



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 48/19 del 29.11.2007

Programma di riorganizzazione della rete dei consultori familiari in Sardegna

Introduzione

1. Quadro normativo di riferimento

2. Contesto regionale di riferimento – situazione attuale e criticità

3. Obiettivi della riorganizzazione

4. Riorganizzazione della rete dei consultori familiari

5. Modello organizzativo

- Sedi principali – Sedi distaccate
- Modalità di lavoro basata sull'offerta attiva
- Azioni

6. Macroaree prioritarie di intervento dell'attività consultoriale

6.1 Area maternità e paternità consapevole

- Percorso di sostegno alla genitorialità
- Percorso nascita
- Percorso Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

6.2 Area screening oncologici

6.3 Area della violenza di genere

- Percorso antiviolenza (creazione di una rete antiviolenza)

6.4 Area giovani: percorso giovani e adolescenti

- Vaccinazioni HPV

6.5 Area migranti

- Percorso salute migranti

7. Formazione degli operatori e aggiornamento



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Introduzione

La promozione della salute materno-infantile è uno degli obiettivi prioritari individuati dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 in ragione degli effetti positivi che è in grado di generare sulla qualità della vita della madre, del bambino e di conseguenza della popolazione complessiva. La salute materno infantile rappresenta un settore di grande rilevanza in quanto tale, ma è anche essenziale per misurare la qualità e l'efficacia del nostro sistema sanitario.

I consultori familiari rappresentano le strutture che occupano un ruolo centrale nella promozione e tutela della salute della donna globalmente intesa, della coppia, della famiglia e dell'età evolutiva.

Ad essi la normativa assegna un ruolo prioritario soprattutto nel campo della prevenzione, della tutela dei minori, della violenza sulle donne, della migrazione.

I nuovi scenari sociali rendono ora più che mai necessaria una revisione del modello organizzativo, della modalità e della tipologia degli interventi.

L'obiettivo è quello di promuovere l'implementazione delle azioni raccomandate dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (DM 24.4.2000) al fine di ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali nella fruizione dei servizi offerti.

In tal senso i consultori familiari rappresentano un patrimonio da rivitalizzare e non disperdere in quanto importante presidio di riferimento soprattutto per la parte più svantaggiata della popolazione.

La necessità del rafforzamento dei servizi di salute primaria deve essere caratterizzato da un modello operativo sociale e sanitario integrato basato sulla programmazione dell'attività, previa definizione degli obiettivi di salute, sulla attivazione di progetti specifici per singola area di intervento, sull'offerta attiva e su un approccio alle persone fondato sulla presa di coscienza e la scelta consapevole.

Inoltre dovranno essere maggiormente valorizzate le modalità operative secondo il modello multidisciplinare e non direttivo, che rappresenta una delle qualità fondative dei consultori familiari, in grado di portare a scelte più consapevoli e al miglioramento delle stesse.

In questo programma di riorganizzazione dei servizi, si sottolinea in modo forte la necessità di implementare una chiara impostazione di un impianto valutativo con gli indicatori di processo, di esito, di risultato e la valutazione dei risultati attesi in relazione alle attività e agli obiettivi proposti.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. Quadro normativo di riferimento

I consultori familiari sono stati istituiti in Sardegna con la Legge Regionale 8 marzo 1979, n. 8, emanata in attuazione della Legge 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari) e della Legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza).

La legge regionale su richiamata individua le finalità generali del servizio consultoriale, attribuendogli compiti più ampi di quelli definiti a livello nazionale, dando particolare rilevanza agli aspetti di educazione sanitaria e di assistenza psicologica e sociale rivolte ai singoli, alla coppia e alla famiglia, e delinea le modalità di funzionamento del servizio, fondate sul lavoro di gruppo multidisciplinare.

In particolare ai consultori familiari è assegnato un ruolo operativo nelle seguenti aree di intervento:

- preparazione alla maternità e paternità responsabile e sostegno alla famiglia e alla coppia anche in ordine alla problematica minorile;
- procreazione responsabile attraverso attività informative e di educazione sanitaria atte a promuovere o prevenire la gravidanza;
- promozione e tutela della salute della donna, globalmente intesa, in tutte le fasi della vita;
- promozione e tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza.

Successivamente, la Legge 31 gennaio 1996, n. 34, che ha previsto tra l'altro specifici finanziamenti per il potenziamento dei consultori familiari, ha stabilito un parametro di fabbisogno per numero di abitanti fissato in un consultorio ogni 20.000 abitanti e il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), approvato con il DM del 24 aprile 2000, ha suggerito l'opportunità di differenziare tale parametro, adattandolo alle realtà locali, distinguendo tra zone rurali e semiurbane, (1 ogni 10.000 abitanti, e zone urbane metropolitane 1 ogni 20-25.000 abitanti).

Il POMI, solo in parte attuato in Sardegna, sottolinea l'esigenza di integrare i consultori familiari nel modello dipartimentale e rimarca la necessità di messa in rete dei consultori con gli altri servizi sanitari e con quelli socio assistenziali degli enti locali. Inoltre introduce una nuova modalità di lavoro per le equipe consultoriali basata "sull'offerta attiva di interventi di promozione della salute attraverso la realizzazione di strategie operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute da perseguire nel settore materno infantile"; il POMI suggerisce quindi una nuova impostazione del lavoro fondata sulla offerta attiva e sulla programmazione e valutazione delle attività.

Il DPCM 29 novembre 2001 include l'attività dei consultori familiari nei Livelli Essenziali di Assistenza e il DPCM 14 febbraio 2001 pone le prestazioni erogabili da tali servizi a totale carico del SSN.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La Legge Regionale 23 dicembre 2005, n. 23 che istituisce il “Sistema integrato dei servizi alla persona” e le “Linee guida per l'avvio dei Piani locali Unitari dei servizi alla persona” (PLUS), approvate con la Deliberazione della Giunta regionale n. 23/30 del 30 maggio 2006, inseriscono i consultori familiari nell'ambito di una politica programmatoria basata su un modello organizzativo che vede le ASL, i Comuni e le Province collegati in una rete sinergica, in grado di realizzare l'integrazione dei servizi all'interno dei PLUS.

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 - 2008 prevede la riorganizzazione della rete dei consultori familiari e ne promuove l'integrazione nell'ambito del Distretto e con le attività sociali di competenza delle amministrazioni locali.

La Deliberazione della Giunta regionale del n. 30/38 2 agosto 2007 relativa ai “Principi e criteri per l'atto aziendale delle Aziende Sanitarie locali” prevede che le attività consultoriali siano collocate organizzativamente nel Distretto e funzionalmente nell'ambito del Dipartimento aziendale Materno Infantile (DMI).

2. Contesto regionale di riferimento – situazione attuale e criticità

I consultori familiari pubblici operanti sul territorio regionale sono 76, dei quali 20 ubicati in centri che superano i 20.000 abitanti. L'attuale distribuzione garantisce una buona copertura del territorio regionale con alcune eccezioni riguardanti, in particolare, l'area del distretto di Muravera e la città di Olbia.

I consultori familiari, istituiti con tempi e modalità differenti nelle diverse realtà, presentano notevoli difformità dal punto di vista logistico-strutturale e organizzativo, relativamente alla dotazione organica e alle presenza o meno di tutte le figure professionali che compongono le equipe multidisciplinari, secondo le indicazioni della L.R. n. 8/78 e del POMI, nonché rispetto alla tipologia e alle modalità di erogazione delle prestazioni.

