milano, 1984

ONU, Convention on the Rights of the Child (New York, 20 Novembre 1989)

Ordine Assistenti Sociali - Regione Lombardia (2009). L'assistente sociale nel consultorio familiare. Lo sguardo sulla Lombardia. *I quaderni dell'ordine professionale, 1*, 1-36.

Regione Emilia-Romagna. I centri per le famiglie. Disponibile in <<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/famiglie/temi/centri-per-le-famiglie>>

Ridolfi L., 2011. Paper for the Espanet Conference "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa". Disponibile in https://www.clitt.it/contents/scienze_umane-files/sociologia/60017_CommunityCare.pdf. Consultato il 5 marzo 2024

Scirè G., 2011. *Il consultorio familiare ovvero un ferito ai margini della strada*. Linkiesta [online]. Disponibile su <https://www.linkiesta.it/blog/2011/11/il-consultorio-familiare-ovvero-un-ferito-ai-margini-della-strada/>

Serbati, S., Milani, P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*, Roma, Carocci

Spinelli A, Buoncristiano M, Nardone P, Pierannunzio D, Lauria L, Pizzi E. Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi. In: Pizzi E, Spinelli A, Stefanini Maria Cristina, 2018, slide delle lezioni presso Università di Firenze

UCIPEM - Unione Consultori Italiani Prematrimoniali e Matrimoniali. (1996). *Vita della famiglia e consultorio familiare*. Milano: FrancoAngeli.

Ufficio Nazionale per la Pastorale della Famiglia. *I Consultori familiari sul territorio e nella comunità*, Conferenza Episcopale Italiana, Roma, 1991.

Ufficio di Statistica della Regione del Veneto, Elaborazioni su dati Istat. Disponibile in https://statistica.regione.veneto.it/banche_dati_societa_popolazione.jsp

World Health Organization, *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. Disponibile in <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

ALLEGATI

Allegato 1: il questionario

15/01/24, 12:33

Questionario Consultorio di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia

Questionario Consultorio di Abano Terme-Montegrotto-Torreglia

Gentile Signora/e, mi chiamo Maria Grazia Salvatori e sono una studentessa che sta per laurearsi al corso magistrale in "Innovazione e servizio sociale" presso l'Università degli Studi di Padova.

Sto svolgendo, nell'ambito del mio tirocinio universitario, una ricerca sui Consultori familiari e in particolare se le persone conoscono questo tipo di servizi.

La mia domanda di partenza infatti è: se le persone che ne avrebbero bisogno non conoscono il servizio, come è possibile per noi aiutarle?

Il suo contributo sarà fondamentale quindi non solo per me, aiutandomi a sviluppare la mia tesi, ma per tutta la sua Comunità!

Le sue risposte verranno elaborate assieme a tutte quelle fornite dagli altri componenti del campione e sarà quindi garantito l'anonimato.

Grazie per la collaborazione.

* Indica una domanda obbligatoria

Iniziamo!



https://docs.google.com/forms/d/1vs2BDww2JfBEVnTOp0fpE4w_mhOH4OtpDLZpueF0/edit

1/12

Domande socio anagrafiche

1. 1. Sesso *

Contrassegna solo un ovale.

- Maschio
- Femmina

2. 2. Età *

Contrassegna solo un ovale.

- 17 o meno
- 18-30
- 31-45
- 46-60
- 61+

3. 3. Territorio di residenza *

Contrassegna solo un ovale.

- Abano Terme
- Montegrotto
- Torreglia
- Altro: _____

4. 4. Stato civile *

Contrassegna solo un ovale.

- Sposato/a
 Nubile/celibe
 Vedovo/a
 Separato/a
 Divorziato/a

5. 5. Hai figli? *

Contrassegna solo un ovale.

- si
 no
 Preferisco non rispondere

Domande di indagine

6. 6. Sai che cosa è un Consultorio Familiare? *

Contrassegna solo un ovale.

