

A woman in a blue jumpsuit is pushing a stroller with a child in it. They are in front of a building with green shutters and laundry hanging on a line. The scene is outdoors, possibly in a courtyard or street.

Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per le reti dei servizi e delle comunità

Una ricerca-(form)azione partecipata in Emilia-Romagna

Vol. 1 Dalla genealogia al futuro dei Consultori Familiari

Dalla storia dei Consultori Familiari alle nuove sfide per le reti dei servizi e delle comunità

Una ricerca-(form)azione partecipata in Emilia-Romagna

Vol. 1 Dalla genealogia al futuro dei Consultori Familiari

Volume a cura della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare:

Giulia Rodeschini, Maria Augusta Nicoli, Luigi Palestini, Tatiana Saruis
(attualmente o negli anni passati, Agenzia sanitaria e sociale regionale e successivamente
Area Innovazione sociale, Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali – coordinatrice dell'Area
Monica Pedroni)

Bruna Borgini, Silvana Borsari, Michela Bragliani, Elena Castelli, Simona Di Mario, Carla Verrotti di Pianella
(attualmente o negli anni passati, Area Salute Donna, Infanzia, Adolescenza e Genitorialità,
Settore Assistenza territoriale responsabile Fabia Franchi)

Ilaria Folli (Area Infanzia e adolescenza, pari opportunità, Terzo settore
Settore Politiche sociali, di inclusione e pari opportunità responsabile dell'Area Monica Raciti)

Con la collaborazione di:

Per la sezione 1

L'équipe di ricerca: Annalisa Bergonzoni, Nicola Bolzoni, Cristina Boschetti, Martina Croci, Elvira Di Biase,
Lorenza Dodi, Barbara Galanti, Oriana Gasperoni, Maria Concetta La Mantia, Gianfranco Martucci,
Michele Mastroberardino, Maria Pandolfi, Marilena Pedroni, Giada Recchia, Ivonne Zoffoli.

Associazione Unione Donne Italiane: Loredana Bondi, Rosanna Galli, Katia Graziosi, Giovanna Piaia,
Laura Piretti, Loretta Serra, Liviana Zagagnoni

Tutti/e i/le partecipanti alle diverse fasi della ricerca, e in particolare: operatori/trici e utenti di tutti i
servizi coinvolti, le associazioni e gruppi di cittadini/e che hanno dato il loro contributo; Giovanni Fattorini
e Simonetta Simoni; Renata Bortolus, Serena Donati e Laura Lauria, Laura Fruggeri, Emerson Elias Merhy,
Alcindo Antonio Ferla, Ricardo Burg Ceccim, Sara Galeotti

Per la sezione 2

Le cabine di regia territoriali per le sperimentazioni territoriali: Marcella Falcieri, Roberta Consorte,
Maria Nobile De Santis, Stefania Guidomei (AUSL di Bologna); Antonella Brunelli, Erika Bocchini,
Katia Casadei, Antonella Salvati (AUSL della Romagna); Maria Laura Bastai, Monica Dotti, Antonio Granata,
Marina Mastinu, Giorgia Regnani, Daniela Spettoli, Kindi Taila, Stefania Travagli, Gabriella Tritta,
Roberta Valentini (AUSL di Modena); Carla Verrotti Di Pianella, Monica Bertelli, Valentina Moglia,
Nicoletta Orsi, Aida Ranjbari (AUSL di Parma); Barbara Dallatomasina, Elisa Barilli, Daniela Bertani,
Lorenza Gennari, Marika Incerti, Federica Mora, Marilena Pedroni (AUSL di Reggio Emilia).

Tutti/e i/le partecipanti alle diverse fasi delle sperimentazioni, e in particolare: operatori/trici e utenti di
tutti i servizi coinvolti, le associazioni e gruppi di cittadini/e che hanno dato il loro contributo, Giulia Selmi.

Per la sezione 3

Ricardo Burg Ceccim, Laura Fruggeri, Matheus Madson Lima Avelino, Emerson Elias Merhy,
Nathália Rosa, Clarissa Terenzi Seixas per la scrittura dei contributi.

Elisa Adami e Alessia Benizzi, Martina Consoloni, Stefano Simoni per la traduzione e l'editing dei testi.

Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli

Immagine di copertina: particolare da una fotografia di Gino Pellegrini,
per gentile concessione di Osvalda Clorari

Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, maggio 2025

Sommario

Presentazione di *Massimo Fabi*

Assessore alle Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

7

Vol. 1 Dalla genealogia al futuro dei Consulitori Familiari

**Sezione 1: Dalla genealogia al futuro dei Consulitori Familiari:
una ricerca-(form)azione partecipata (2017-2019)**

9

1. Introduzione 11
2. La cornice politica e legislativa
entro cui si sono affermati ed evoluti i Consulitori Familiari 13
3. I meccanismi generatori dei Consulitori Familiari delle origini 21
4. L'evoluzione della cultura consultoriale dagli anni '90 ad oggi 28
5. Le strategie per attualizzare i meccanismi generatori
e le traiettorie evolutive per i Consulitori Familiari 43
6. Sintesi dei risultati 52
7. Il percorso e la metodologia della ricerca-(form)azione partecipata 53
8. Appendice legislativa 64
9. Bibliografia e sitografia 71

Vol. 2 Sperimentazioni, contributi e riflessioni (2019-2025)

**Sezione 2: Le sperimentazioni attivate
nei territori dell'Emilia-Romagna (2020-2023)**

75

1. Introduzione 77
2. Spazi di tramando (Bologna e Reggio Emilia) 78
3. PerCorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità
(Reggio Emilia e Cesena) 93
4. Spazi giovani adulti e accoglienza del maschile (Modena) 107
5. Identità di genere e orientamenti sessuali (Parma) 126
6. Accesso e accoglienza (Bologna) 145
7. Dalla storia dei Consulitori Familiari alle nuove sfide per la rete dei servizi.
Una giornata di confronto e riflessioni verso il futuro 153

Sezione 3: Epilogo a più voci: contributi e riflessioni (2019-2025)

155

1. Famiglie d'oggi. Dalla famiglia normativa alle diverse normalità
2. L'altro/a nel suo modo di esistere come ricercatore/trice-intercettore/a:
costruzione di concetti-strumenti per ricerche in salute in cui tutti/e
sono ricercatori/trici nel campo di studio 165
3. La ricerca-azione AllattaCoRER: per una progettazione condivisa
dell'assistenza dopo la nascita durante la pandemia 179
4. Consultorio familiare in Brasile: dall'apprendistato con l'Italia
all'invenzione della "differenza brasiliana" 189

Presentazione

La pubblicazione di questo report di ricerca, dedicato alla evoluzione dei Consultori Familiari nella Regione Emilia-Romagna, è particolarmente preziosa in questa fase storica, in quanto nell'illustrarne le tappe legislative e di attuazione più significative a livello nazionale e regionale, offre elementi utili e significativi per comprendere, dalla viva voce di chi ha contribuito a crearli e di coloro che quotidianamente sono impegnati a garantirne la funzionalità, le attuali potenzialità e sfide da affrontare.

La legge nazionale di istituzione dei consultori, la 405 del 1975, sanciva la nascita di una tipologia di struttura sanitaria allo scopo di intervenire in sostegno alla famiglia o al singolo, delegando alle Regioni i criteri di programmazione, funzionamento e gestione del servizio.

La scelta della Regione Emilia-Romagna, con la L.R. 22 del 1976 dal titolo "Istituzione del servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'Infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia" (legge abrogata dall'art. 29 L.R. 14 agosto 1989 n. 27) fu quella di riconoscere da subito l'importanza di tali servizi come punti strategici nell'articolazione della rete dei servizi sanitari e sociali ed ambiti privilegiati nei quali sviluppare "le più ampie forme di partecipazione degli utenti nonché degli enti, degli organismi di decentramento comunale e delle associazioni, in particolare femminili, nei quali si esprimono democraticamente gli interessi e le volontà delle popolazioni" come previsto dall'art. 16 "Gestione sociale del servizio" della legge sopra menzionata.

La partecipazione si collocava in un "periodo di grande entusiasmo in cui l'esercizio della professione e la militanza sociale e politica si sovrapponevano, strettamente intrecciata con quella dei movimenti femminili, al ruolo complessivo assunto dalla donna nella famiglia e nella società moderna".

A distanza di 50 anni dalla loro nascita il contesto politico, istituzionale, culturale ed economico del Paese è profondamente mutato. Ciò nonostante, gli obiettivi originari dei Consultori Familiari sono rimasti immutati. Tanto più in una regione come l'Emilia-Romagna che ha contribuito fortemente a delineare un sistema di welfare orientato all'universalismo e all'equità, ma anche alla capacità di coniugare libertà e solidarietà.

Questi ultimi anni sono stati caratterizzati da grandi difficoltà del Sistema Sanitario Nazionale, determinate in parte dalla pandemia ma anche dalla struttura fragile di tutto il sistema, sotto-finanziato da molti anni e con una enorme difficoltà nel reperimento del personale sanitario, in particolare di infermieri e medici, anche a causa di una programmazione formativa universitaria non sempre proporzionata alle esigenze. Inevitabilmente anche i consultori familiari hanno risentito di queste problematiche, con conseguente necessità di razionalizzazione delle risorse umane ed economiche.

Nel 2022, anche in risposta alle fragilità del sistema sanitario evidenziate dalla crisi pandemica, l'adozione da parte del Governo del Decreto Ministeriale n. 77 ha definito nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, ivi compresi i consultori familiari. I focus principali del provvedimento sono orientati a migliorare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, la presa in carico preventiva, la prossimità degli interventi ai cittadini e lo sviluppo di reti multiprofessionali. Temi centrali anche nelle esperienze dei consultori familiari e che avrebbero dovuto portare a una significativa innovazione complessiva dell'assistenza territoriale. Purtroppo, il DM 77/2022 è stato emanato carente di quelle risorse necessarie destinate ad una sua applicazione, lasciando in grande difficoltà le Regioni sia nella sua applicazione che nella sostenibilità complessiva dell'offerta dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

Il presente report documenta il percorso di ricerca-azione e formazione partecipata *"I Consultori Familiari: quali traiettorie future?"* sviluppato dal 2017 al 2019 da una équipe di ricerca formata da operatori/trici della rete dei servizi e coordinate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, ora diventato Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali della Direzione Cura della persona, salute e welfare. Tale percorso si è proposto di analizzare il funzionamento dei Consultori Familiari adottando una prospettiva organizzativa, per cogliere nella pratica l'evoluzione di tali servizi intesi come "servizi di frontiera", in quanto rappresentano, per le ragioni che sono alla base della loro istituzione, un caso esemplare di condivisione valoriale tra componente professionale e utenza, in particolare i movimenti delle donne.

Nel mettere in luce gli "ingredienti" che hanno reso possibile la loro realizzazione come "servizi di frontiera", innovativi e istitutivi di nuove modalità organizzative e culturali nel sistema sanitario nazionale italiano, il rapporto di analisi ha identificato degli elementi definiti "meccanismi generatori delle origini" per rendere esplicita la base di senso e di pensiero che ha fatto da sfondo allo sviluppo di questi servizi. Offrendo inoltre una panoramica sull'evoluzione dagli anni '90 ad oggi ed individuando traiettorie che, in relazione ai cambiamenti culturali ed organizzativi, hanno portato ad una trasformazione della cultura consultoriale spesso in contraddizione con i valori e i principi della loro prima fase di sviluppo e affermazione.

La caratteristica fondamentale dei servizi consultoriali, oltre alla ramificazione territoriale che li rende dei veri e propri servizi di prossimità (in Emilia-Romagna sono presenti 172 Consultori Familiari, 48 Spazi Giovani, 39 Spazi Giovani Adulti e 11 Spazi Donne Immigrate e loro Bambini), consiste nell'approccio multidisciplinare che si esprime con la compresenza di diverse figure professionali (ginecologa/o, ostetrica/o, psicologa/o, ecc). E' questo approccio che conferisce ai servizi consultoriali la loro peculiarità di visione globale della salute della donna e della coppia e li distingue da ambulatori specialistici.

Nel 2024 l'utenza che si è rivolta ai servizi consultoriali è pari a 360.558 (il 12,7% della popolazione residente target), di cui il 17,0 % è di origine straniera.