Dalla ricognizione delle dotazioni organiche (vedi TAB 1) e delle caratteristiche strutturali, tecnologiche e informatiche delle sedi consultoriali, effettuata nel 2006, sono emerse le seguenti criticità:

- carenze strutturali, sedi inadeguate, locali insufficienti;
- carenza in diversi consultori di alcune figure professionali;
- carenza di risorse strumentali e tecnologiche per le attività di gruppo;
- carenza della copertura del servizio in alcune aree territoriali;
- carenza di programmazione delle attività nell'ottica multidisciplinare e della progettualità integrata tra vari servizi e enti nel territorio;
- assenza di un sistema informativo e di un sistema di rilevazione dei flussi informativi sull'attività svolta, fondamentale per una adeguata programmazione dei servizi e per la valutazione.



3. Obiettivi della riorganizzazione

Coerentemente con le indicazioni del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008, il riordino della rete dei consultori familiari sarà attuata secondo le seguenti linee di indirizzo:

- ridefinire il ruolo dei consultori familiari quali servizi territoriali di base fortemente orientati alla promozione della salute, alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria, riservando alla attività di diagnosi e cura una competenza di “prima istanza” integrata con l’attività esercitata al medesimo livello dalle unità ospedaliere e dai servizi territoriali della azienda sanitaria e degli enti locali, così come indicato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI);
- garantire l’integrazione dei consultori familiari con gli altri servizi territoriali a livello distrettuale e con quelli ospedalieri nell’ambito del Dipartimento funzionale Materno Infantile e l’integrazione con gli enti locali nell’ambito della programmazione dei servizi alla persona (PLUS); l’integrazione è finalizzata ad una maggiore efficacia ed efficienza degli interventi e a evitare sovrapposizioni di ruoli con i servizi territoriali e ospedalieri che erogano prestazioni sanitarie specialistiche, nonché con le attività sociali;
- sviluppare modalità operative basate prevalentemente sull’offerta attiva, utilizzando le risorse e i canali comunicativi istituzionali e non, che consentano di raggiungere il target della popolazione obiettivo dell’intervento consultoriale;
- promuovere modalità operative caratterizzate dall’empowerment inteso quale “complesso di azioni dirette ad avviare cambiamenti sociali in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo da parte dei singoli, della comunità, dei determinanti della salute” (Health Promotion Glossary, OMS);
- implementare programmi e percorsi di promozione alla salute, nelle aree di intervento specifiche dei consultori familiari e puntualmente individuate nel POMI, orientati dalle evidenze epidemiologiche della comunità di riferimento nella quale il consultorio familiare opera e caratterizzati da un approccio che consideri la persona nella sua globalità psico-fisica, nel suo contesto relazionale e nel suo ambiente;
- implementare, nelle attività di programmazione, metodologie di lavoro basate sulla multidisciplinarietà, non direttività, promuovendo un modello sociale di salute;
- favorire modalità operative basate sulla valutazione dei programmi (da predisporre con obiettivi generali e specifici e la definizione degli indicatori) che permettano di riconsiderarli in ragione dei loro esiti; valutazione intesa anche come miglioramento delle azioni intraprese nell’ambito di un processo di formazione continua.



4. Riorganizzazione della rete dei consultori familiari

La deliberazione della Giunta Regionale n. 30/38 del 2 agosto 2007, concernente i principi e i criteri direttivi per l'atto aziendale, colloca le attività consultoriali nell'area dell'assistenza distrettuale.

I consultori familiari sono strutture organizzative del distretto: quest'ultimo deve assicurare le risorse di personale e strumentali necessarie al funzionamento dei consultori nell'ambito del proprio budget.

Il personale assegnato ai consultori familiari risponde sotto il profilo organizzativo al distretto e sotto il profilo professionale al Dipartimento aziendale Materno Infantile.

Il Dipartimento aziendale Materno infantile è una struttura organizzativa di tipo tecnico funzionale, trasversale tra le diverse unità operative dell'area materno infantile, che garantisce il raggiungimento degli obiettivi prefissati nella programmazione aziendale prioritariamente attraverso:

- la definizione di protocolli condivisi di attuazione dell'integrazione tra le varie componenti del sistema finalizzata alla continuità della presa in carico della persona;
- il coordinamento delle risorse complessivamente disponibili nell'area materno infantile che erogano le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello territoriale e ospedaliero;
- la elaborazione e la applicazione di specifiche linee guida;
- la valutazione e il monitoraggio delle attività svolte con l'attivazione dei flussi informativi previsti dalla normativa o ad hoc;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- la collaborazione alla programmazione delle attività consultoriali insieme al distretto secondo le strategie definite nell'ambito del PLUS.

La realizzazione di un serio rapporto di integrazione ospedale - territorio, nell'ambito del Dipartimento aziendale Materno Infantile, deve basarsi sulla complementarità dei servizi rispetto alle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti, come espressamente previsto nel POMI.

All'interno della programmazione operativa dei PLUS, l'attività dei consultori familiari dovrà raccordarsi, attraverso specifici protocolli o intese, a quella svolta dai servizi territoriali che rispondono ai vecchi e nuovi bisogni della famiglia, poiché è consistente e significativa la compenetrazione delle funzioni e delle attività che la problematica della famiglia presenta. Si ritiene inoltre fondamentale, data la specificità della tematica, che le ASL e gli Enti Locali, nelle opportune sedi programmatiche, coinvolgano anche l'associazionismo e il volontariato in modo da garantire che la famiglia recuperi un ruolo attivo.



5. Modello organizzativo

I consultori familiari devono essere organizzati in rete, sulla base di un modello caratterizzato dalla individuazione, per ambiti territoriali distrettuali, di **sedi principali di rete** dotate di equipe complete e di **sedi distaccate** operanti esclusivamente secondo la modalità di “offerta attiva” e senza specifico personale in dotazione ma avvalendosi dell’equipe del consultorio principale di rete per la realizzazione di programmi e specifiche attività definite in sede di programmazione.

Le sedi principali di rete, identificate in base ai requisiti strutturali, logistici e organizzativi, garantiscono il pieno svolgimento delle attività rispondenti agli obiettivi generali e specifici previsti.

In ciascuna sede principale deve essere assicurata la presenza di tutte le figure professionali previste dalla normativa vigente in modo tale da realizzare appieno la multidisciplinarietà degli interventi quale caratteristica fondante dell’attività consultoriale; inoltre gli operatori devono essere esclusivamente dedicati alle attività consultoriali.

Per alcune figure professionali (pediatri e assistenti sanitarie) è possibile prevederne l’utilizzo presso più sedi di rete, attraverso un riparto dell’orario settimanale. Per altre figure professionali (psicologi e assistenti sociali) è possibile stipulare appositi protocolli con gli enti locali che consentano la condivisione del personale per la realizzazione di specifici progetti in aree di interesse comune prevalentemente attinenti alle problematiche della famiglia.

Il modello organizzativo e operativo deve recepire integralmente le indicazioni del POMI in merito agli obiettivi, alle azioni e agli indicatori relativamente alle macroaree di intervento individuate come prioritarie dal presente provvedimento.

La programmazione delle attività consultoriali deve essere definita nell’ambito del Distretto con lo strumento del PLUS e in coordinamento con il Dipartimento Materno Infantile.