- No, non ne ho mai sentito parlare
 Ne ho sentito parlare ma non so nello specifico di cosa si occupa
 Sì, so bene di cosa si occupa

7. 7. Sei mai stato seguito da un consultorio familiare? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì, dove sono attualmente residente
 Sì, ma in un altro territorio
 no, mai

8. Se hai risposto "sì" alla domanda precedente, spiega brevemente per quale tipo di bisogno/problema (se ti imbarazza o non vuoi approfondire, va bene anche indicare il problema in modo generico). Se hai risposto "no", puoi passare alla domanda successiva.

9. Indica, sulla base delle tue conoscenze, in quale/i area/e opera il consultorio familiare (più opzioni sono possibili) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Area ostetrico-ginecologica
- Area psicologico-sociale
- Area di prevenzione e informazione
- Area giuridico-legale
- Area psichiatrica
- Area esecuzione penale

10. 10. Indica i servizi che secondo te sono erogati all'interno del Consultorio Familiare (più opzioni sono possibili) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- contraccezione, con la scelta del metodo contraccettivo più adeguato
- interruzione volontaria di gravidanza, per l'assistenza medico-psicologica necessaria
- Assistenza domiciliare per anziani
- consulenza psicologica e sociale, con percorsi di sostegno, anche psicoterapeutici, per difficoltà relazionali del singolo, della coppia, della famiglia
- consulenza, collaborazione, valutazione e sostegno alle coppie nei percorsi di adozione o di affidamento
- Attività diurne occupazionali per persone adulte in condizione di grave emarginazione
- consulenza psicologica, sociale e legale nei casi di separazione e divorzio
- mediazione familiare, per sostenere i genitori separati o in via di separazione negli accordi relativi ai figli e e per mantenere relazioni che ne sostengono la crescita
- Servizio di accoglienza notturna
- Interventi di protezione e cura dei minori
- percorsi di educazione all'affettività e sessualità consapevole tramite incontri nelle scuole
- Uno Spazio di ascolto e aiuto per i giovani
- Corso di preparazione alla nascita
- Altro: _____

11. 11. Indica, secondo te, quali professionisti operano all'interno del Consultorio Familiare (più risposte sono possibili) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Ginecologo/a
- Avvocato/a
- Psicologo/a
- Assistente sociale
- Mediatore linguistico
- Operatore socio-sanitario
- Insegnante
- Educatore
- Infermiere/a
- Ostetrica/o
- Animatore culturale

12. 12. Indica il tuo grado di accordo con la seguente affermazione: conosco bene *
la professione dell'assistente sociale e quali compiti svolge

Contrassegna solo un ovale.

- Completamente in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Nè in disaccordo nè d'accordo
- Abbastanza d'accordo
- Completamente d'accordo

13. 13. Quale è la tua immagine della professione dell' assistente sociale? *

Contrassegna solo un ovale.

- E' una figura di aiuto di cui ho un'immagine positiva
- E' una figura di controllo di cui ho un'immagine negativa
- Non ne ho una particolare immagine o opinione
- Altro: _____

14. 14. Rispetto alla domanda precedente spiega in poche parole cosa ti crea *
questa immagine

15. 15. Indica il tuo grado di accordo con la seguente affermazione: conosco nello specifico di cosa si occupa l'assistente sociale all'interno del Consultorio Familiare *

Contrassegna solo un ovale.

- Completamente in disaccordo
- Abbastanza in disaccordo
- Nè in disaccordo nè d'accordo
- Abbastanza d'accordo
- Completamente d'accordo

16. 16. Esponi in poche parole il ruolo che secondo te svolge l'assistente sociale all'interno del Consultorio Familiare

Di seguito vengono elencati gli obiettivi del Consultorio familiare secondo la legge 405 del 1975 che li ha istituiti. Dopo averli letti, rispondi alle domande che seguiranno. Non temere, non è un'esame! Si tratta di semplici domande per conoscere la tua opinione.