Il 47,1% dell'utenza si rivolge ai servizi consultoriali per la prevenzione oncologica e la promozione della salute, il 23,4% per la ginecologia/andrologia, il 11,5% per la nascita, il 10,3% per il controllo della fertilità, il 2,8% per IVG, l'2,2% per problematiche psicologiche e relazionali e lo 0,7% per la menopausa. Il restante 2,0% si rivolge a questi servizi per altre attività quali alimentazione, sessuologia, sterilità/problemi di fertilità, violenza di genere e sessuale.

La numerosità delle associazioni di volontariato disponibili e la grande varietà nella tipologia di servizi offerti a supporto della donna e/o della famiglia in difficoltà sono a tutt'oggi una ricchezza effettiva a disposizione dell'equipe consultoriale, per assicurare una piena realizzazione di programmi assistenziali.

Il lavoro di ricerca pubblicato restituisce elementi di indirizzo concettuale e conoscitivi per l'orientamento delle strategie politico istituzionali del settore che hanno caratterizzato i Consultori Familiari come "servizi di frontiera".

Massimo Fabi
Assessore alle Politiche per la salute
Regione Emilia-Romagna

Sezione 1

Dalla genealogia al futuro dei Consultori Familiari: una ricerca-(form)azione partecipata (2017-2019)

Questa sezione è stata scritta da Giulia Rodeschini, Maria Augusta Nicoli e Luigi Palestini con la collaborazione di Bruna Borgini, Silvana Borsari, Michela Braglini, Elena Castelli, Simona Di Mario, Ilaria Folli.

Hanno contribuito al percorso di ricerca-(form)azione:

La cabina di regia regionale: Silvana Borsari, Bruna Borgini, Elena Castelli, Maria Augusta Nicoli, Luigi Palestini e Giulia Rodeschini (staff regionale), Loredana Bondi, Rosanna Galli, Katia Graziosi, Giovanna Piaia, Laura Piretti, Loretta Serra, Liviana Zagagnoni (rappresentanza dell'Associazione Unione Donne Italiane)

L'équipe di ricerca: Annalisa Bergonzoni, AOU di Modena; Nicola Bolzoni, AUSL Parma; Cristina Boschetti, AUSL Bologna; Martina Croci, AUSL Piacenza; Elvira Di Biase, AUSL Romagna; Lorenza Dodi, AUSL Parma; Barbara Galanti, AUSL Parma; Oriana Gasperoni, AUSL Romagna; Maria Concetta La Mantia - AUSL Reggio Emilia; Gianfranco Martucci, UNIPR e LILT-RE; Michele Mastroberardino, AOU di Modena; Maria Pandolfi, Ausl Romagna; Marilena Pedroni, AUSL Reggio Emilia; Giada Recchia, UniBo; Ivonne Zoffoli, AUSL Romagna.

Tutti/e i/le partecipanti alle diverse fasi della ricerca, e in particolare: operatori/trici e utenti di tutti i servizi coinvolti, le associazioni e gruppi di cittadini/e che hanno dato il loro contributo; Giovanni Fattorini e Simonetta Simoni; Renata Bortolus (Ministero della salute), Serena Donati e Laura Lauria (Istituto superiore di sanità), Laura Fruggeri (Università degli studi di Parma), Emerson Merhy (Universidade federal do Rio de Janeiro), Alcindo Antonio Ferla, Ricardo Burg Ceccim (Universidade federale do Rio Grande do Sul), Sara Galeotti (Cooperativa Casa del Cuculo).

Note per la lettura:

1. In questa sezione il nome dei diversi servizi e organizzazioni e le afferenze delle persone coinvolte si riferiscono al periodo in cui è stata svolta la ricerca, ovvero 2017-2019. Nello specifico:

- L'Agenzia sanitaria e sociale regionale è diventata nel 2022 "Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali" della Direzione Cura alla persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna
- Il Servizio Attività Territoriali è diventato nel 2022 "Settore Attività Territoriali"
- Le Case della Salute, in ottemperanza al DM77/2022, sono diventate Case di Comunità

2. Nel testo i sostantivi riferiti a ruoli professionali e agli/le utenti si declineranno sia al maschile che al femminile per evitare l'utilizzo del maschile sovraesteso e non inclusivo. Questa scelta ha l'intento di diffondere una cultura di genere basata sul riconoscimento delle differenze.

Articolazione della Sezione

1. Introduzione
2. La cornice politica e legislativa entro cui si sono affermati ed evoluti i Consulitori Familiari
 - 2.1 I CF delle origini: il fermento degli anni '70 e '80
 - 2.2 Gli anni '90 e 2000: crisi e riforme
 - 2.3 Gli anni '10: verso una rinascita dei CF?Scheda aggiornamento dal 2020 al 2025
Scheda: Intanto i Centri per le famiglie dell'Emilia-Romagna
3. I meccanismi generatori dei Consulitori Familiari delle origini
 - 3.1 Cambio di paradigma: dal modello bio-medico tradizionale ai modelli "sanitario-emancipazionista" e "bio-psico-sociale"
 - 3.2 Forte alleanza tra la componente più avanzata delle istituzioni e i movimenti delle donne: il cambiamento di postura di operatori/trici e utenti
 - 3.3 Un'inedita cultura organizzativa caratterizzata da una forte autonomia organizzativa e libertà di sperimentazione
4. L'evoluzione della cultura consultoriale dagli anni '90 ad oggi
 - 4.1 Il processo di "aziendalizzazione" tra approccio prestazionale, standardizzazione e "cuppizzazione"
 - 4.2 Evoluzione della relazione tra "dentro" e "fuori" e tra operatori/trici e società civile
La "rottura" dell'alleanza e il processo di istituzionalizzazione e individualizzazione della partecipazione
Un ulteriore cambio di postura di operatori/trici e utenti
 - 4.3 Verso un servizio veramente "pubblico" con vari inciampi
5. Le strategie per attualizzare i meccanismi generatori e le traiettorie evolutive per i Consulitori Familiari
 - 5.1 Da una visione "analogica" ad una visione "rizomatica": ridefinire l'oggetto del CF come progetto di vita rappresentato da mappe rizomatiche dell'esistenza
 - 5.2 Verso una "rede viva" e rizomatica
 - 5.3 Ricollocare i CF nello spazio pubblico
Il circo e la moschea: due metafore per attualizzare i CF
"Da fuori a dentro": creare "spazi di entrata", spazi di confronto tra utenti e "spazi del tramando"
"Da dentro a fuori": abitare il territorio, gli spazi e i servizi "altri", riempire di senso la programmazione locale e fare da broker/intermediario come istituzione
Dall'"autonomia organizzativa" e "lavoro di équipe" ai processi di soggettivazione dell'"operatore/trice équipe"
6. Sintesi dei risultati
7. Il percorso e la metodologia della ricerca-(form)azione partecipata
 - Fase 1: Genealogia e archeologia delle politiche
 - Fase 2: Studi di caso e osservazione etnografica
 - Fase 3: Laboratori partecipativi
 - Fase 4: Convegno "I Consulitori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future"Legenda
8. Appendice legislativa
9. Bibliografia e sitografia

1. Introduzione

In questa sezione si presenta il percorso di ricerca-(form)azione partecipata "I Consultori Familiari: quali traiettorie future?" sviluppato dal 2017 al 2019 nell'ambito del progetto regionale "Analisi del funzionamento organizzativo dei Consultori Familiari partendo dall'esperienza e dai bisogni di chi ci lavora (professionisti/e) e di chi li frequenta (utenti)".

Il percorso si è proposto di analizzare il funzionamento dei Consultori Familiari (da ora in avanti CF) adottando una prospettiva organizzativa, per cogliere nella pratica l'evoluzione di servizi intesi come "servizi di frontiera", in quanto rappresentano, per le ragioni che sono alla base della loro istituzione, un caso esemplare di condivisione valoriale tra componente professionale e utenza (in particolare, i movimenti delle donne).

La finalità dello studio è stata quella di delineare nuove traiettorie per i servizi consultoriali basate su prassi condivise e attente ai mutamenti sociali, culturali e organizzativi in corso. Per ridefinire il significato delle attività consultoriali e indicare la direzione da seguire, la domanda originaria che ha stimolato l'analisi è stata: *come ri-leggere il rapporto tra l'istituzione formale, deputata alla gestione e alla produzione dei servizi del welfare, e l'azione/partecipazione degli attori sociali professionali e non professionali?*

La ricerca condotta è da intendersi come una "ricerca-(form)azione partecipata", in quanto, oltre a basarsi sulla metodologia della ricerca-azione, si è posta anche come spazio riflessivo e formativo per chi ha partecipato. L'aspetto partecipativo della ricerca è stato enfatizzato sin dalla costruzione della cabina di regia del progetto, composta dallo staff regionale – Silvana Borsari, Bruna Borgini, Elena Castelli del Servizio assistenza territoriale, Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna, e Maria Augusta Nicoli, Luigi Palestini e Giulia Rodeschini dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR) – e da una rappresentanza dell'Associazione Unione Donne Italiane (UDI) che da tempo è in dialogo con la Regione rispetto al tema dei CF. Nell'ottica riflessiva, partecipativa e formativa, inoltre, si è considerato necessario un coinvolgimento di operatori/trici della rete dei servizi della Regione Emilia-Romagna non solo in qualità di intervistati/e, ma anche come ricercatori/trici che potessero contribuire attivamente, da una prospettiva situata (all'interno dei servizi), a tutte le fasi di ricerca. Si è creata così un'équipe di ricerca formata da 14 operatori/trici¹ della rete dei servizi che hanno svolto il lavoro di ricerca insieme al gruppo di coordinamento.

Questa scelta ha avuto una duplice finalità: da un lato, analizzare i CF all'interno di processi di riflessione davvero inclusivi, evitando di effettuare una ricerca "specialistica" che corresse il rischio di restare parallela al dibattito tra chi è protagonista di questi contesti organizzativi o un mero esercizio professionale di ricercatori/trici sociali; dall'altro, in linea con le attività dell'ASSR, dare un'opportunità a operatori/trici dei servizi per formarsi nell'ambito della ricerca sociale, sviluppando uno sguardo "organizzativo" e riflessivo sul proprio contesto lavorativo.

Il percorso di ricerca ha seguito tre assi di lavoro. Il primo è stato quello della "genealogia/archeologia" delle politiche implementate per la costruzione dei servizi consultoriali, che ha avuto come finalità quella di riattivare i percorsi di condivisione che sono stati alla base della nascita dei CF e di mettere in luce gli elementi che hanno favorito l'alleanza tra operatori/trici e comunità. Il secondo asse si è focalizzato sull'analisi del funzionamento dei CF e l'esplorazione di aspettative e bisogni, prevedendo la raccolta e l'analisi di dati quantitativi, ricerche qualitative, documenti legislativi e documenti storici rilevanti per la ricerca. Il terzo asse si è dedicato agli studi di caso per consentire di rimettere l'oggetto di lavoro nel contesto comunitario, coinvolgendo utenti, professionisti/e, amministratori/trici, studenti, associazioni in spazi di partecipazione attiva e riflessione collettiva.

In questa cornice di lavoro, le azioni di ricerca hanno previsto l'utilizzo di diverse tecniche qualitative e partecipative, tra cui: interviste in profondità, focus group, incontri partecipativi, osservazioni etnografiche, *shadowing*, allestimento di spazi dialogici e riflessivi. Queste azioni sono descritte in modo più dettagliato nel capitolo 7 dedicato alla metodologia utilizzata.

¹ Annalisa Bergonzoni, AOU di Modena; Nicola Bolzoni, AUSL Parma; Cristina Boschetti, AUSL Bologna; Martina Croci, AUSL Piacenza; Elvira Di Biase, AUSL Romagna; Lorenza Dodi, AUSL Parma; Barbara Galanti, AUSL Parma; Oriana Gasperoni, AUSL Romagna; Maria Concetta La Mantia, AUSL Reggio Emilia; Gianfranco Martucci, UNIPR e LILT-RE; Michele Mastroberardino, AOU di Modena; Maria Pandolfi, Ausl Romagna; Marilena Pedroni, AUSL Reggio Emilia; Giada Recchia e Costanza Belli, Unibo; Ivonne Zoffoli, AUSL Romagna.