L’attività deve svilupparsi prevalentemente in forma di offerta attiva rivolta ad un target di popolazione definito come gruppi, coppie e singoli, in base alla rilevazione dei bisogni del territorio, con azioni efficaci al fine di ottenere un reale impatto di sanità pubblica.

L’offerta attiva deve essere tale da raggiungere prioritariamente la parte di popolazione più svantaggiata che è anche quella maggiormente esposta a rischi sanitari, sociali e psicologici, non escludendo comunque la presa in carico delle persone con accesso spontaneo e/o con disagio psico-sociale e/o con problematiche sanitarie.

Nelle attività consultoriali deve essere evitata la sovrapposizione degli interventi con quelli specialistici di altre strutture territoriali distrettuali, ospedaliere e degli enti locali, al fine di ottimizzare le risorse e le attività da compiere.

Deve essere assicurata l’integrazione in rete tra i servizi consultoriali e i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e ospedalieri di riferimento (laboratori di analisi, servizi di ecografia, unità



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

operative di ostetricia e ginecologia) prioritariamente attraverso l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico in via di definizione nell'ambito del progetto MEDIR.

Le sedi distaccate devono operare esclusivamente per la realizzazione di progetti secondo il modello dell'offerta attiva: pertanto gli operatori si sposteranno dalla sede principale nella sede distaccata unicamente per l'attuazione di progetti per chiamata attiva, progetti per comunità ecc. La programmazione delle attività e la progettazione operativa deve essere attivata dalla sede principale cui afferisce la sede distaccata e comunque sempre nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile e del distretto.

Le sedi operative, principali e distaccate devono possedere i requisiti minimi logistico - strutturali per le attività da svolgere.

La riorganizzazione è illustrata nelle tabelle allegate distinte per Azienda Sanitaria Locale.

Azioni prioritarie:

- completamento delle sedi carenti sotto il profilo strutturale e tecnologico, con locali per gli operatori, per l'utenza e per le attività di gruppo, secondo i parametri del DPR 14 gennaio 2007 in materia di autorizzazioni sanitarie e sulla base degli specifici provvedimenti regionali in materia di accreditamento in via di definizione;
- adeguamento della dotazione organica delle sedi principali di rete, per i profili professionali, tale da assicurare la multidisciplinarietà degli interventi, previa valutazione dei carichi di lavoro;
- formazione degli operatori programmata a livello di dipartimento funzionale materno infantile e integrata tra livello territoriale e ospedaliero;
- definizione, nell'ambito del Dipartimento funzionale Materno Infantile, di percorsi assistenziali, linee guida condivise, protocolli comuni e/o integrati tali da realizzare lo sviluppo integrato delle risorse professionali e l'effettiva continuità assistenziale;
- adozione di modalità operative basate sulla programmazione e valutazione delle attività e quindi su:
 - la definizione degli obiettivi di salute specifici;
 - l'individuazione degli indicatori di valutazione, di processo e di risultato;
 - l'identificazione della popolazione target;
 - l'identificazione di adeguate modalità di offerta attiva.
- assicurazione di una maggiore fruibilità attraverso l'articolazione degli orari di apertura delle sedi consultoriali, rispondenti alle necessità delle persone nelle diverse realtà territoriali;
- adozione degli strumenti di informazione e comunicazione sui servizi consultoriali (la carta dei servizi, depliant informativi multilingue, ecc.).



6. Macroaree prioritarie di intervento dell'attività consultoriale

I consultori familiari indirizzano le loro attività prioritariamente verso le seguenti macroaree di intervento:

- area della maternità e paternità consapevole;
- area giovani;
- area degli screening sulla sfera genitale femminile;
- area della violenza di genere;
- area migranti.

Nell'ambito di ciascuna macroarea sono individuate tematiche specifiche sulle quali sviluppare percorsi definiti e condivisi sia del Distretto sia nell'ambito del Dipartimento (es. macroarea maternità e paternità consapevole: percorso nascita, percorso Interruzione Volontaria di Gravidanza).

6.1 Area maternità e paternità consapevole

Percorso di sostegno alla genitorialità

Questo ambito di attività dei consultori familiari ha assunto negli ultimi anni notevole importanza a causa dei mutamenti nel contesto sociale ed economico, con particolare riguardo ai nuovi assetti della famiglia (unioni di fatto, famiglie con un solo genitore, famiglie ricostituite, famiglie miste, separazioni ecc), che hanno accentuato o fatto emergere situazioni di disagio. Occorre individuare i fattori di rischio sociali e sanitari quali la marginalità sociale, la povertà, ecc al fine di indirizzare e programmare gli interventi. Il percorso abbraccia quindi ambiti di intervento ampi che coinvolgono i singoli, le coppie e la famiglia con particolare attenzione ai giovani che devono essere educati alla genitorialità al fine di acquisire la cultura legata al ruolo genitoriale e a modelli positivi di famiglia.

Azioni prioritarie:

- offerta attiva di incontri di promozione della genitorialità rivolti ai singoli, alle coppie e alle famiglie, e ai ragazzi nelle scuole con il coinvolgimento dei genitori;
- offrire il supporto psicologico e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia per superare le difficoltà relazionali nel ruolo genitoriale;
- attivazione della rete, mediante la definizione di protocolli attuativi, tra i servizi consultoriali e quelli degli enti locali finalizzati al sostegno delle funzioni genitoriali, all'ascolto e alla consulenza educativo- relazionale e alla mediazione familiare.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Percorso nascita

Il percorso nascita deve garantire la continuità della presa in carico della donna a partire dall'epoca pre-concezionale, per proseguire con la gravidanza, il parto, il post-partum e il puerperio. A tal fine deve essere realizzato il collegamento funzionale, attraverso lo strumento dei protocolli condivisi, tra i presidi territoriali e ospedalieri coinvolti nel percorso assistenziale: i consultori familiari, le strutture ospedaliere e territoriali.

Obiettivo: potenziare l'informazione e l'educazione ad una sessualità consapevole e alla maternità e paternità responsabili.

Azioni prioritarie:

- offerta attiva di corsi all'affettività e sessualità consapevoli;
- offerta attiva di colloqui pre-concezionali rivolti alle coppie e ai singoli, anche con individuazione di rischio genetico e non, operando uno stretto collegamento con i centri di diagnosi prenatale;
- realizzazione di campagne mirate di informazione e di sensibilizzazione per la prevenzione delle malformazioni congenite indicando gli esami pre-concezionali e le eventuali vaccinazioni;
- educazione agli stili di vita corretti e all'uso di preparati farmacologici per la prevenzione delle malformazioni congenite (acido folico);
- assistenza alla gravidanza fisiologica e individuazione delle gravidanze problematiche e a rischio da inviare nei centri di riferimento ospedalieri.

Obiettivo: umanizzazione degli interventi nel percorso nascita

Il POMI considera l'umanizzazione del percorso nascita un obiettivo prioritario, da realizzare attraverso la promozione dei corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio e il parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre bambino, la promozione del rooming-in e l'assistenza in puerperio.

In particolare, gli operatori che seguono il percorso nascita devono stabilire rapporti di fiducia e di empatia con le donne in gravidanza e le coppie, tali da avere la sicurezza di una presa in carico globale, nella fase prenatale, natale e post natale, basata sull'elemento fiduciario con l'equipe in una sorta di "alleanza terapeutica".