Secondo la legge istitutiva dei Consulenti Familiari, il servizio ha tra i suoi scopi:

- a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile
- b) sostegno per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile, nelle diverse fasi della vita della famiglia
- c) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e da singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
- d) la tutela della salute della donna e del concepimento;
- e) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso;
- d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- d-ter) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

17. 17. Sulla base di quanto appena letto, quanto ritieni probabile che, se ne avessi bisogno, ti recheresti in consultorio familiare per farti aiutare? *

Contrassegna solo un ovale.

- Molto improbabile
- Improbabile
- Nè probabile nè improbabile
- Probabile
- Molto probabile

18. 18. Per quale tipo di problema pensi che potresti rivolgerti al Consultorio Familiare (più risposte sono possibili)? *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Per questioni legate alla contraccezione, IVG, gravidanza e post parto, infertilità, sessualità
- Per assistenza medica, psicologica, sociale in caso di gravidanza non desiderata
- Per sostegno alla genitorialità
- Per consulenza psicologica, sociale e legale in caso di separazione/divorzio
- Per aspetti legati ai percorsi per l'adozione
- Altro: _____

19. 19. Se una persona a te stretta avesse un problema affrontabile all'interno del Consultorio Familiare, pensi che le consiglieresti di rivolgersi al servizio? *

Contrassegna solo un ovale.

- Molto improbabile
 Improbabile
 Nè probabile nè improbabile
 Probabile
 Molto probabile

20. 20. Secondo la tua opinione, pensi che le persone che conosci sappiano dell'esistenza del Consultorio Familiare? *

Contrassegna solo un ovale.

- Molto improbabile
 Improbabile
 Nè probabile nè improbabile
 Probabile
 Molto probabile

21. 21. Hai una conoscenza diretta di qualcuno che è stato seguito dal Consultorio Familiare di Abano-Montegrotto-Torreglia? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì, una persona
 sì, più di una persona
 No, nessuno

22. 22. Se hai indicato "sì" alla domanda precedente seleziona quanto secondo te questa persona è rimasta soddisfatta dal servizio: *

Contrassegna solo un ovale.

- Molto insoddisfatta
 Insoddisfatta
 nè soddisfatta nè insoddisfatta
 Soddisfatta
 Molto soddisfatta
 Non so
 Non pertinente, perchè non conosco nessuno seguito dal servizio

23. 23. Come spiegato nell'introduzione al questionario, uno dei nostri scopi è capire quanto la popolazione conosca il Consultorio. Pensi che il consultorio familiare svolga appropriate iniziative per farsi conoscere sul territorio? *

Contrassegna solo un ovale.

- sì
 no
 Abbastanza
 Non lo so

24. 24. Quanto ritieni che iniziative in scuole, eventi pubblici all'aperto etc possano essere utili per aumentare la conoscenza del servizio ? *

Contrassegna solo un ovale.

- Molto inutili
 Inutili
 Nè utili nè inutili
 Utili
 Molto utili

25. Secondo te quanto queste iniziative sarebbero utili ad aumentare l'utilizzo del servizio da parte di chi ne ha bisogno? *

Contrassegna solo un ovale.

- Molto inutili
 Inutili
 Nè utili nè inutili
 Utili
 Molto utili

26. Indica due o tre iniziative che ti piacerebbe vedere realizzate nel tuo quartiere per aumentare la conoscenza del servizio e che reputi utili. *

27. Ti chiediamo infine, sulla base della tua conoscenza del territorio in cui vivi, quali pensi che siano i problemi sociali più diffusi e rilevanti? (più opzioni sono possibili) *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Problemi legati alle dipendenze (alcol, droghe, gioco d'azzardo)
 Problemi nella sfera della legalità (commissione di reati)
 Problemi di devianza giovanile
 Atti vandalici
 Insufficienza di reddito (povertà, senza fissa dimora)
 Disoccupazione
 Conflitti familiari
 Emarginazione delle persone anziane e con disabilità

Il questionario è terminato. Ti ringraziamo per il tuo prezioso contributo!