La ricerca presentata è da intendersi come lavoro culturale, ma anche come lavoro da restituire ai decisori e agli/lle operatori/trici in un momento di analisi, progettualità e sviluppo. Per questo, il report è stato strutturato in modo da offrire una riflessione sia sull'evoluzione della cultura consultoriale dalle origini ad oggi, sia sulle possibili traiettorie future che possano mettere in pratica strategie di attualizzazione degli elementi innovativi che hanno caratterizzato i CF come "servizi di frontiera".

Prima di entrare nel cuore della discussione dei risultati della ricerca, per meglio comprenderli e collocarli, nel capitolo 2 si propone una panoramica sulla cornice politica e legislativa entro cui si sono affermati ed evoluti i CF dagli anni '70 ad oggi. In particolare, vengono presentate tre fasi (che corrispondono alla divisione temporale utilizzata nella discussione dei risultati nei capitoli seguenti): il "fermento" degli anni '70 e '80; la crisi e le riforme degli anni '90 e 2000; gli anni '10 letti come un periodo di possibile rinascita dei CF. (È stata inoltre successivamente aggiunta una scheda di aggiornamento che riguarda gli ultimi anni, dal 2020 al 2025). Infine, in connessione a questo capitolo, nella parte finale della sezione è a disposizione un'appendice legislativa – che fa riferimento alle medesime fasi – in cui sono state riportate le tappe legislative a livello nazionale e in Regione Emilia-Romagna che riteniamo particolarmente significative per comprendere la storia e l'evoluzione dei servizi consultoriali.

I successivi 3 capitoli discutono in profondità i risultati della ricerca, riportando (nei riquadri di colore giallo) le voci dei/lle protagonisti della ricerca e presentando l'analisi dei dati raccolti sul campo e dalla letteratura. Come spiegato più dettagliatamente nel capitolo 3, i capitoli possono essere letti sequenzialmente, ponendo l'attenzione su tutti gli elementi caratterizzanti ogni fase storica, oppure trasversalmente, focalizzandosi sull'evoluzione nelle tre epoche di ognuna delle tre macrocategorie in cui sono stati raccolti i risultati: 1. Il paradigma organizzativo, culturale e politico; 2. La relazione tra "dentro" e "fuori" e l'alleanza tra operatori/trici e società civile; 3. La cultura organizzativa.

Il capitolo 3 mette in luce gli "ingredienti" che hanno reso possibile la realizzazione dei CF come "servizi di frontiera", innovativi e istitutivi di nuove modalità organizzative e culturali nel sistema sanitario nazionale italiano. L'analisi ha identificato degli elementi – che abbiamo definito "meccanismi generatori delle origini" – che facevano parte della visione di allora, per rendere esplicita la base di senso e di pensiero che ha fatto da sfondo allo sviluppo di questi servizi. La suddivisione dei paragrafi del capitolo (e dei successivi due capitoli) segue le macrocategorie sopra riportate.

Il capitolo 4 offre una panoramica sull'evoluzione dei meccanismi generatori delle origini dagli anni '90 ad oggi, mettendo in rilievo i cambiamenti culturali e organizzativi che hanno portato ad una trasformazione della cultura consultoriale verso traiettorie spesso in contraddizione con i valori e i principi della prima fase di sviluppo e affermazione dei CF.

Il capitolo 5 è dedicato a identificare possibili forme di attualizzazione dei meccanismi generatori ipotizzando delle traiettorie evolutive dei CF che pongano le loro basi nello spirito rinnovatore e innovativo caratterizzante i CF delle origini, ma che lo ripensino rispetto alle complessità e ai bisogni di oggi (e di domani).

Il capitolo 6 riporta la sintesi dei risultati della ricerca.

Il capitolo 7 offre infine un affondo metodologico che presenta il percorso di ricerca-(form)azione svolto soffermandosi sui/lle protagonisti/e che hanno partecipato, sulle fasi di cui si è composto – la genealogia e archeologia delle politiche; gli studi di caso; i laboratori partecipativi; il convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future" (tenutosi a Bologna il 28 febbraio e l'1 marzo 2019); la proposta di sperimentazione delle ipotesi di sviluppo – e sulle diverse tecniche e metodologie utilizzate. L'ultimo paragrafo riporta la legenda delle sigle che sono state utilizzate per riportare i dati della ricerca sul campo.

Dopo il capitolo 8 che presenta la sopra citata appendice legislativa, nel capitolo 9 vengono riportati i riferimenti bibliografici e sitografici presenti nel testo.

2. La cornice politica e legislativa entro cui si sono affermati ed evoluti i Consultori Familiari²

2.1 I CF delle origini: il fermento degli anni '70 e '80

I Consultori di assistenza alla famiglia e alla maternità quali organismi operativi delle Unità sanitarie locali vengono istituiti a livello nazionale dalla legge 405/1975 "Istituzione dei Consultori familiari", a cui hanno fatto seguito, dal 1975 al 1979, le leggi regionali attuative (LR 22/1976 per la Regione Emilia-Romagna). Prima del 1975 in Italia erano già presenti "diverse tipologie di consultori, sia in relazione al finanziamento (pubblico o privato) che all'orientamento politico-ideologico" (Bonichi e Trafiletti 2018)³, ma è con la legge 405 che i CF diventano "servizi pubblici di base".

La legge 405/1975 è stata concepita e promulgata in un contesto storico, sociale e politico che ha giocato un ruolo fondamentale nel delineare la cornice di senso, valoriale e organizzativa entro cui questi servizi si sono affermati ed evoluti. Facciamo riferimento, in particolare, al protagonismo nella scena politica dei movimenti sociali di fine anni '60 e degli anni '70 che investono "non solo la popolazione, ma anche il mondo dei partiti politici e delle istituzioni, i quali (...), a differenza di altri momenti della nostra storia recente, non sono rimasti del tutto sordi a quelle richieste di radicale trasformazione" (Fattorini 2014, p.7), e soprattutto ai movimenti delle donne, senza i quali non sarebbero mai esistiti i CF come li conosciamo.

Negli anni '70 si è assistito ad un incontro tra forze distinte lungo l'asse tra cultura laica e cultura cattolica che ha permesso, non senza contraddizioni e compromessi, il raggiungimento di alcune tappe legislative inimmaginabili fino a qualche anno prima e che hanno contribuito significativamente all'affermarsi dei servizi consultoriali. Come spiegato da Grandolfo (1995, p. 3): "Il referendum sul divorzio (1974), la prospettiva di quello sull'aborto, le sentenze della Corte Costituzionale sull'aborto terapeutico (1975) e, prima ancora, sulla pubblicità dei metodi contraccettivi (1971), sono stati eventi e condizioni che hanno sollecitato, sotto la pressione della società civile, le forze politiche a varare la legge costitutiva dei Consultori Familiari e il testo riflette assai bene i conflitti ideologici e gli equilibri raggiunti attraverso formulazioni riduttive ed equivocate (nel senso che ogni parte le poteva interpretare in modo diverso)". I CF rispondono anche alla necessità di riconvertire i servizi esistenti dopo l'abolizione dell'Onmi (Opera nazionale maternità e infanzia) avvenuta nel 1975: "temi sensibili come le relazioni familiari, il ruolo della donna, la contraccezione entrano per la prima volta in un servizio socio-sanitario pubblico, rivolto al territorio, aperto e gratuito per tutti (...), in netta discontinuità con le pratiche assistenzialiste rivolte ai 'bisognosi' di cui l'Onmi era stato per decenni l'emblema in materia di maternità e di salute della donna" (Bonichi e Trafiletti 2018, p. 98).

Gli anni '80 sono stati il decennio "della completezza e dell'avvio del cambiamento organizzativo" (Melega, 2014, p. X) in cui i CF raggiungono la loro maturità istituzionale e organizzativa (con numerose differenze tra le regioni e livelli di sviluppo molto vari), ma durante i quali si avvia anche "il graduale scorporo di tutte le funzioni di assistenza sociale" (*Ibidem*). Come puntualizza Grandolfo (1995, p. 1), "non è stato lineare l'inserimento dei Consultori Familiari nelle Unità sanitarie locali, pur previste nella legge 405 ma realizzate effettivamente, sulla base della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, dal 1980. Come non va trascurato che una caratteristica peculiare del servizio consultoriale, cioè quella di qualificazione sociale, male si coniugava a un modello operativo del Servizio Sanitario Nazionale a forte connotazione sanitaria tradizionale, nonostante gli enunciati di principio pure presenti nella legge 833".

La partecipazione della comunità alla gestione del servizio è uno degli elementi più qualificanti dei CF delle origini (Ghio, 1978), anche se "la legge 405/75 non fa alcun riferimento esplicito a una loro gestione sociale, ma si limita a delegare alle Regioni i criteri di programmazione, funzionamento e gestione del servizio (...)" (Bonichi e Trafiletti 2018, p. 99). Così, anche su questo aspetto si assiste all'emergere di rilevanti differenze regionali, sebbene la maggior parte delle regioni abbiano ampliato il dettato della 405 tendendo alla valorizzazione della partecipazione nella gestione dei CF. Per quanto riguarda la Regione Emilia-Romagna, la LR 22/1976 dedica l'art.

² Parte di questo capitolo prende spunto dal lavoro di Fattorini (2014).

³ "Tra i Consultori pubblici alcuni erano servizi socio-sanitari polivalenti gestiti direttamente dagli enti locali, altri, più numerosi, erano gestiti dall'Onmi. Tra quelli privati si distinguevano i Consultori di ispirazione cristiana, come l'Ucitem, i Consultori laici (Aied, Unicem) e i Consultori in vario modo legati al movimento femminista e già portatori di una medicina di genere *ante litteram* come Aed (1975) o Cpd (Sardella, 2014)" (Bonichi e Trafiletti, 2018, p. 99).

16 alla "Gestione sociale del servizio", specificando che "I consorzi socio-sanitari (...) promuovono e attuano, in tutte le fasi di programmazione e gestione del servizio previsto dalla presente legge, le più ampie forme di partecipazione degli utenti nonché degli enti, degli organismi di decentramento comunale e delle associazioni, in particolare femminili, nei quali si esprimono democraticamente gli interessi e le volontà delle popolazioni". In molti territori questo dettato è stato messo in pratica con i "comitati di gestione" che, come vedremo più avanti, rappresentarono uno spazio importantissimo di confronto tra professionisti/e e società civile. La partecipazione si collocava in un "periodo di grande entusiasmo in cui l'esercizio della professione e la militanza sociale e politica si sovrapponevano. Un periodo in cui una buona parte degli operatori sanitari sentiva di dover assolvere innanzitutto a un impegno civile e poi ai doveri connessi al loro ruolo di dipendenti di un servizio pubblico" (Fattorini 2014, p. 33).

2.2 Gli anni '90 e 2000: crisi e riforme

Gli anni '90 sono, secondo Melega (2014, p. X), quelli della "specializzazione", durante i quali si affacciano le prime difficoltà economiche contrassegnate da tagli, riorganizzazioni, incertezze vissute in prima persona sia dai cittadini/e che dagli/lle operatori/trici. Così come la riforma del 1978, anche quella dei primi anni '90 fu approvata in condizioni del tutto eccezionali, sul piano sia economico sia politico. Nel 1992 l'Italia visse una delle peggiori crisi economiche (e valutarie) del dopoguerra, che costrinsero il governo Amato a una politica di estremo rigore, caratterizzata da un'implementazione delle imposte e di forti tagli alla spesa pubblica, tra cui quella sanitaria. A questo si sommò la crisi politico-istituzionale, dovuta non solo alle stragi di mafia, ma ancor più all'esplosione dello scandalo di tangentopoli (che portò allo sgretolamento della cosiddetta "prima Repubblica"), che vide coinvolti moltissimi politici con una conseguente tendenza a "depoliticizzare la sanità". In questo quadro, il Parlamento delegò al governo la riforma dei settori – tra cui sanità e pensioni – ritenuti strategici per il risanamento del debito pubblico. Fu così che la delega al riordino del SSN, conferita nell'ottobre 1992, fu esercitata tempestivamente dal governo Amato e, in meno di due mesi, portò all'approvazione del D.Lgs 502/1992 (Toth, 2014).