Azioni prioritarie:

- formazione congiunta degli operatori coinvolti nel percorso nascita programmata a livello di dipartimento funzionale materno infantile e integrata tra livello territoriale e ospedaliero;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- offerta attiva di corsi/incontri di accompagnamento alla nascita, con particolare riferimento alla promozione dell'allattamento al seno;
- presa in carico della donna in gravidanza e della coppia attraverso processi di empatia in una sorta di alleanza terapeutica tra la gestante, sua famiglia e le istituzioni sanitarie e sociali coinvolte;
- offerta attiva di incontri a accompagnamento alla nascita e sostegno psico-sociale alle donne migranti, sia straniere che interne, e alle loro famiglie;
- presa in carico globale delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e sociali di appoggio e delle donne che intendono non riconoscere il figlio alla nascita e mantenere l'anonimato;
- facilitazione dell'accesso agli esami ematochimici e strumentali previsti dal Decreto Ministeriale 28/10/1998 (eliminazione liste d'attesa e altri disagi logistico-temporali): gli esami, comprese le ecografie ostetriche previste dal citato decreto ministeriale, devono essere calendarizzati all'inizio della gravidanza e prenotati direttamente dal consultorio familiare attraverso l'accesso diretto ai vari servizi tramite protocolli d'intesa con le unità operative interessate;
- utilizzazione di un'unica cartella ostetrica comune agli operatori dei consultori familiari e a quelli ospedalieri quale strumento di lavoro condiviso e omogeneo che accompagna la donna durante tutta la gravidanza.

Obiettivo: promozione e mantenimento dell'allattamento al seno

In conformità a quanto indicato dall'OMS, dall'UNICEF e dal Ministero della Salute, si raccomanda che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi di vita. Successivamente, è necessario incoraggiare e sostenere le madri che desiderano allattare al seno anche oltre i sei mesi di vita del bambino.

Al fine di favorire ed incrementare la pratica dell'allattamento al seno è istituito a livello regionale l'Osservatorio per l'allattamento al seno, inteso come gruppo di lavoro dedicato al coordinamento delle iniziative volte al raggiungimento di tale obiettivo. L'Osservatorio svolge le seguenti funzioni:

- coordina e garantisce un programma formativo regionale;
- coordina e valorizza i diversi contributi di livello regionale (pediatri ospedalieri e consultoriali, pediatri di libera scelta, ostetriche, associazioni) evitando dispersioni e sovrapposizioni;
- verifica e monitorizza lo stato dell'arte nei punti nascita e nei servizi territoriali;
- migliora e uniforma gli standard assistenziali attraverso l'emanazione di linee di indirizzo.

Azioni prioritarie:

- formazione specifica, programmata a livello di dipartimento funzionale materno infantile, degli operatori del consultorio familiare, dei punti nascita, con il coinvolgimento anche dei pediatri



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

di libera scelta; la formazione del personale dovrà essere attuata secondo le linee di indirizzo emanate dall'osservatorio regionale dell'allattamento al seno;

- offerta attiva di corsi di allattamento al seno; occorre dare alle future madri e alle madri, informazioni corrette, complete e comprensibili sui vantaggi dell'allattamento al seno e sugli svantaggi del mancato allattamento al seno;
- nelle sedi dei consultori familiari realizzazione di spazi confortevoli dedicati alle madri che allattano con la garanzia di operatori che forniscano adeguato sostegno nelle prime settimane di vita del neonato (possono essere previste anche iniziative di auto-aiuto);
- predisposizione e diffusione di strumenti informativi sull'allattamento al seno;
- monitoraggio dell'allattamento al seno a 3 mesi, a 6 mesi e a un anno mediante l'utilizzazione dei bilanci di salute compilati dai pediatri di libera scelta.

Obiettivo: cure domiciliari alla madre in puerperio e al neonato

Il periodo del puerperio e le prime settimane nel nuovo nato possono presentare necessità assistenziali rilevanti, sia per la madre sia per il bambino.

Il consultorio familiare ha un ruolo centrale nel supporto alle madri e ai bambini in questa fase, attraverso l'offerta di assistenza domiciliare.

Al fine di garantire l'effettiva continuità assistenziale la dimissione protetta va concordata con la madre entro le 48-72 ore, considerata la salute della puerpera e la stabilità del neonato, infatti questo periodo presenta aspetti assistenziali rilevanti per la madre (difficoltà di allattamento e depressione post-partum) e per il neonato (calo ponderale, ittero, disidratazione, infezioni, ecc..).

L'assistenza alla puerpera e al neonato è garantita dall'ostetrica e da altre figure professionali quali il pediatra, lo psicologo e l'assistente sociale.

Le cure domiciliari alla madre in puerperio hanno l'obiettivo generale di sostenere e assistere la madre e il neonato nelle prime settimane di vita, promuovere la fisiologia dell'adattamento post-natale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologie organiche e/o relazionali e il benessere della famiglia. In particolare gli interventi a domicilio sono finalizzati a:

- garantire sostegno sociale ed emotivo alla madre, attraverso il rafforzamento dell'autostima, l'incoraggiamento a far emergere le competenze naturali rispetto all'accudimento del neonato e a promuovere l'allattamento al seno;
- fornire assistenza appropriata durante il periodo neonatale, promuovendo la salute e identificando tempestivamente condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati;
- educare al rispetto dei bisogni fondamentali del nuovo nato: nutrimento, contatto fisico con i genitori;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- svolgere un ruolo di educazione sanitaria riguardo alle idonee misure di profilassi e di prevenzione;
- promuovere, nell'ambito del Plus, iniziative volte a sostenere le donne nelle prime settimane del puerperio nelle attività quotidiane di cura della casa e della famiglia, in particolare nei confronti delle situazioni più problematiche.

Azioni prioritarie:

- programmazione di un piano integrato di assistenza, nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile, che riguardi le fasi precedenti la nascita, il parto, il post partum e il puerperio e che coinvolga tutti gli operatori del percorso (consultorio, ospedale e pediatri di libera scelta);
- offerta attiva di cure domiciliari al puerperio prioritariamente alle donne e alle famiglie con disagi psico-sociali e alle donne che ne facciano esplicita richiesta;
- definizione concordata degli aspetti organizzativi e operativi delle cure domiciliari con i responsabili dei servizi coinvolti in modo tale da realizzare l'effettiva continuità assistenziale.

Obiettivo: prevenzione e cura della depressione post-partum

La fase che precede o segue la nascita di un figlio è per la donna un momento molto delicato. E' un periodo transitorio, talvolta caratterizzato da crisi psico-emozionale, in cui si affrontano sentimenti e stati d'animo non immediatamente riconoscibili, e dalla sensazione di non sentirsi all'altezza del compito.

Comunemente, ma non correttamente, si parla di depressione post-partum per indicare tutti gli eventi che colpiscono alcune donne in gravidanza o a partire dal 3° o 4° giorno seguente la gravidanza, legati ad un incomprensibile malessere, quale alterazione dell'umore, ansia, irritabilità, ecc.. Le tipologie cliniche sono: il post partum blues (39-85% dei parti), la depressione post partum (10-15% dei parti) e la psicosi post partum (0,1- 0,2% dei parti).

Particolare attenzione va riservata alle migranti interne che alle migranti straniere per il rischio depressivo legato allo sradicamento dalla cultura di appartenenza.