Allegato 2: traccia di intervista

Premessa:

L'obiettivo della mia ricerca è indagare la capacità preventiva del consultorio rispetto al disagio familiare, in particolare in conseguenza di quanto emerso nel corso del tirocinio, nonché come indicato da ricerche svolte nella regione Veneto, rispetto alla forte predominanza di casi provenienti dal Tribunale e, quindi, di situazioni di conflittualità spesso ormai cronicizzata.

A tal fine, è stato realizzato un questionario somministrato alla popolazione residente innanzitutto per indagare la conoscenza del servizio da parte della stessa e capire se possa essere un fattore che spieghi la scarsa capacità attrattiva evidenziata dai dati. I rispondenti sono stati in tutto 113.

Uno dei primi quesiti che è stato posto alla popolazione è relativo alla loro conoscenza delle aree tematiche di cui si occupa il consultorio.

Domanda 1: *Secondo lei, in quanto operatrice attiva all'interno di questa comunità, c'è una buona conoscenza sul territorio delle attività di cui si occupa un Consultorio Familiare?*

Nel corso del tirocinio abbiamo riscontrato come l'utenza seguita provenisse principalmente da richieste del tribunale. Tale realtà è evidenziata anche dai dati: in particolare, l'allegato A del "Programma 2022-2024 sugli Interventi della Regione Veneto a favore della famiglia" mostra come, con specifico riferimento alla aulss 6, vi sia una netta predominanza di casi nell'ambito della coattività: nell'anno 2020 gli utenti provenienti tramite accesso spontaneo sarebbero stati 1.391 (per problematiche relazionali del singolo-coppia-famiglie, area Pre-concezionale, gravidanza e post partum, Spazio Giovani), contro i 3.140 inviati dal Tribunale (relativi a area Adozioni, Tribunale Civile, Protezione e tutela minori).

Domanda 2: *da quanti anni lavora qui? Ha riscontrato in questi anni una diminuzione dell'utenza spontanea? Che ruolo può avere il consultorio in questa tendenza?*

Concentriamoci ora sul concetto di prevenzione: il consultorio si inserisce nell'ambito dei servizi di prevenzione e di promozione della salute, non solo ovviamente in ambito medico, ma anche di prevenzione del disagio familiare (L'allegato A del DGR NR 105/2019 pone come obiettivo il sostegno alle attività di carattere sociale dei Consultori Familiari, vista l'esigenza posta dai mutamenti culturali della società attuale di realizzare la prevenzione e cura del disagio familiare richiesta agli assistenti sociali).

Domanda 3: *rispetto al suo ruolo specifico, secondo lei, cosa significa fare prevenzione e come è possibile realizzarla?*

La relazione dell'ISS di Michele Grandolfo indica come un processo di riqualificazione dell'attività consultoriale debba passare attraverso l'implementazione di programmi di prevenzione tali da assorbire almeno il 50% del tempo disponibile per l'équipe consultoriale.

Domanda 4: *in termini di ore, lei quanto tempo dedica ad attività di prevenzione e, rispetto al suo ruolo, cosa significa fare prevenzione?*

Domanda 5: *lei crede che gli assistenti sociali/ psicologi siano posti nelle condizioni adeguate a realizzare attività di prevenzione capillare all'interno della comunità (in termini di risorse economiche, strutturali, umane)?*

Domanda 6: *che ruolo potrebbe giocare un lavoro di community work per prevenire il disagio familiare?*

Domanda 7: *per lei, in poche parole, cosa significa fare un lavoro di comunità?*

Domanda 8: *lei ritiene che il consultorio svolga adeguate iniziative per promuovere la propria immagine sul territorio? Pensa che il servizio riesca ad avere visibilità? Se sì, in che modo; se no, per quali motivi.*

Domanda 9: *secondo lei quale è uno dei problemi sociali più diffuso in questo territorio?*