Questo decreto legislativo, insieme a quello correttivo emanato dal governo Ciampi l'anno successivo (D.Lgs 517/1993) e al D.Lgs 229/1999 (noto come "Riforma sanitaria ter" o "Riforma Bindi") rappresenta una riforma che mutò completamente l'assetto della sanità italiana, introducendo, tra le altre cose, l'aziendalizzazione delle USL (che diventano ASL), la creazione delle Aziende sanitarie ospedaliere e quindi la sostanziale separazione della sanità dai governi locali (Fattorini 2014). Queste norme, seppur non misero formalmente in discussione i principi fondamentali di "globalità" e "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/1978, "modificarono profondamente la natura giuridica delle USL, la loro territorializzazione, le competenze in riferimento alla materia socio-assistenziale, l'impianto organizzativo e le modalità di finanziamento" (*Ibidem*, p. 49). Per quanto i due decreti abbiano dato origine a un sistema che resta ibrido, "aderiscono almeno superficialmente a una filosofia privatistica che è precisamente l'opposto dello spirito di rinnovamento e di modernizzazione democratica del paese incarnato nella 833 e nella 405" (Bonichi e Trafletti 2018, p. 103).

Le modifiche che ebbero una maggiore ricaduta sull'evolversi dei CF riguardarono: l'attribuzione allo Stato dei compiti di pianificazione in materia sanitaria (mediante l'approvazione del Piano sanitario nazionale triennale), dell'individuazione dei LEAS (Livelli essenziali di assistenza sanitaria) e della definizione dell'ammontare complessivo delle risorse attribuibili al finanziamento delle attività sanitarie; una forte regionalizzazione della sanità attraverso l'attribuzione alle regioni di funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie; la trasformazione delle USL da strumenti operativi dei Comuni singoli o associati ad aziende regionali con propria personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale; l'identificazione delle prestazioni effettuate (a tariffe predefinite dalle regioni) come base del nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria; la separazione ai fini contabili e finanziari degli interventi sanitari (a carico delle ASL) da quelli socio-assistenziali (di competenza degli enti locali); il superamento dell'istituto delle convenzioni con strutture sanitarie private e l'introduzione del sistema dell'accreditamento (Fattorini 2014).

Nel 1997 un passaggio importante è rappresentato dal DPR del 14 gennaio, che individua i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e delega alle Regioni la definizione degli "standard di qualità". Per quanto concerne i CF, il DPR richiama la L. 405/1975 nella definizione

dei requisiti minimi organizzativi, che quindi prevedono: la presenza delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale; la dotazione di personale e la presenza nelle attività ambulatoriali programmate in relazione alla popolazione servita; le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale. Va sottolineato come il decreto dia una chiara indicazione nel considerare il CF un presidio territoriale - dove vengono erogate anche prestazioni di tipo specialistico - ma, al tempo stesso, lo definisce un servizio che non esaurisce le sue funzioni entro questo ambito. Vengono quindi riconfermate le caratteristiche originarie dei CF che, però, non verranno messe in pratica nella loro totalità.

La Riforma Ter contribuisce alla riemersione dei CF - in quanto rilancia il territorio e il distretto - ma, allo stesso tempo, porta a termine il processo di regionalizzazione della sanità (che a breve con la riforma costituzionale del 2001 si trasformerà in un vero e proprio federalismo), con il conseguente aumento delle disuguaglianze regionali nell'offerta e nella qualità dei servizi.

Gli anni 2000 si aprono con la pubblicazione del decreto ministeriale "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al 'Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000'" (POMI). Come spiega Fattorini, dopo l'emanazione della legge 405/1975, il POMI, che in quanto allegato del Piano sanitario nazionale è legge dello Stato, rappresenta "il tentativo più impegnato di aggiornamento e di rilancio delle tematiche della salute sessuale e riproduttiva del nostro paese" (2014, p. 73). Nel POMI viene stabilito che il CF "costituisce un importante strumento all'interno del distretto per attuare gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza, e delle relazioni di coppia e familiari". Il POMI costituisce un "aggiornamento e insieme la riproposta di un'idea forte di Consultorio" (Bonicchi e Trafiletti 2018, p. 103) e individua alcuni obiettivi di salute prioritari, quali l'attività di promozione della salute in età adolescenziale (e la proposta di istituire lo Spazio giovani), la realizzazione in ogni ASL del cosiddetto "percorso nascita", e l'attività di prevenzione oncologica. Si specifica inoltre l'importanza del mettersi in rete con gli altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali degli enti locali, specificando che "la peculiarità del lavoro di équipe rende le attività stesse uniche nella rete delle risorse sanitarie e socio-assistenziali esistenti". Di rilievo per i CF è anche il capitolo del POMI dedicato all'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile, che rimette all'ordine del giorno il tema della responsabilità e dell'integrazione tra l'ospedale e le realtà extraospedaliere. Altro aspetto importante è che il POMI verrà ripreso nei nuovi LEA del 2002.

Nel 2004 viene approvata la legge 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" che se, da un lato, ha il merito di riconoscere il ruolo dei CF sui temi della procreazione, dall'altro, pone grandissime barriere all'accesso, stabilendo che solo le coppie maggiorenni di sesso diverso, coniugate oppure conviventi, possono accedere alla procreazione medicalmente assistita (PMA) e indicando la fecondazione omologa come unico tipo di tecnica praticabile (fino al 2015, anno in cui la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo il divieto di fecondazione eterologa).

Verso la fine del decennio ci sono dimostrazioni di interesse rispetto al tema della salute delle donne da parte del Ministero della Salute con la presentazione del "Piano d'azioni sulla salute materno-infantile" nel marzo 2007, seguito due mesi dopo dall'istituzione della Commissione "Salute delle donne" (che avrà purtroppo vita breve) e dall'avvio della prima indagine conoscitiva sull'organizzazione e attività dei CF, in accordo con le Regioni.

In tema di IVG, va segnalata, nel 2009, la delibera dell'AIFA che introduce in Italia la RU486 (cosiddetta "pillola abortiva"), somministrabile a quei tempi esclusivamente in ospedale. Per quanto riguarda la Regione Emilia-Romagna, già nel dicembre 2005 fu definito il protocollo regionale di assistenza all'IVG farmacologica in regime di day hospital. È del 2008 la DGR 1690 "Linee d'indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza nell'ambito dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale" che ridefinisce il ruolo dei CF e dell'équipe consultoriale in integrazione con i servizi sociali degli Enti Locali nell'assistenza alle donne/coppie con richiesta di interruzione volontaria di gravidanza. Con questa delibera si definirono anche le modalità di partecipazione delle associazioni di volontariato al percorso di sostegno alle donne in gravidanza in difficoltà sociale ed economica, partecipazione che doveva essere attivata solo con il consenso della donna e sempre in integrazione tra il CF (referente per il percorso della donna) e i servizi sociali degli Enti Locali.

Nel 2009 con una nota dell'Assessore furono diffuse a tutte le Aziende sanitarie della regione le "Indicazioni sul percorso di presa in carico consultoriale della donna che richiede l'IVG – Indicazioni sul profilo di assistenza della donna che richiede l'IVG chirurgica e aggiornamento del profilo di assistenza del 2005 della donna che richiede l'IVG farmacologica". Con questa nota si consentì l'offerta omogenea a livello regionale di entrambe le procedure, sia farmacologica che chirurgica, garantendo in questo modo la possibilità di scelta della donna, anche se ancora in regime di day-hospital (si dovranno aspettare altri 10 anni per arrivare al regime ambulatoriale).

A livello regionale tra gli anni '90 e 2000 si intrapresero molti interventi di tipo normativo, organizzativo e formativo sui temi dell'assistenza alla nascita, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, con gli obiettivi di demedicalizzazione dell'assistenza (promuovendone l'appropriatezza), il sostegno della fisiologia e l'autonomia dell'ostetrica; molta era l'attenzione su queste tematiche, compreso quella del parto a domicilio anche da parte della società civile, delle organizzazioni delle donne e anche della politica.

È dell'11 agosto 1998 la L.R. "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e al domicilio" che definiva l'offerta assistenziale da garantire per consentire alle donne e alle coppie la scelta del luogo del parto. Tale legge, all'art. 10, istituiva presso l'Assessorato regionale alla sanità anche la Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita (CPNr). La CPNr è presieduta dall'Assessore regionale alla sanità - o da un suo delegato - ed è composta da esperti sia del settore sanitario (territoriali e ospedalieri) sia di quello educativo/sociale, compreso il terzo settore e le strutture private, in modo da assicurarne la multidisciplinarietà. La Commissione può costituire al suo interno gruppi di lavoro per settori o compiti specifici, eventualmente integrati da altri esperti indicati dalla Commissione stessa e nominati con determinazione del Direttore generale alla Sanità.

Dopo numerose sperimentazioni e col coinvolgimento della CPNr si arrivò all'adozione della DGR 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita", che individua 11 obiettivi assistenziali con relativi indicatori per il monitoraggio e propone 7 documenti di riferimento, elaborati dai gruppi di lavoro della commissione nascita stessa. L'assistenza al percorso nascita, e in particolare il sostegno al rinnovato ruolo dell'ostetrica nella protezione della fisiologia e nella promozione della salute perinatale, ha costituito una quota importante del lavoro svolto dalle équipes dei Consultori Familiari dagli anni '90 ad oggi.

Il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 rilanciò con forza l'approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie, ne definì gli strumenti, le aree prioritarie e gli obiettivi. Individuò tra le aree con bisogni complessi che necessitano di risposte integrate quella delle "responsabilità familiari", con riferimento agli obiettivi e alle azioni specifiche al supporto alla genitorialità, in particolare alle famiglie, e a un "sistema di supporto integrato".

Inoltre in Emilia-Romagna - unitamente alla rilevazione sistematica dell'attività svolta dalle tre diverse tipologie di Consultori (familiari, giovani e donne immigrate), i cui dati vengono raccolti, validati e pubblicati annualmente dal Servizio Assistenza territoriale della Regione dal 1993 - dal 2003 sono disponibili report annuali sull'assistenza alla gravidanza, al parto e ai neonati; dal 2007 i Rapporti annuali IVG; dal 2008 i report (prima triennali e dal 2015 annuali) sull'allattamento⁴.

2.3 Gli anni '10: verso una rinascita dei CF?

Nel novembre 2010 il Ministero della Salute pubblica il "Rapporto Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia – Anno 2008", frutto dell'indagine iniziata a fine 2007, che sembra segnare l'inizio di un decennio di risveglio di interesse a livello istituzionale e politico nei confronti dei CF. È del mese successivo l'Accordo Stato-Regioni per l'adeguamento delle reti Consultoriali regionali, in cui viene richiamato il ruolo dei CF nell'azione di integrazione territorio-ospedale; ribadita la necessità di adeguarli nei numeri, nelle modalità organizzative e negli organici e in cui i CF vengono individuati come i luoghi non solo per la presa in carico della donna gravida, per la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36^a settimana e per l'invio guidato al punto nascita, ma anche, dopo il parto, per la continuità dell'assistenza alla puerpera e al neonato, anticipando quello che oggi si sta sempre di più delineando come una necessità con PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) che attraversino ospedale e territorio con una forte connotazione territoriale (Bortolus e Battilomo 2019).

Negli anni successivi ci sono stati una serie di provvedimenti a livello centrale che hanno

⁴ Dati e rapporti sono disponibili al seguente link: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/936>

richiamato e rimesso in luce l'attenzione che deve essere data a questo tipo di servizi. Nel 2015, il Piano nazionale della fertilità ha richiamato il valore dei CF come primo anello e filtro nella catena assistenziale delle patologie riproduttive. Nel 2016, tra gli obiettivi del IV Piano nazionale infanzia e adolescenza, vi è la promozione del sostegno alla genitorialità attraverso il potenziamento e la riqualificazione della rete dei CF. Nel 2017 sono stati definiti e aggiornati i nuovi LEA, che richiamano fortemente l'attività di questi servizi (in particolare nell'art. 24 dedicato all'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie). Altro atto del Ministero della Salute a rappresentare l'interesse istituzionale per questi servizi è l'aver incluso tra le azioni centrali per il 2017 un progetto per la ricognizione dei CF attivi sul territorio nazionale e per la valutazione delle attività svolte, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, con l'obiettivo di identificare buone pratiche utili all'avvio di un programma di riqualificazione della rete territoriale dei CF⁵. Infine, va ricordata la Legge di bilancio 2019-2021 che ha previsto, di concerto con il Ministero delle Finanze e Disabilità, l'importanza di intervenire per valorizzare e riqualificare i CF.