Azioni prioritarie:

- attivazione di corsi di accompagnamento alla nascita nei quali vengano forniti strumenti utili al riconoscimento dei sintomi per affrontare consapevolmente situazioni di disagio che possono durare nel tempo;
- attivazione di *counselling* di gruppo per le situazioni di "baby-blues" dove è molto importante condividere le esperienze con le mamme che hanno già partorito (gruppi di auto-aiuto);
- attivazione tempestiva, all'interno dei punti nascita, dell'inquadramento diagnostico dei casi a rischio depressivo con successiva presa in carico con garanzia della continuità del trattamento (es. percorsi di psicoterapia, ecc.).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Percorso Interruzione Volontaria di Gravidanza

La Legge n. 194/78 ha ampliato la gamma di competenze del consultorio familiare assegnandogli un ruolo in materia di interruzione volontaria di gravidanza.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza in Sardegna ha subito un'importante riduzione, superiore al 40%, nel periodo che va dal 1982 al 2004, riduzione ancora più evidente se dal dato complessivo si scorpora quello riferito alle interruzioni volontarie di gravidanza effettuate dalle cittadine straniere (27% di tutte le IVG nel 2004).

Su questa riduzione ha influito certamente una maggiore consapevolezza delle donne nell'adozione dei metodi per la procreazione responsabile e in particolare nell'utilizzo della contraccezione orale.

Al contrario, per quanto riguarda le donne straniere si è osservata in Sardegna, al pari di altre regioni italiane, una sensibile crescita del ricorso all'interruzione di gravidanza. Il maggior numero di donne straniere che ricorrono all'IVG si concentra nelle ASL di Olbia, Cagliari, Sassari e Sanluri; si tratta prevalentemente di donne dell'est europeo e in particolare di nazionalità rumena, seguite dalle donne cinesi e dalle nigeriane.

Azioni prioritarie:

- offerta attiva finalizzata alla informazione ed educazione all'affettività e alla sessualità consapevoli, soprattutto tra la popolazione più debole e maggiormente a rischio;
- implementazione di progetti sulla procreazione responsabile rivolta alle migranti attraverso programmi di informazione e organizzazione di campagne di sensibilizzazione che favoriscano l'accesso al consultorio familiare col coinvolgimento di tutte le strutture e associazioni all'interno dei PLUS, con l'individuazione delle fasce orarie rispondenti ai bisogni delle migranti;
- attivazione di programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita, attraverso progetti di informazione ed educazione alla sessualità tra gli adolescenti sia all'interno delle scuole che degli spazi giovani;
- organizzazione dei percorsi di presa in carico delle donne che richiedono l'IVG, e l'attivazione di procedure condivise con le unità ospedaliere di ostetricia e ginecologia e invio, da parte di queste ultime, al consultorio familiare per il colloquio pre-certificato e per la contraccezione post IVG.

6.2 Area screening oncologici

Il servizio consultoriale ha un ruolo importante nella prevenzione e diagnosi dei tumori genitali femminili. Nel progetto regionale di screening del cervico-carcinoma il consultorio familiare è stato individuato come centro di primo livello in quanto presente capillarmente in tutto il territorio



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

regionale, fatta eccezione per le aree urbane che presentano centri di prevenzione oncologica ben organizzati (es. Cagliari).

Lo screening oncologico del cervico-carcinoma per chiamata attiva delle donne target permette di ottimizzare l'attività anche nelle sedi consultoriali cosiddette distaccate e allo stesso tempo di raggiungere le donne più svantaggiate come sede territoriale e non solo.

Il programma di screening deve infatti poter garantire, in prima istanza, l'equità di accesso e, quando necessario, il secondo livello diagnostico-terapeutico e il follow-up.

L'operatore sanitario del consultorio familiare, responsabile del primo livello diagnostico (pap-test), è l'ostetrica che, insieme anche agli altri professionisti consultoriali, ha le competenze e gli strumenti per collaborare con le risorse istituzionali e non, presenti nel territorio, alla programmazione e all'organizzazione delle campagne informative e di sensibilizzazione, sia per lo screening del cervico-carcinoma che per il carcinoma del seno.

Inoltre la chiamata attiva in consultorio di donne per la diagnosi del cervico-carcinoma rappresenta anche una possibilità per sensibilizzarle non solo in ambito della prevenzione oncologica.

Uno dei problemi fondamentali nell'ambito degli screening organizzati è rappresentato dal basso tasso di risposta da parte della popolazione target. Il consultorio deve avere un ruolo trainante nella promozione della partecipazione delle donne e favorirne quindi l'adesione in tutte le fasi dello screening.

Azioni prioritarie:

- azioni di sensibilizzazione delle donne non rispondenti e coinvolgimento dei MMG per il richiamo a tre mesi dal primo invito;
- invito alle donne immigrate, con la traduzione nella loro lingua;
- indagini, anche attraverso l'assistente sociale, sull'identikit delle non responders al fine di avviare azioni di sensibilizzazione;
- sensibilizzazione di tutti i professionisti delle aziende sanitarie e in particolare dei MMG. sull'efficacia e la necessità di promuovere la partecipazione della popolazione target agli screening oncologici;
- particolare cura all'accoglienza e alla presa in carico nel percorso diagnostico terapeutico e alla integrazione tecnico, organizzativa, istituzionale di tutti gli attori coinvolti nello screening. Risultano di particolare importanza le campagne informative/formative e il monitoraggio e i controlli di qualità in tutte le fasi dello screening.

6.3 Area della violenza di genere

L'OMS nel 1995 ha definito la violenza di genere o violenza contro le donne "il più grande problema di salute pubblica, e di diritti violati in tutto il mondo, che deve coinvolgere tutti gli



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

operatori socio-sanitari nella prevenzione del fenomeno e nel trattamento delle conseguenze in termini di danni alla salute fisica e psichica”.

Il Consiglio d'Europa con la raccomandazione n. 1582 del 27 settembre 2002 per gli Stati membri indica “l'elaborazione di un piano d'azione nazionale per la lotta alla violenza contro le donne, per le conseguenze psichiche, psico-sociali e sul piano della salute, con ricadute importanti sul sistema sanitario e sul mercato del lavoro..”

In Italia la materia è disciplinata dalla Legge del 15 febbraio 1996 n. 66 “Norme contro la violenza sessuale”; la recente Legge regionale del 7 agosto 2007, n. 8, prevede l'istituzione di centri antiviolenza e di case di accoglienza per le donne vittime di violenza.

In assenza di dati nazionali e regionali epidemiologici e statistici, a causa di un numero ridotto di denunce per questo reato, l'ISTAT ha cercato negli ultimi anni di quantificare la portata del fenomeno in Italia, stimando che il 51,6% delle donne intervistate, subisce molestie sessuali, il 3,6% tentati stupri e lo 0,6% stupri. Inoltre circa duecentocinquanta donne al giorno subiscono aggressioni fisiche e nel 75% delle donne uccise è avvenuta per mano di partner o ex partner.