Da ultimo, sono numerose le pubblicazioni che in questo decennio hanno affrontato il tema della salute della popolazione femminile in Italia, come la "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2011", a cura del Ministero della Salute, la quarta edizione de "Il libro bianco sulla salute della donna" del 2013, curato dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDA), e altri testi che vengono pubblicati a cadenza annuale: la "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 194/1978)"; il "Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita, la Relazione del ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita" e i vari Rapporti dell'Osservatorio nazionale sugli screening di popolazione, che rende noti i risultati di queste iniziative di sanità pubblica. Possiamo quindi dire che si è trattato di un decennio che dal punto di vista del sostegno normativo e istituzionale è riuscito, più che nel passato, a vedere questi servizi, a nominarli e a ricordarne il valore (Bortolus e Battilomo 2019).

Accanto a questi importanti segnali istituzionali è però importante un richiamo alla situazione politico-sociale relativa ai diritti in materia di salute sessuale e riproduttiva, con particolare riferimento al tema della contraccezione e dell'aborto.

Per quanto riguarda la contraccezione⁶, la determina dell'AIFA del 21 aprile 2015 ha segnato un importante passo avanti: le donne maggiorenni possono infatti acquistare i farmaci per la contraccezione di emergenza senza alcun obbligo di prescrizione medica e senza la necessità di presentare in visione un test di gravidanza con esito negativo. La determina si riferisce alle cosiddette "pillola del giorno dopo" e "pillola dei cinque giorni dopo", ovvero farmaci finalizzati alla contraccezione di emergenza. Questa determina ha avuto sicuramente il merito di aver rimosso un importante ostacolo nell'accesso alla contraccezione di emergenza farmacologica: la possibilità di comprare direttamente i farmaci in farmacia evita infatti la messa in atto – purtroppo molto spesso riscontrata – di una obiezione di coscienza (illecita, visto che si tratta di dispositivi anticoncezionali e non abortivi) da parte di medici che si rifiutano di prescrivere i farmaci. Allo stesso tempo, però, l'ostacolo persiste per le minorenni e, più in generale, nei casi di obiezione di coscienza, anch'essa illecita, da parte di farmacisti e farmaciste che si rifiutano di dispensare i suddetti farmaci. Altra problematica che persiste in termini di (non) accessibilità riguarda il costo economico di questi farmaci (come in generale di tutti i contraccettivi che rimangono in classe C, ovvero a pagamento). Alcune Regioni hanno cercato di colmare questa carenza attraverso diversi interventi legislativi che, però, in nessun caso permettono l'erogabilità gratuita universale e con accesso diretto in farmacia. L'accesso alla contraccezione d'emergenza farmacologica rimane quindi problematico e caratterizzato da differenze regionali che non garantiscono l'universalità dei diritti contraccettivi. Riguardo al tema della contraccezione, e più in generale rispetto al potenziamento e alla valorizzazione delle attività dei servizi Consultoriali, la Regione Emilia-Romagna ha rappresentato un esempio virtuoso; grazie alla delibera n.1722 del 2017 viene infatti offerta la contraccezione gratuita (compresa quella d'emergenza) all'interno degli "Spazi Giovani Adulti" - accompagnata da un counselling e da un follow-up per il monitoraggio del corretto

⁵ <https://www.epicentro.iss.it/Consultori/familiari>

⁶ La seguente parte di testo che tratta il tema della delibera AIFA del 21 aprile 2015 e della contraccezione d'emergenza è presa dall'articolo di Giulia Rodeschini pubblicato sulla rubrica "Calendario Civile" della rivista on line il Mulino nell'aprile 2019. L'articolo completo è disponibile al link: https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:4689

utilizzo del contraccettivo - per le donne e gli uomini di età inferiore ai 26 anni e le donne di età compresa tra i 26 e i 45 anni con esenzione per disoccupazione o effetto della crisi economica, sia nei due anni successivi a un'IVG sia nell'anno dopo il parto.

Oltre all'accessibilità dei singoli farmaci, però, il raggiungimento dell'universalità dei diritti contraccettivi, e più in generale in quelli riproduttivi, è legato in modo ancora più stretto alla diffusione di una cultura riproduttiva consapevole. Da questo punto di vista l'Italia è (da sempre) in affanno. Se in altri paesi da diversi decenni l'educazione sessuale e all'affettività è pratica diffusa e pienamente accettata (e istituzionalizzata) all'interno dei percorsi formativi e in diversi ambiti culturali e mediatici, nel nostro paese è ancora (e forse oggi più che in passato) oggetto di forti attacchi, oltre che di un riconoscimento differente da regione a regione, quando non relegata alla sensibilità di singoli istituti o docenti. I CF dovrebbero essere uno dei principali motori di interventi educativi su larga scala, ma nella maggior parte dei territori non riescono ad esserlo perché da anni manca un adeguato investimento in termini economici, istituzionali e politici, oltre che simbolici. Anche su questo l'Emilia-Romagna si distingue positivamente rispetto al panorama nazionale grazie ai sempre più numerosi interventi di educazione all'affettività e alla sessualità coordinati dagli Spazi Giovani, finalizzati a contrastare comportamenti a rischio tipicamente associati all'adolescenza e a promuovere un benessere relazionale e sessuale. Dall'anno scolastico 2013/2014 la Regione effettua un monitoraggio annuale dei progetti di educazione affettiva e sessuale svolta dai servizi consultoriali. Tra questi interventi, si segnala il progetto regionale "W L'amore"⁷, rivolto a preadolescenti (studenti/esse tra i 13 e i 14 anni), attraverso il precedente coinvolgimento attivo dei docenti.

Le difficoltà rispetto alla contraccezione e all'aborto, paradossalmente, vanno in parallelo con altrettante difficoltà nell'accesso alle tecniche di riproduzione medicalmente assistita. Anche in questo campo l'Italia non è ancora al passo con altri paesi europei. In realtà, non si tratta di un vero paradosso in quanto gli ostacoli nella contraccezione, nell'aborto e nella procreazione assistita sono da leggersi come manifestazione della stessa mancanza di cultura dei diritti riproduttivi. Dietro questa mancanza sembra esserci un'idea di "naturalità" della vita sessuale e riproduttiva che, nonostante la diffusione di analisi scientifiche che da moltissimo tempo ne sottolineano infondatezza e problematicità, necessita di essere messa in discussione anche su un piano culturale e politico.

In questo un importantissimo contributo è dato dai movimenti femministi e dalle associazioni e gruppi che si occupano di educazione al genere e alle differenze, che in alcune realtà operano anche in stretta connessione con i CF (sebbene troppo spesso questa alleanza sia di difficile realizzazione). Sebbene si tratti di una minoranza, rappresentano una voce fondamentale nello sviluppo di una cultura attenta ai diritti sessuali e riproduttivi, alle identità di genere, alla lotta contro le discriminazioni e gli stereotipi di genere, contro l'omo-trans-fobia e l'incasellamento in modelli di genere e di famiglia che non corrispondono più alla società di oggi. Senza soffermarci in questa sede sulle numerosissime realtà presenti sul territorio nazionale, basti ricordare l'esperienza di *Non Una di Meno* che, oltre ad aver sviluppato negli ultimi anni moltissimi progetti e indagini in tutta Italia (solo per citarne uno, il progetto pisano "Obiezione Respinta", finalizzato a mappare le farmacie obiettrici), nel 2017 ha prodotto il "Piano femminista contro la violenza maschile sulle donne e la violenza di genere"⁸ - frutto di un lavoro collettivo svolto in assemblee pubbliche nazionali che hanno visto la partecipazione di centinaia di persone -, in cui si fa riferimento ad un "pieno diritto alla salute" attraverso la ri-politicizzazione dei Consultori e l'ideazione di nuove forme di "Consultorie". Dal lato dell'educazione al genere e alle differenze, un'altra esperienza rilevante a livello nazionale è rappresentata da "Educare alle differenze"⁹, una rete nazionale di associazioni che dal 2014 organizza annualmente una due giorni di autoformazione e scambio di buone pratiche tra insegnanti, operatori/trici dei servizi, associazioni e genitori di tutta Italia sul tema delle differenze in ambito educativo. Infine, da questi ambiti politici e di studio sono emerse negli ultimi anni numerose pubblicazioni di rilievo che rappresentano una testimonianza importante e un avanzamento nelle riflessioni sui temi oggetto del presente contributo. Due esempi significativi sono dati dal libro di Camilla Endrici ("194 - diciannove modi per dirlo", pubblicato nel 2018), che propone 19 racconti di donne che hanno scelto di interrompere la gravidanza e testimoniano le tante difficoltà incontrate, anche nella relazione con i servizi, e dal libro "Sessualità

⁷ Per un approfondimento si rimanda al sito www.wlamore.it e a Marmocchi et al. (2018).

⁸ Disponibile al link: https://drive.google.com/file/d/1r_YsRopDAqxCCvyKd4icBqbMhHVNEcNI/view

⁹ Maggiori informazioni al link: <http://www.educarealldifferenze.it/>

e riproduzione" (2015), un dialogo tra la filosofa e attivista Angela Balzano e il ginecologo Carlo Flamigni che propongono un'interessante riflessione intergenerazionale sulla situazione di oggi rispetto a temi quali l'aborto, la fecondazione assistita, l'educazione sessuale e la salute donna.

Un ulteriore punto di attenzione sviluppato nell'ambito dei CF nel decennio 2010-2020 riguarda gli interventi preventivi e di accompagnamento al cambiamento per gli uomini che agiscono violenza contro le donne. I CF dell'Emilia-Romagna sono sempre stati un nodo qualificato delle reti di contrasto e prevenzione della violenza domestica e di genere, reti promosse e finanziate a livello nazionale e regionale. E proprio dalle riflessioni all'interno di queste reti sulla necessità di porre l'attenzione al maschile è nata l'esigenza di individuare questo tipo di interventi. Nel 2011 fu avviato un primo progetto sperimentale presso il CF di Modena, su finanziamento regionale, di un centro di accompagnamento degli uomini ad uscire dalla violenza (Centro LDV, Liberiamoci dalla Violenza), basato sull'esperienza ventennale del centro ATV di Oslo. La sperimentazione ha dato esiti positivi e si è promossa e finanziata dal livello regionale l'attivazione di centri analoghi in almeno un CF in ogni provincia della regione.

Infine, va segnalata la Legge regionale 6 del 2014 "Legge quadro per la parità e la discriminazione di genere" che all'art. 10 del titolo IV – "salute e benessere femminile" – tutela il diritto alla salute garantendo parità di trattamento e accesso con particolare riferimento alle differenze di genere, mentre all'art.11 si impegna a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai CF nell'ambito delle cure integrate territoriali. Anche questa legge ha determinato visibilità e attenzione alle attività consultoriali, che vengono menzionate e riproposte nei vari documenti programmatici, quali il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR), il Piano Regionale della Prevenzione (PRP), oltre che nelle DGR specifiche sui principali percorsi assistenziali in cui i CF sono coinvolti.

Scheda aggiornamento dal 2020 al 2025

a cura di Silvana Borsari ed Elena Castelli

Altri 6 anni sono passati dalla fine della prima fase della ricerca, durante i quali oltre alla realizzazione della seconda fase (sperimentazioni territoriali descritte nella sezione successiva) è stata affrontata la pandemia Covid, cercando di garantire al meglio l'assistenza sui percorsi prioritari (nascita, IVG, contraccezione, urgenze ginecologiche e psicologiche, violenza nei rapporti di intimità).

Questi ultimi anni sono stati caratterizzati da grandi difficoltà del sistema sanitario nazionale, determinate in parte dalla pandemia ma anche dalla struttura fragile di tutto il sistema, sotto-finanziato da molti anni e con un'enorme difficoltà al reclutamento del personale sanitario (infermieri e medici), determinato da una programmazione formativa universitaria non adeguata alle esigenze (non impreviste, ma non considerate). Anche i CF hanno risentito di queste problematiche economiche e di mancato *turnover* che hanno portato in molte realtà alla chiusura e alla razionalizzazione dei servizi.

È del 2022 l'adozione del DM 77 che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN, compresi i CF, e che avrebbe dovuto portare a una significativa innovazione nell'assistenza territoriale con il focus sull'integrazione socio-sanitaria, la presa in carico, la prossimità e lo sviluppo di reti multiprofessionali. Temi per la cui realizzazione le esperienze dei CF potrebbero essere risorse importanti se adeguatamente ascoltate e coinvolte. Purtroppo, però, il DM è stato emanato a iso-risorse e le Regioni, quindi, sono in grande difficoltà nella sua applicazione.

In questi anni a livello nazionale abbiamo avuto l'approvazione dell'Accordo Stato-Regioni "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" che ha ulteriormente stimolato l'attenzione agli interventi di prevenzione per la salute perinatale, dalla preconcezione ai primi due anni di vita, e al sostegno della genitorialità. A livello regionale già la scheda del PSSR 2017-2019 aveva promosso una programmazione attenta e integrata tra Centri per le Famiglie, Consultori Familiari, pediatrie di comunità e pediatri di libera scelta a livello distrettuale, che ha portato a molte esperienze innovative e a una sempre migliore risposta alle esigenze delle nuove famiglie. Il PRP 2020-2025 ha un obiettivo specifico di

salute nei primi 1000 giorni, che sta portando ad una sempre maggiore integrazione tra CF, pediatrie di comunità, pediatria di libera scelta e Centri per le Famiglie, anche attraverso una formazione congiunta su numerosi progetti, la diffusione su tutto il territorio regionale dello screening sul disagio psichico perinatale, l'implementazione di azioni per un miglior sostegno alle donne che vogliono allattare, il miglioramento della continuità tra ospedale e territorio e il monitoraggio periodico dei determinanti di salute della popolazione 0-2 anni. Inoltre, grazie alla delibera AIFA del 2021 e alle nuove linee guida ministeriali e dell'ISS, in questi anni si sono prodotti, a livello regionale nuovi e più appropriati protocolli di assistenza all'IVG farmacologica in ambulatorio e al domicilio, con l'obiettivo di garantire l'offerta in tutti i distretti della regione nei tempi previsti e monitorati annualmente. I CF diventano la sede in cui sarà possibile, per la maggioranza della casistica, effettuare tutto il percorso assistenziale garantendone la continuità.

Scheda: Intanto i Centri per le famiglie dell'Emilia-Romagna...

a cura di Ilaria Folli

Si è più volte citata la collaborazione e raccordo tra CF ed altri enti ed istituzioni che si occupano di sostegno alla genitorialità. Va certamente ripresa qui la positiva ed importante attività svolta dai Centri per le Famiglie (CpF) dell'Emilia-Romagna. I CpF nascono alla fine degli anni '80, rappresentando una formula inedita nel panorama nazionale, traendo la loro ispirazione da alcune esperienze europee. Con la Legge Regionale 27 del 1989 "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno delle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli", oltre a disciplinare le competenze proprie dei CF, si volle prefigurare una rete di servizi flessibili e differenti in grado di sostenere le famiglie nel loro compito di accudimento, crescita dei figli e di conciliazione degli impegni di lavoro e cura: vennero istituiti i CpF e i servizi integrativi per l'infanzia. I CpF furono da subito una testimonianza concreta dell'azione di promozione delle famiglie finalizzata a garantire loro una crescita e uno sviluppo armonico: l'informafamiglie, la mediazione familiare, il sostegno alla genitorialità e la promozione di azioni rivolte allo sviluppo di comunità, in cui la famiglia potesse riconoscersi come co-autrice di politiche sociali. Si caratterizzarono immediatamente per un approccio innovativo in quanto orientato a sostenere le competenze genitoriali, mettendo in valore le risorse dei genitori e della rete di relazioni nella quale le famiglie vivono. Successivamente, la Delibera del Consiglio Regionale n. 396/2002 disciplinò i requisiti che i CpF dovevano rispettare, normandone le aree di attività e l'assetto organizzativo. Con l'uscita dalle L.R. 14/2008 vengono superati i riferimenti della norma precedente, incardinando i CpF nella rete territoriale dei servizi dedicati all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie, attribuendogli un ruolo importante nella promozione delle famiglie con figli di minore età. Nel tempo l'esperienza di ogni Centro si è intrecciata sempre più in relazione ai mutamenti e ai nuovi temi espressi dalla propria comunità locale e la Regione Emilia-Romagna, a diversi anni dall'ultimo atto normativo, ha promosso un percorso di riflessione, insieme ai/le responsabili e operatori/trici dei CpF, per ridefinirne il ruolo e le funzioni in quel processo di cambiamento che riguardava sia la popolazione che il sistema istituzionale (L.R. 12/2003, L. 21/2012, e del settore sociale, con le Linee guida di riordino del Servizio Sociale Territoriale, DGR 1012/2014, ma anche la L.R. 19/2014 sull'economia solidale che sosteneva nuove forme di protagonismo ed interesse dei cittadini verso i "beni comuni").

Con DGR 391/2015 escono le Linee Guida sui Centri per le Famiglie dell'Emilia-Romagna che rappresentano l'esito di tale percorso e delineano le prospettive di sviluppo dei Centri, 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. Le linee Guida regionali individuano in maniera precisa obiettivi e standard da perseguire. La Regione Emilia-Romagna, anche attraverso l'azione di guida attuata dal Coordinamento regionale dei CpF, negli anni successivi, ne sostiene il consolidamento e la qualificazione di quelli già operativi e ne supporta la nascita di nuovi, fino a raggiungere la quasi totale copertura del territorio regionale (dal 2018-19 al 2022, + 9 Centri

per le Famiglie). Nel 2022 sono state sostenute nuove e importanti aperture, arrivando alla copertura di tutti i Distretti della regione. I CpF oggi sono 42 (più diverse sedi "secondarie") e sono un punto di riferimento per molte famiglie ed un importante nodo della rete dei servizi territoriali. L'azione di sostegno operata dalla Regione Emilia-Romagna a favore dei CpF si traduce in attività di confronto, supporto tecnico, coordinamento e formazione, ma anche investimento di risorse economiche per contribuire al finanziamento della gestione stessa dei Centri. Tali risorse sono state integrate negli ultimi anni per incoraggiare sperimentazioni di progettazioni specifiche desunte dagli obiettivi delineati a livello nazionale dal Dipartimento Politiche per la Famiglia e a livello regionale dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019 (ancora vigente) e dal Piano Regionale della Prevenzione 2021-25.

Un passaggio ulteriore per l'implementazione e supporto ai CpF è stato attuato a livello nazionale dal Dipartimento per le politiche della famiglia, attraverso il finanziamento del Programma Operativo Nazionale Inclusione 2014-2020. È stato promosso e realizzato dal Dipartimento il Progetto "Supporto per lo sviluppo dei Centri per la famiglia e il coordinamento di interventi in materia di servizi di protezione e inclusione sociale per nuclei familiari multiproblematici e/o persone particolarmente svantaggiate". Si è trattato di un'iniziativa di accompagnamento allo sviluppo dei CpF, che ha avuto respiro nazionale e che ha raggiunto dei risultati importanti sul fronte del miglioramento dei servizi per le famiglie, con il coinvolgimento attivo delle Regioni e delle Province autonome italiane. In particolare, nell'ambito del suddetto Progetto, si è inserita la definizione di "modello di Centro". In tale contesto, il modello si è proposto di promuovere la diffusione di standard nazionali a favore dell'inclusione e dell'integrazione sociale delle famiglie per ridurre l'eterogeneità territoriale e sostenere le Amministrazioni regionali e locali nel rispondere ai diversi bisogni delle famiglie. Ai fini dell'elaborazione delle Linee Guida, il Dipartimento Politiche per la famiglia ha costituito – con decreto del 1° marzo 2021 – un Gruppo di lavoro ristretto composto da propri referenti istituzionali, da esperti tematici incaricati dell'attuazione progettuale e da referenti delle Regioni Emilia-Romagna, Piemonte e Puglia, che hanno maturato un'esperienza consolidata in tema di gestione e organizzazione dei servizi per le famiglie sui propri territori. È stato approvato a livello nazionale un modello unico di Centro per le famiglie. Le Linee Guida costituiscono il riferimento alla base del modello, in quanto sono state condivise, fin dalla loro impostazione iniziale, con l'ottica di poter offrire contributi utili a: definire modelli e strumenti di intervento dei CpF, riducendo l'eterogeneità territoriale; favorire la risposta a nuovi bisogni in particolare di famiglie multiproblematiche; consentire la diffusione e il consolidamento dei Centri, specie dove meno presenti; favorire e sviluppare le competenze specialistiche all'interno dei CpF; promuovere modelli di collaborazione con gli altri servizi territoriali interessati. Rendere i CpF maggiormente diffusi, efficienti e rispondenti alle esigenze sempre più complesse delle famiglie è una prova sfidante che vede sempre più coinvolti molteplici servizi e istituzioni.

Dopo aver delineato la cornice politica e legislativa entro cui i CF hanno visto la loro affermazione ed evoluzione dagli anni '70 ad oggi, i prossimi capitoli entreranno nel vivo dei risultati della ricerca. Come già spiegato nell'introduzione, i capitoli possono essere letti sequenzialmente, ponendo l'attenzione su tutti gli elementi caratterizzanti ogni fase storica, oppure trasversalmente, focalizzandosi sull'evoluzione di ogni macrocategoria nelle tre epoche.

Nel capitolo 8 – appendice legislativa – sono riportate le tappe legislative a livello nazionale e in Regione Emilia-Romagna ritenute particolarmente significative per comprendere la storia e l'evoluzione dei servizi consultoriali.

3. I meccanismi generatori dei Consultori Familiari delle origini

Il presente capitolo mette in luce gli elementi che hanno reso possibile la realizzazione dei CF come "servizi di frontiera", innovativi e istitutivi di nuove modalità organizzative e culturali nel sistema sanitario nazionale italiano. L'analisi ha identificato gli "ingredienti" che facevano parte

della visione di allora, per rendere esplicita la base di senso e di pensiero che ha fatto da sfondo allo sviluppo di questi servizi. A partire da questi elementi, che abbiamo definito "meccanismi generatori delle origini", i prossimi capitoli prenderanno in esame il loro evolversi fino ad oggi e le possibili strategie per attualizzarli al fine di ipotizzare traiettorie evolutive per i CF del futuro.

L'analisi ha raggruppato i meccanismi generatori in macrocategorie (il cambio di paradigma; la relazione tra il "dentro" e il "fuori" e l'alleanza tra professionisti/e e società civile; la cultura organizzativa), declinate nei tre paragrafi presentati nelle prossime pagine.

3.1 Cambio di paradigma: dal modello bio-medico tradizionale ai modelli "sanitario-emancipazionista" e "bio-psico-sociale"

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

*[Fino ad allora] il sogno di ogni giovane ginecologo era quello di entrare in sala operatoria e fare un'isterectomia... e sì, perché non dimentichiamo che la ginecologia era una branca chirurgica e questo aspetto aggressivo era significativo. (...) il rapporto medico, ginecologo e paziente che era particolarmente sprezzante e molto autoritario, questo in generale, **la medicina era molto patriarcale, autoritaria**. [TR: G]*

*(...) il movimento delle donne, il '68, non dimentichiamoci che veniamo dalla stagione del '68 e quindi aveva dato **un'anima diversa alla stessa sanità**, a chi la voleva cogliere. [FG UDI-CIF 1: A]*
*(...) c'era **una rivendicazione di diritti** che possiamo sintetizzare nella scoperta, riscoperta della soggettività femminile **che si sarebbe tradotta nel principio di autodeterminazione**, che voleva dire decidere quando fare figli, un governo più maturo e autonomo della propria sessualità e sostanzialmente della fertilità. Quindi questo tipo di servizio in qualche modo si fece carico di rispondere a questo tipo di esigenze e questo tipo di esigenze fu in qualche modo previsto. [TR: G]*
*(...) venire meno di confini nell'assistenza agita: le aree grigie di competenze professionali si fondavano e trovavano nel **modello bio-psico-sociale** la sua massima espressione. Spesso l'utente, pur vedendo lo stesso operatore, in genere l'ostetrica, riceveva una prestazione che era il frutto di un lavoro di équipe agito dietro le quinte. [FG 1: O]*

Il primo meccanismo generatore che ha funzionato nei CF delle origini è caratterizzato da un cambio di paradigma significativo, che ha rappresentato una chiave di volta nella cultura organizzativa del sistema dei servizi. Analizzando le pratiche lavorative e organizzative narrate in letteratura ed emerse dai dati della nostra ricerca, possiamo riassumere questo spostamento culturale facendo riferimento a due modelli organizzativi che si affermarono, a partire dalla fine degli anni '70 e soprattutto negli anni '80, in contrapposizione al modello bio-medico tradizionale, e che segnarono profondamente la prima fase dei CF: il modello "sanitario-emancipazionista" e quello bio-psico-sociale.