Percorso antiviolenza (creazione di una rete antiviolenza)

Nell'ambito della definizione delle azioni di contrasto alla violenza sulle donne e i bambini, occorre prevedere un modello di accoglienza di genere, attraverso informazioni e accompagnamento delle donne ai servizi sanitari e a quelli sociali, al fine di garantirle sul piano della sicurezza e su quello della risposta. Ciò non può prescindere dalla ridefinizione del sistema dei servizi con la costituzione di una integrazione delle strutture interessate: ASL, istituzioni, associazioni delle donne, anche delle migranti, forze sociali, tribunale per i minorenni, autorità scolastiche ecc.. Nell'ambito del PLUS vanno socializzati obiettivi e risultati, tra i servizi e le azioni che già si rivolgono alle donne, tale percorso è finalizzato alla presa in carico complessiva delle situazioni, al fine di evitare sovrapposizioni e sprechi di energie.

Azioni prioritarie:

- azioni di sensibilizzazione e campagne di informazione sulla violenza di genere;
- azioni educazione, prevenzione e cura;
- attivazione di punti di ascolto antiviolenza nei consultori familiari che si raccordano ai pronto soccorso dei presidi ospedalieri, alle Unità operative di ostetricia e ginecologia e ai centri territoriali di cui alla LR 8/2007;
- rivolgere particolare attenzione alle donne migranti in quanto esposte ad un maggior rischio di violenza sessuale per il loro status di migranti, per una maggior difficoltà sulle possibilità di intervento e sull'efficacia degli strumenti di cui si dispone;
- attivazione dell'integrazione degli interventi nell'ambito dei PLUS con l'obiettivo di evitare la clandestinità e lo sfruttamento sessuale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

6.4 Area giovani

L'OMS ha dato precise indicazioni sulla necessità di costruire iniziative di promozione della salute che determinino assunzione di responsabilità, di consapevolezza e di crescita da parte degli adolescenti nei confronti della propria salute, compresa quella riproduttiva, attraverso un processo di empowerment in grado di potenziare capacità decisionali e scelte consapevoli.

L'OMS indica la necessità di attivare progetti sulla salute nelle scuole. A tal fine i diversi attori coinvolti nei progetti salute-giovani adatteranno protocolli d'intesa con le direzioni scolastiche e con tutti i soggetti interessati (famiglia, istituzioni, servizi sociosanitari, gruppi formali, associazioni di volontariato ecc) in modo che progetti e interventi di sistema siano condivisi e concertati in modo integrato sul territorio.

Percorso giovani e adolescenti

Occorre individuare i fattori di rischio individuali e di contesto quali: carenza di adulti significativi di riferimento, istituzione scolastica frammentaria, appartenenza a famiglie multiproblematiche, difficoltà nella comunicazione e nelle relazioni con gli altri, gravidanze non desiderate e programmate, interruzioni volontarie di gravidanza, malattie sessualmente trasmissibili, dipendenze, diete inadeguate (anoressia, bulimia), obesità infantile, abusi fisici e sessuali, aspetti antisociali e di illegalità, ecc.

Uno degli ambiti di intervento privilegiati per la prevenzione del disagio giovanile è la scuola.

L'azione del consultorio familiare nel contesto scolastico deve integrarsi con quella delle figure di riferimento per il bambino e per l'adolescente: gli insegnanti, i genitori, i Pediatri di Libera scelta, gli esperti nei vari ambiti e il gruppo dei pari e nel contesto più ampio dei servizi socio sanitari deve integrarsi con le altre unità operative specialistiche sulle problematiche specifiche (alcolismo, abuso/dipendenza in adolescenza, dipendenze comportamentali, ecc.).

Interventi di prossimità

Gli "interventi di prossimità" rappresentano una modalità sviluppatasi per superare le difficoltà di accesso della popolazione giovanile nei confronti di servizi socio-sanitari vissuti come inutili, lontani o addirittura stigmatizzanti. Sono strutturati in maniera da creare una atmosfera informale che faciliti la relazione, la costruzione di percorsi di auto aiuto, l'accompagnamento verso i servizi specialistici. Questo tipo di interventi si rivolge ai giovani che rappresentano la fascia di popolazione più esposta a comportamenti a rischio sanitario e sociale, e alle famiglie. In età adolescenziale il disagio si connota spesso in termini più generali e tali da richiedere una forte integrazione da parte dei diversi attori, del pubblico e del privato sociale e volontariato, che a vario titolo si occupano di questa popolazione.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il consultorio familiare partecipa a queste modalità di intervento costruendo un percorso “in rete” con i servizi per la salute mentale, per le dipendenze e per la neuropsichiatria infantile, con il coinvolgimento delle organizzazioni del privato sociale, del volontariato e di auto-aiuto presenti sul territorio.

Azioni prioritarie:

- sviluppo di spazi giovani all'interno del consultorio, in particolare per iniziative di ascolto, di incontro, di auto aiuto in collaborazione con i servizi sanitari, gli enti locali, le associazioni di volontariato e altri organismi interessati all'area giovani;
- attivazione di azioni sul territorio e in collaborazione con la scuola, anche attraverso protocolli operativi, mirate a diffondere nei giovani una cultura della responsabilità nell'ambito dell'affettività e sessualità;
- coinvolgimento e responsabilizzazione degli adulti: genitori, insegnanti e altri adulti di riferimento;
- formazione degli operatori sociosanitari coinvolti nei progetti educativi con gli insegnanti e gli educatori per promuovere messaggi positivi e per individuare precocemente i disagi e i rischi.

Vaccinazione anti- HPV (virus del papilloma umano)

L'Infezione da HPV è una delle malattie sessualmente trasmesse più diffuse, responsabile di lesioni condilomatose genitali, nonché del 70% dei tumori squamosi della cervice uterina. Il vaccino previene le lesioni causate da HPV 16 e 11, responsabili del 90% dei conditomi genitali, e da HPV 16 e 18 responsabili di circa il 70% del carcinoma squamoso del collo dell'utero.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha deliberato, in data 28/02/2007, la rimborsabilità del vaccino anti HPV, classificandolo in classe H.

Il Ministero della Salute ne ha previsto la distribuzione gratuita, per l'anno 2008, con oneri a carico del SSN, per le giovani nate nel 1996: l'età scelta è quella compresa nella finestra di migliore risposta immunologica al vaccino, in un periodo in cui verosimilmente non è ancora iniziata l'attività sessuale con rischi di contagio del virus.

La vaccinazione anti HPV per le adolescenti non può essere considerata un puro intervento di prevenzione primaria in quanto presenta implicazioni più complesse sotto il profilo culturale e comportamentale: occorre pertanto attivare azioni che portino all'assunzione di responsabilità e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili; inoltre deve essere prevista la sensibilizzazione anche dei genitori attraverso un *counselling* adeguato.

Per facilitare l'adesione alla vaccinazione preventiva è necessario promuovere l'integrazione tra le diverse unità operative distrettuali quali i consultori familiari, i servizi vaccinali dell'igiene pubblica, i PLS, i MMG, i genitori, sia singoli che in forma associata, le scuole ecc.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In particolare il consultorio familiare si pone, grazie alle sue competenze multidisciplinari, come la struttura maggiormente in grado di offrire i corsi specifici sulla sessualità consapevole e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, in grado di offrire un setting adeguato alle ragazze e ai genitori: è raccomandabile che la vaccinazione venga attivata previo setting informativo genitore-adolescente, nel consultorio familiare in collaborazione con i medici del Dipartimento di prevenzione.

Azioni prioritarie:

- formazione degli operatori coinvolti nelle campagne vaccinali;
- coordinamento tra i vari attori coinvolti al fine di garantire il monitoraggio del programma con indicatori per la valutazione di processo e di risultato (liste inviate, tasso di partecipazione, copertura della popolazione target).