Il modello "sanitario-emancipazionista" si impose, secondo Fattorini (2014), grazie ad una felice coincidenza di interessi culturali e biografici tra i movimenti delle donne, che portarono avanti una logica emancipazionista e di autodeterminazione, e operatori/trici che avevano maturato una critica molto forte nei confronti del modello bio-medico tradizionale. Le donne dei movimenti tacciavano il modello bio-medico di privarle degli strumenti necessari per il controllo del proprio corpo, contribuendo così all'oppressione e allo sfruttamento femminili, e rivendicavano una medicina non limitata "alla cura di patologie secondo un protocollo esclusivamente medico, [ma che operasse] in una dimensione di prevenzione e di attenzione alle cause della malattia anche dal punto di vista ambientale e sociale, mobilitando le necessarie competenze interdisciplinari" (Bonichi e Trafletti 2018, p. 101) e le competenze delle donne stesse, in relazione tra loro.

Molti/e operatori/trici si rivelarono fortemente sensibili all'esplosione di una domanda sanitaria, assistenziale e di cura rispetto a questioni fisiologiche, e non solo patologiche, connesse alla sessualità, alla riproduzione, alle transizioni di vita, che fino ad allora non aveva trovato risposte adeguate. Fu così che in Emilia-Romagna si affermò l'idea di "un servizio conquistato dalle donne, concepito per favorire una più marcata e progressiva emancipazione in termini di libertà sessuale, rappresentata dall'accesso alla contraccezione, dalla possibilità di interrompere una gravidanza indesiderata e, con il tempo, dal diritto a una tutela sempre più estesa della salute femminile, che con il passare degli anni si chiamerà prima salute della donna, poi salute sessuale e riproduttiva, e oggi salute di genere" (Fattorini 2014, p.13). Questa logica emancipazionista e

di autodeterminazione delle donne ebbe la meglio sul modello socio-assistenziale che in altre regioni (minoritarie sul piano nazionale) vide lo sviluppo dei CF come "presidi socio-assistenziali al servizio della famiglia tradizionale, (...) servizi concepiti soprattutto con il compito di sostenere la famiglia nel vorticoso mutare della modernità (...), [con] al centro dei suoi principali interessi la tutela dei rapporti familiari, le problematiche relazionali e sociali generate dalla crisi della coppia (...)" (*ibidem*).

Grazie ai movimenti delle donne e a molti/e operatori/trici dei CF, venne così imposta "all'attenzione dell'opinione pubblica, della scienza ufficiale e del mondo sanitario l'importanza del punto di vista di genere e della soggettività femminile, collocate nel contesto delle relazioni sociali (...) e più in generale l'esigenza della 'democratizzazione' della medicina e della sua apertura alla complessità delle relazioni sociali" (Grandolfo 1995, p. 3).

Contemporaneamente si assistette all'emergere dell'approccio "bio-psico-sociale", sviluppato da Engel negli anni '80 sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ovvero a quel modello che "pone l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili (...) [per cui] il medico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia" (Becchi e Carulli 2009, p. 1). Come vedremo nel corso della nostra analisi, i CF misero in pratica questo modello soprattutto grazie ad un lavoro di équipe che vide un confronto molto forte tra operatori/trici che fino ad allora avevano lavorato entro confini professionali molto ben delineati.

È in questi anni che, come spiega il ginecologo Melega (2014, p. X), si vede la nascita di "una nuova idea di welfare pubblico, che faceva dell'universalismo e dell'equità le sue caratteristiche. Le parole d'ordine per i Consultori erano accoglienza, informazione, comunicazione, sostegno alla libertà di scelta, integrazione tra operatori, multidisciplinarietà, promozione della cultura".

3.2 Forte alleanza tra la componente più avanzata delle istituzioni e i movimenti delle donne: il cambiamento di postura di operatori/trici e utenti

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

Alleanza tra operatori/trici e movimenti delle donne:

*I Consultori sono nati da questa **alleanza tra professionisti e movimenti delle donne**. Questa alleanza, se andiamo a rileggere i documenti, la formulazione, quello che diceva... non dicevano solo "partiamo dai bisogni" (...) Il Consultorio non è nato perché qualcuno ha detto che c'era un bisogno delle donne (...) C'era un pensiero e si è inserito un movimento femminista. [I 4: TP]*

*Le donne degli anni '80 avevano rielaborato per conto loro di cosa avevano bisogno e avevano fatto questa **narrazione e poi l'avevano condivisa con i professionisti, o l'avevano fatta insieme**. [I 5: TP]*

*(...) il lavoro era solo con le donne, noi rispondevamo alle donne, erano le donne che chiedevano e il Consultorio si organizzava rispetto a quello; quindi, l'UDI e tutti quei **movimenti femminili erano determinanti nel nostro lavoro**. [FG 1: G]*

*Il condizionamento operato dagli **utenti che si impadronirono di questo servizio**, questa è una parola forte, ma penso che renda l'idea, cioè lo fecero loro, lo fecero loro, aldilà di ogni aspettativa, uno strumento per la propria emancipazione con il sostanziale consenso degli operatori, **con la sostanziale alleanza degli operatori**. [TR: G]*

Si creò anche una relazione, chiamiamola così, politica, in che senso: che loro effettivamente sapevano quando partecipavano alla gestione sociale quale poteva essere il loro ruolo, non erano solamente lì a fare gli operatori, ma loro sapevano che il loro ruolo doveva essere anche un po' di raccordo con le istituzioni,

Loro erano proprio dentro, esattamente come noi, cioè si sentivano anche corresponsabili che le cose andassero in un certo modo. [FG UDI-CIF 1: A]

*Quindi **una forte partecipazione, una forte gestione sociale** dove l'équipe si incontravano con i comitati di gestione e insieme discutevano e nascevano insieme. [FG UDI-CIF 1: A]*

Cambio di postura di operatori/trici:

(...) è un'esperienza che io ritengo importantissima proprio perché c'è stato un mutamento... cer-

tamente noi abbiamo dato l'onda e l'abbiamo ripresa, però **c'è stato proprio un modo di vedere delle professionalità che erano standardizzate**, anche dentro gli ospedali, **che si sono modificate**, ed il bello di questo periodo (...) era proprio di uscire dagli ospedali che era una cosa mai pensata. E quindi di dare alla prevenzione, di dare al Consultorio uno spazio che non si pensava perché l'ospedale era al centro. [FG UDI-CIF 1: A]

Io mi ricordo un'assemblea dove c'erano scontri, scontri... un'assemblea nel cinema di San Lazzaro tra operatori del Consultorio e operatrici della clinica che costruivano proprio uno scontro perché erano proprio di mentalità totalmente diverse, perché loro **Igli operatori dei CFI si erano formati attraverso la partecipazione e il sentire il sapere delle donne**, loro [operatori ospedalieri] invece partivano dall'essere loro, loro dovevano trasmettere il sapere, invece era il contrario. [FG UDI-CIF 1: A]

(...) per molti di noi la posizione di medico e di sanitario non è stato altro che un modo di fare o continuare a fare politica con altri mezzi. In qualche modo **la militanza politica si trasformava, si liberava nell'attività professionale**. In qualche modo si usciva dall'ambulatorio e **si entrava nelle fabbriche, nelle scuole a raccontare**, ci si sentiva in qualche modo non diversi. (...) Ciò non significava, almeno nella nostra generazione, che la scienza non avesse una sua autonomia e che non fosse considerato un valore diventare avidi nella disciplina, in questo caso nella ginecologia, ma questa abilità era subordinata agli obiettivi di emancipazione che sentivamo dovessero avere la priorità e questo era il messaggio politico e riguardava gli psicologi, medici, le ostetriche... tutti coloro che operavano all'interno di questi servizi. [TR: G]

Cambio di postura e partecipazione delle utenti:

(...) una prospettiva di **autodeterminazione**, cioè tutto quello che riguarda la gestione del proprio corpo, della propria sessualità. Erano gruppi di donne che insieme con i Consultori promuovevano questa cultura della sessualità, del proprio corpo... [FG 4: A]

La partecipazione delle utenti era sì il ceto medio anche laureato ma erano anche le donne operaie sindacalizzate, cioè c'era anche questa, che di fatto son quasi sparite, che però era un elemento fondamentale perché anche donne con la quinta elementare in realtà avevano fatto un percorso di riconoscimento dei propri diritti e quindi erano perfettamente in grado di richiedere delle cose rispetto la propria salute, quindi c'era un **empowerment**, c'era stato grazie ai movimenti, alle organizzazioni politiche e sindacali, c'era un contesto in quel periodo molto particolare che era proprio sentito, e questo aveva proprio ridotto delle disuguaglianze anche rispetto alla propria salute [TR: G]

Quindi tutte quelle che erano le esigenze delle donne, che ci avevano detto per anni, **noi eravamo sempre lì a proporle** e anche come doveva essere il rapporto tra il Consultorio, le associazioni, le utenti perché questo era la differenza. Allora si facevano le **assemblee con le utenti**, assemblee con centinaia e centinaia di utenti. Io ricordo un'assemblea per le elezioni di un comitato di gestione con mille donne, mille! [FG UDI-CIF 1: A]

Per eleggere il Comitato di gestione noi facevamo questa proposta dell'autoproposizione, per dire io sono un'utente e mi autopropongo [e questo ha fatto] **vivere questi strumenti di partecipazione** perché quando all'inizio nascono (...) con dentro i sindacati, quelli dei quartieri, non funzionavano i Comitati di gestione. Nel momento in cui portiamo l'autoproposizione cambia da così a così. [FG UDI-CIF 1: A]

(...) erano loro [i ginecologi] che ci chiedevano, come Comitati di gestione nei quartieri, "possiamo venire tra le donne lì?" (...) non mi scorderò mai quando ci fu un convegno a Roma sulla sessualità e su come vive la sessualità un uomo e una donna che venne quel professorone (...) e fu il primario Pavoni che mi telefonò e mi disse "signora vuole venire con me che andiamo a un convegno sulla sessualità con questo professorone?" Fu una cosa grandissima, che poi uscirono tanti articoli sui giornali, perché sapete benissimo che allora di sessualità non è che se ne parlasse molto (...). Cioè quello che voglio farvi capire è che **servì anche a loro, la loro professionalità si trasformò**. [FG UDI-CIF 1: A]

I saperi delle donne andavano ad arricchire la professionalità degli operatori (...) Ciò che noi dicevamo, come donne, serviva anche a loro [professionisti] per arricchire la loro conoscenza e lo diceva una ginecologa: "io ho imparato di più dalle donne, dal racconto di quali erano gli effetti, di cosa si sentiva, di cosa produceva, sia prima che durante ecc. [FG UDI-CIF 1: A]

Al forte protagonismo del movimento delle donne nella realizzazione dei nuovi servizi consultoriali ha contribuito in modo sostanziale la capacità della componente più avanzata delle istituzioni e dei servizi di allearsi con questa parte di società civile. Fu proprio questa alleanza, da leggersi come importantissimo meccanismo generatore dei CF delle origini, a rendere possibile la creazione di veri e propri servizi "alla frontiera tra istituzioni e società civile" (Grandolfo 1995, p. 3).