6.5 Area migranti

Il Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006 – 2008 pone particolare attenzione alle donne straniere residenti o domiciliate in Sardegna in quanto generalmente esposte a maggiori fattori di rischio per la salute, specie durante le fasi della vita riproduttiva, e quindi prevede “l’attivazione di percorsi specifici per la tutela della salute delle donne migranti, nel rispetto delle culture di appartenenza, anche attraverso interventi di mediazione linguistico-culturale”.

In generale ancora oggi esistono pregiudizi che impediscono la piena inclusione delle migranti e ne favoriscano una stabile integrazione; problematiche culturali e di comunicazione spesso rendono inefficace l’accesso e la fruizione dei servizi e, come affermato nella Dichiarazione di Amsterdam 2005, “la mancanza di informazioni sui servizi disponibili è una delle ragioni che porta a non adottare opportuni comportamenti volti a prevenire le malattie”.

Difficoltà particolari sussistono per la donna in gravidanza che, assieme all’esperienza della migrazione vive una situazione di grande insicurezza e ansia. Al riguardo si evidenzia che nell’anno 2004 si sono registrate n. 327 nascite relative a donne straniere, principalmente africane, asiatiche, americane, di altri paesi europei ecc. (Fonte: CEDAP, elaborati dall’Osservatorio epidemiologico regionale).

Percorso salute migranti

Occorre porre particolare attenzione alla fase di adattamento delle donne nel processo migratorio dove le difficoltà sociali e relazionali spesso accentuano il problema dell’interruzione della gravidanza indesiderata e quindi il ricorso all’aborto. Per quanto riguarda l’IVG, occorre evitare che soprattutto le migranti irregolari, non essendo a conoscenza dei servizi o per altri motivi, ricorrano ad operatori non qualificati.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Occorre sviluppare programmi che considerino le specificità legate alla cultura di provenienza: le donne migranti tendono a vivere la gravidanza come un evento fisiologico legato alla propria cultura e trovandosi sradicate dalla famiglia, possono avere difficoltà nel partorire in ospedali asettici con problemi di relazione con gli operatori.

Azioni prioritarie:

- attivare programmi di prevenzione e informazione a tutela della salute della donna migrante, soprattutto se in situazioni di particolari fragilità e di irregolarità;
- istituire spazi e modalità stabili di intervento per l'accoglienza e l'accompagnamento delle donne migranti in gravidanza. L'accoglienza, soprattutto per le donne di recente immigrazione, deve essere effettuata da operatori preparati all'incontro con le etnie maggiormente rappresentate, focalizzando l'attenzione sulle necessità delle singole donne;
- attivare progetti integrati tra consultori familiari, reparti ospedalieri, Comuni, volontariato, cooperative sociali, associazioni di donne migranti e italiane.

7. Formazione degli operatori e aggiornamento

Le ASL e le Aziende Ospedaliere, in raccordo con l'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, come indicato nel Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008, promuovono percorsi di formazione continua degli operatori, volto alla valorizzazione delle risorse umane, al raggiungimento degli obiettivi in termini di efficienza delle prestazioni e qualità dei servizi.

La formazione degli operatori deve essere programmata a livello di dipartimento funzionale materno infantile e integrata tra livello territoriale e ospedaliero.

La formazione, a carattere multidisciplinare, deve essere comprensiva sia degli aspetti sanitari che delle problematiche sociali, culturali e psicologiche collegate alle diverse aree di intervento dell'attività consultoriale, al fine di costruire percorsi di assistenza integrati e globali.

I corsi di formazione e aggiornamento nell'area materno-infantile devono essere finalizzati prioritariamente:

- facilitazione della cultura dell'integrazione tra gli operatori che incentivi lo scambio delle competenze e alla costruzione di percorsi condivisi;
- preparazione alla nascita e alla genitorialità con la partecipazione sia degli operatori dei consultori familiari che ospedalieri;
- promozione della gravidanza fisiologica e del parto fisiologico con la partecipazione integrata tra operatori dei consultori e dei punti nascita, con l'obiettivo della riduzione del parto cesareo;
- allattamento al seno;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- problematiche multietniche in merito alla contraccezione, alla riduzione delle malattie sessualmente trasmissibili col coinvolgimento e responsabilizzazione dei partner;
- ai temi degli abusi e della violenza sessuale di genere con il coinvolgimento degli operatori dei consultori familiari e degli ospedalieri.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

TAB. 1 – Personale in servizio presso i consultori familiari - nuovo assetto territoriale ASL

ASL di riferimento	Ginecologi	Pediatri	Psicologi	Ostetriche	Ass. sociali	Ass. sanitarie e puericultrici	Altri	Sedi	equipe complete a tempo pieno
ASL n° 1 Sassari	8	8	8	10	10	9	10	13	8
ASL n° 2 Olbia	3	2	3	4	3	2	4	3	3
ASL n° 3 Nuoro	1*	2	7	6	4	2	1	12	1
ASL n° 4 Lanusei	1	1	2	2	1	2	1	2	1
ASL n° 5 Oristano	1	6	6	8	6	5	1	10	1
ASL n° 6 Sanluri	3	3	4	5	2	0	0	6	0
ASL n° 7 Carbonia	5	2	2	9	2	2	1	11	2
ASL n° 8 Cagliari	15	12	14	17	12	6	4	19	6
Totale	37	36	46	61	40	28	22	76	22

* 4 ginecologi di cui 1 a tempo pieno e 2 ospedalieri part - time 1 ginecologo specialista ambulatoriale interno (1 accesso alla settimana)

Fonte: ricognizione dell'Assessorato Igiene e Sanità e Assistenza Sociale al mese di ottobre 2007



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 1 - Sassari

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 1 risulta che attualmente sono presenti 13 sedi consultoriali uniformemente distribuite sul territorio, con equipe incomplete e personale a scavalco in più sedi.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 8 *sedi principali* e di 5 *sedi distaccate*.

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa afferenza.

Rete dei consultori Asl Sassari	
Sedi principali	Sedi distaccate
Sassari (n. 2 sedi; n. 3 equipe)	Ploaghe Perfugas
Castelsardo	Nulvi
Porto Torres	
Alghero	
Sorso	
Ittiri	Thiesi
Ozieri	Bono
8 sedi principali	5 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 9 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

8 ginecologi, 8 pediatri, 8 psicologi, 10 ostetriche, 10 assistenti sociali, 9 ass. sanitarie, 10 altro personale

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

1 ginecologo, 1 pediatra, 1 psicologo.

Personale ricollocabile all'interno dell'Asl:

1 ostetrica, 1 assistente sociale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 2 - Olbia

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 2 risulta che attualmente sono presenti 3 sedi consultoriali con una distribuzione territoriale che vede la parte sud –ovest dell'azienda totalmente scoperta.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 3 *sedi principali* e di 3 *sedi distaccate*. Rispetto alla situazione attuale è prevista l'istituzione di 3 nuove sedi distaccate a Budoni (afferenza consultorio di Olbia), La Maddalena (afferenza consultorio di Arzachena) e Trinità D'Agultu (afferenza consultorio di Tempio).

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa afferenza.

Rete dei consultori Asl Olbia	
Sedi principali	Sedi distaccate
Olbia (n. 2 equipe)	Budoni (nuova istituzione)
Arzachena	La Maddalena (nuova istituzione)
Tempio	Trinità D'Agultu (nuova istituzione)
3 sedi principali	3 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 4 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

3 ginecologi, 2 pediatri, 3 psicologi, 4 ostetriche, 3 assistenti sociali, 2 assistenti sanitarie, 4 altro personale.

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

1 ginecologo, 2 pediatri, 1 psicologo, 1 assistente sociale, 2 assistenti sanitarie.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 3 - Nuoro

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 3 risulta che attualmente sono presenti 12 sedi consultoriali uniformemente distribuite sul territorio, con carenza di alcune figure professionali e personale a scavalco in più sedi e tra servizi ospedalieri, poliambulatoriali e consultoriali.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 5 *sedi principali* e di 7 *sedi distaccate*.

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa afferenza.

Rete dei consultori Asl Nuoro	
Sedi principali	Sedi distaccate
Nuoro	Bitti Dorgali
Siniscola	Orosei
Sorgono	Desulo Aritzo
Gavoi	Orgosolo Fonni
Macomer	
5 sedi principali	7 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 5 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

1 ginecologo, 2 pediatri, 7 psicologi, 6 ostetriche, 4 assistenti sociali, 2 assistenti sanitarie, 1 altro personale

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

4 ginecologi a tempo pieno, 3 pediatri, 1 assistente sociale e 3 assistenti sanitarie.

Personale ricollocabile all'interno dell'Asl:

2 psicologi, 1 ostetrica.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 4 - Lanusei

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n°4 risulta che attualmente sono presenti 2 sedi consultoriali, con carenze nel territorio periferico caratterizzato anche da viabilità deficitaria.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 2 *sedi principali* e di 3 *sedi distaccate*. Rispetto alla situazione attuale è prevista l'istituzione di tre nuove sedi distaccate: a Jerzu e Urzulei (afferenza consultorio di Tortoli) e a Seui (afferenza consultorio di Lanusei).

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa afferenza.

Rete dei consultori Asl Lanusei	
Sedi principali	Sedi distaccate
Tortoli	Jerzu e Urzulei (entrambe di nuova istituzione)
Lanusei	Seui (nuova istituzione)
2 sedi principali	3 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 2 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

1 ginecologo, 1 pediatra, 2 psicologi, 2 ostetriche, 1 assistente sociale, 2 assistenti sanitarie, 1 altro.

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

1 ginecologo, 1 pediatra e 1 assistente sociale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 5 - Oristano

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 5 risulta che attualmente sono presenti 10 sedi consultoriali uniformemente distribuite sul territorio, con carenza di alcune figure professionali e personale a scavalco in più sedi.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 5 *sedi principali* e di 6 *sedi distaccate*.

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa afferenza.

Rete dei consultori Asl Oristano	
Sedi principali	Sedi distaccate
Oristano	Cabras
Terralba	
Ales	Mogoro, Villa S. Antonio
Ghilarza	Santulussurgiu Busachi (nuova istituzione)
Bosa	Cuglieri
5 sedi principali	6 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 5 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

1 ginecologo, 6 pediatri, 6 psicologi, 8 ostetriche, 6 assistenti sociali, 5 assistenti sanitarie, 1 altro personale

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

4 ginecologi

Personale ricollocabile all'interno dell'Asl:

1 pediatra, 1 psicologo, 3 ostetriche, 1 ass. sociale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 6 - Sanluri

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 6 risulta che attualmente sono presenti 6 sedi consultoriali uniformemente distribuite sul territorio, con carenza di alcune figure professionali, assenza completa di assistenti sanitarie e personale a scavalco in più sedi.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 4 *sedi principali* e di 2 *sedi distaccate*.

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa referenza.

Rete dei consultori Asl Sanluri	
Sedi principali	Sedi distaccate
Sanluri	Villamar- Lunamatrona
Villacidro	
San Gavino M.	Guspini
Serramanna	
4 sedi principali	2 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 4 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

3 ginecologi, 3 pediatri, 4 psicologi, 5 ostetriche, 2 assistenti sociali.

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

1 ginecologo, 1 pediatra, 2 assistenti sociali, 4 assistenti sanitarie

Personale ricollocabile all'interno dell'Asl:

1 ostetrica



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 7 - Carbonia

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 7 risulta che attualmente sono presenti 11 sedi consultoriali uniformemente distribuite sul territorio, con carenza di alcune figure professionali e personale a scavalco in più sedi.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 5 *sedi principali* e di 7 *sedi distaccate*.

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa referenza.

Rete dei consultori Asl Carbonia	
Sedi principali	Sedi distaccate
Carbonia	Portoscuso
Sant'Antioco	Carloforte San G. Suergiu
Giba	Narcao Santadi
Iglesias	Gonnesa, Fluminimaggiore (nuova istituzione)
Domusnovas	
5 sedi principali	7 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 5 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

5 ginecologi, 2 pediatri, 2 psicologi, 9 ostetriche, 2 assistenti sociali, 2 assistenti sanitarie - vigilatrice di infanzia, 1 altro personale.

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

3 pediatri, 3 psicologi, 3 assistenti sociali e 3 assistenti sanitarie.

Personale ricollocabile all'interno dell'Asl:

4 ostetriche.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL n° 8 - Cagliari

Dalla ricognizione effettuata nell'Azienda Sanitaria Locale n° 8 risulta che attualmente sono presenti 19 sedi consultoriali uniformemente distribuite sul territorio, con l'eccezione del Sarrabus (totalmente scoperto), con carenza di alcune figure professionali e con personale a scavalco in più sedi.

Ipotesi di riorganizzazione

La riorganizzazione della rete dei consultori prevede la presenza di 15 *sedi principali* e di 7 *sedi distaccate*. Rispetto alla situazione attuale è prevista una nuova sede principale a Muravera (per i Comuni di Muravera, Villaputzu, Ballao, Burcei, San Vito, totalmente scoperti) e una nuova sede distaccata a Cagliari, nel quartiere di S. Elia, considerato ad alto rischio sociale.

La scelta delle sedi principali è effettuata tenuto conto della viabilità, della centralità rispetto al bacino di utenza e dello stato dei locali.

Le *sedi principali* devono disporre dell'equipe completa e a tempo pieno.

Nella tabella seguente sono individuate le *sedi principali* e le *sedi distaccate* con la relativa referenza.

Rete dei consultori Asl Cagliari	
Sedi principali	Sedi distaccate
Cagliari (n. 3 sedi e n. 4 equipe)	quartiere S.Elia Cagliari (nuova istituzione)
Quartu S.E. (n. 2 equipe)	
Dolianova	
Sinnai	
Monsserrato-Pirri	
Capoterra	Teulada, Pula (nuova istituzione)
Selargius	
Assemini	
Sestu	
Decimomannu	Villasor
Senorbì	
Isili	Orroli, Sadali
Muravera (nuova istituzione)	Villasimius
15 sedi principali	7 sedi distaccate

Equipe necessarie a regime per la piena funzionalità del servizio: 17 equipe complete.

Dotazione attuale (come da recente ricognizione):

15 ginecologi, 12 pediatri, 14 psicologi, 17 ostetriche, 12 assistenti sociali, 6 assistenti sanitarie, 4 altro personale.

Fabbisogno ulteriore rispetto alla dotazione attuale (da individuare prioritariamente all'interno dell'Asl):

2 ginecologi, 5 pediatri, 3 psicologi, 5 assistenti sociali, 11 assistenti sanitarie.