Questa alleanza tra le donne e gli/le operatori/trici si costruì su un movimento bidirezionale: da un lato, "da fuori a dentro", in quanto le donne entrarono negli spazi istituzionali, nei comitati di gestione; dall'altro lato, "da dentro a fuori", perché operatori/trici uscirono dagli spazi del servizio per abitare spazi altri, quali assemblee dei movimenti, incontri pubblici in cui si parlava di salute riproduttiva, aborto, etc. I confini istituzionali divennero fortemente permeabili, generando una capacità innovativa in termini di posizionamenti e pratiche molto potente. Traspone dalle diverse testimonianze che il valore di questa alleanza non fu soltanto tecnico, limitato cioè all'ideazione organizzativa del servizio in termini di funzionamento, ma riguardò soprattutto il pensiero alla base di un servizio di frontiera come il CF, la condivisione del senso di questi servizi e delle pratiche che questi servizi hanno sviluppato. Si andò così oltre il tecnicismo portando una nuova visione di servizio sanitario pubblico.

Questo movimento bidirezionale fu reso possibile grazie a importanti cambi di postura vissuti in prima persona dagli/le operatori/trici e dalle utenti dei CF. Come si evince dagli stralci sopra riportati, gli/le operatori/trici dei CF cambiarono fortemente la connotazione della loro identità professionale, prendendo le distanze da quella medicina *patriarcale e autoritaria* tipica del modello bio-medico tradizionale, fortemente legato alla cultura ospedaliera, e aprendosi a nuovi temi, a nuove forme di ascolto e di relazione con l'utenza e la società civile. "Le professioniste dovettero sottoporsi a un serio processo di revisione del loro modo di porsi come tecniche della salute nei confronti delle utenti. Misero in discussione il modello direttivo tradizionale e dettero risalto al momento dell'accoglienza e dell'ascolto" (Grandolfo 1995, p. 4). Operatori/trici che andarono a costituire l'organico consultoriale "erano soprattutto le stesse che avevano partecipato con grande entusiasmo alle battaglie nella società civile sui temi della sessualità, del punto di vista di genere, della soggettività, della complessità, contro il riduzionismo biologico" (*Ibidem*). Emerge quindi una figura di operatore/trice "politicizzata", che si confronta in prima persona con le proposte provenienti dai movimenti e che aderisce, nella stragrande maggioranza, alla vocazione sanitario-emancipazionista. Come spiegato da Fattorini (2014, p. 15) "(...) per molti la scelta di lavorare all'interno dei CF divenne una 'scelta di vita', un modo per coniugare lavoro, professione, passione civile e politica" e in questo quadro "(...) le discussioni, le assemblee, i confronti anche duri erano considerati parte integrante del lavoro, prosecuzione con altri mezzi e altri strumenti dell'attività clinico-preventiva (quella che si svolgeva negli ambulatori)" (*Idem*, p. 33).

Anche le utenti dei CF sperimentano una nuova postura nel rapporto con i/le professionisti/e e con i servizi consultoriali più in generale. I movimenti delle donne si ribellarono al ruolo di pazienti passive assegnato alle donne fino a quel momento dalla ginecologia (come da tutte le altre discipline mediche) attraverso spinte emancipatorie, pratiche di empowerment e la rivendicazione di autodeterminazione sulla propria salute sessuale e riproduttiva. Le utenti presero voce all'interno dei servizi consultoriali, occupando (e condividendo con operatori/trici) spazi di riflessività e partecipazione nuovi in cui furono le protagoniste. Proprio questo coinvolgimento delle utenti su temi così rilevanti permise "di arricchire la qualifica di servizio pubblico attribuita al Consultorio, nel senso di un servizio che si organizza per dare risposte adeguate ai bisogni e alle domande di tutti" (Bonichi e Trefiletti 2018, p. 100) attraverso una forte messa in discussione della propria identità organizzativa e culturale. Questi spazi erano sia di tipo istituzionale, come i Comitati di gestione sociale (che rappresentarono una forma di partecipazione diretta da parte delle utenti alla gestione sociale del servizio), sia informali, come i gruppi autogestiti di donne che si trovavano nei CF o le numerose assemblee pubbliche organizzate nei CF o in luoghi altri – quali le fabbriche, i cinema, le piazze, le scuole, gli asili, i condomini.

Emerge dai dati raccolti come questi spazi di riflessività e partecipazione rappresentano anche luoghi di formazione per gli/le operatori/trici stessi/e, che grazie al confronto con le donne misero in discussione la pratica clinica svolta fino ad allora su molte questioni legate alla salute delle donne. Questa formazione "situata" e partecipata fece entrare i saperi non professionali delle donne nei CF, consentendo a professionisti/e di avere conoscenze appropriate per dare delle risposte alle donne che andavano nei CF. Un tema più volte citato è quello della

menopausa, che fino a quei tempi veniva medicalizzata, trattata con terapie, esami, interventi, mentre col passare degli anni, grazie alle numerose testimonianze offerte dalle donne nei gruppi di confronto, iniziò ad essere interpretata in modo diverso anche dai/lle professionisti/e, e ad essere considerata una tappa della vita delle donne che necessita di momenti di conoscenza, di informazione, ma non per forza di medicalizzazione.

3.3 Un'inedita cultura organizzativa caratterizzata da una forte autonomia organizzativa e libertà di sperimentazione

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

Abbiamo iniziato a **lavorare senza controllo**, noi lavoravamo **in assoluta libertà**. [FG 3: G]
L'accoglienza nei Consultori era considerata un atto assistenziale sanitario, era la porta di ingresso al servizio, informale e totalmente libero da confini, la professionista dell'accoglienza era generalmente l'ostetrica, ma poteva essere il medico o lo psicologo (...) in équipe dove ognuno dava il proprio contributo nel formulare un piano di assistenza e intervento anche sociale. Il punto di forza era che il bisogno di salute veniva ascoltato nel momento stesso in cui si presentava l'utente, senza limite di spazi o tempi, senza l'appuntamento. [FG 3: O]

(...) c'era un'accettazione dell'utenza in maniera diversa, c'era un ascolto, non era poi così importante la prestazione quanto ascoltare le persone che arrivavano per cui non c'erano le liste d'attesa, non c'erano gli ambulatori ma c'era un **accesso libero**, mi ricordo che poi anche a Sorbolo c'era una giornata di due ore in cui l'utenza arrivava ed esprimeva le proprie esigenze che fossero quelle dal punto di vista individuale e psicologico, sociale o ginecologico... [FG 1: G]
L'input che dava a noi [la legge 405/1975] che ci lavoravamo era proprio quello di dire e di provare a fare che le persone le mettiamo al centro e che non hanno bisogno solo di salute in senso tecnico ma hanno bisogno di essere prese in carico e quindi di qui anche la **formazione dell'équipe e il lavorare in équipe**. [FG 1: G]

Allora c'era come pratica del Consultorio il **lavoro d'équipe da parte dei professionisti**, era lavoro in équipe. Si sapeva che poi si sarebbero trovati, che si discuteva. Quindi era proprio un modo diverso, che nasceva proprio dalla richiesta complessiva delle donne che dicevano "io non sono solo una contraccezione, una maternità, non solo la prevenzione dei tumori, perché poi si avviò tutto il discorso della prevenzione dei tumori, ma sono insieme un corpo di donna, una vita di donna" e quindi la psicologia e ginecologia erano visti complessivamente. [FG UDI-CIF: A]

La cosa che non ho scritto ma che mi manca di più è però, sono gli incontri d'équipe con tutte le professionalità dei Consultori, perché da quando c'è stata la divisione il sociale... è continuata una rete però gli incontri d'équipe dove c'era la discussione dei casi e un momento di confronto tra gli operatori quello purtroppo è una cultura, **un ricordo del passato**. [FG 4: O]

Per me è stata una scoperta e sicuramente in quegli anni lì per me è stata un'esperienza bellissima si è creato... si creava ogni giorno qualcosa di nuovo... quando sono entrata **si lavorava con i servizi**... il famoso consorzio socio-sanitario... con il sociale se c'erano dei problemi si cercavano di risolvere. [FG 2: O]

La **presenza fisica dell'assistente sociale** nell'équipe modifica l'identità, le caratteristiche. La presenza dell'assistente sociale per alcuni anni era un elemento di arricchimento generale, di stimolo, non solo per risolvere il problema pratico. Ecco tutta la parte legislativa, per noi era molto molto utile venire a conoscenza di tutte le problematiche dei giovani, questo è. [TR: G]

Condivido questa idea del Consultorio che per lungo tempo è stata **un'area autoreferenziale** con professionisti e utenti che si riconoscevano, ce lo siamo anche detti, che avevano obiettivi comuni sostanzialmente. [TR: G]

Ampliando lo sguardo di analisi sull'organizzazione dei CF delle origini, emergono alcuni meccanismi generatori che hanno reso possibile lo sviluppo di una nuova cultura organizzativa.

Viene spesso richiamata la forte autonomia organizzativa di cui godevano operatori/trici che, sebbene in alcuni casi portasse con sé anche il rischio di disorganizzazione per una mancanza di controllo e valutazione delle attività, dava loro la possibilità di sperimentarsi e modificare le proprie pratiche lavorative – a volte inventandole da zero – rispetto alle esigenze che emer-

gevano, dando luce a dispositivi organizzativi, protocolli, regolamenti, accordi che nascevano proprio dalla pratica, che quindi erano "situati" nel contesto di sperimentazione e attuazione, e non calati e imposti dall'alto o da altri contesti di cura.

Questa capacità di sperimentazione e innovazione fu incentivata anche dal lavoro di équipe multiprofessionale e multidisciplinare, che viene presentato come il *modus operandi* privilegiato delle attività svolte in CF e che "si rivelò un valore aggiunto, sul piano umano e su quello professionale" (Fattorini 2014, p. 15). Lavorare in un contesto di multidisciplinarietà contribuì anche a scomporre "le gerarchie verticali delle conoscenze e delle organizzazioni, in dimensioni orizzontali e pluridisciplinari, dove il sapere delle varie professionalità avesse pari dignità" (Grandolfo 1995, p. 4). La presenza delle assistenti sociali nelle équipe consultoriali mise in pratica un'integrazione tra l'ambito sociale e sanitario che avvenne, oltre che sul piano professionale, anche su quello istituzionale grazie al ruolo forte di indirizzo degli enti locali nelle USL, e quindi nei Consultori, dell'epoca (che, come vedremo, verrà meno con le riforme degli anni '90).

Anche grazie alle attitudini organizzative appena citate, i CF furono servizi in grado di mettere a sistema nuove attività che fino ad allora non avevano un loro spazio legislativo, in particolare, ma non solo, quelle connesse alle interruzioni di gravidanza e alla contraccezione. Dal 1978, come già ricordato, i CF furono il luogo privilegiato destinato a gestire le interruzioni di gravidanza, fino a quel momento illegali. "Nei primi anni di applicazione della legge, il maggior impegno dei CF fu rivolto proprio a far funzionare al meglio la legge. Gli sforzi furono orientati a migliorare il più possibile l'iter (...) fino all'arrivo della donna nell'ospedale dove sarebbe stato praticato l'intervento. (...) sforzi che in numerose realtà condussero ad accordi, convenzioni, protocolli condivisi tra servizi territoriali e ospedali, volti a rendere 'fluidi', e nello stesso tempo occasione di consapevolezza, quel percorso pratico che va dal primo colloquio alla consulenza post intervento" (Fattorini 2014, p. 36). L'altro grande fronte sul quale i CF si impegnarono negli anni '80 fu quello della promozione dell'uso dei contraccettivi. Come spiega Fattorini, l'influenza dei CF sulla promozione dell'uso della contraccezione orale è stata molto rilevante per almeno due motivi. In primis, "l'accesso diretto ai CF (...) e cioè la possibilità di accedere a questo servizio senza l'impegnativa del medico curante a differenze di quanto avviene con i normali presidi specialistici, insieme alla risolutezza delle donne e alla disponibilità del personale sanitario, ebbe una funzione importante nel favorire la prescrizione di questi farmaci da parte di ginecologi che operavano in quelle strutture" (Fattorini 2014, p. 43). Il secondo motivo "consiste nel fatto che in quegli anni il personale dei CF svolse un'intensa attività di educazione alla salute e contribuì alla diffusione di conoscenze riguardo alla contraccezione (...)" (Fattorini 2014, p. 44).

L'accoglienza (principio cardine del servizio) e le modalità di accesso ai servizi consultoriali rappresentano un elemento di forte rilevanza per quegli anni. L'accesso era infatti "diretto", ovvero non necessitava della prescrizione del medico di medicina generale e, in determinate fasce orarie (con differenze tra i CF) anche "libero", ovvero senza prenotazione. Queste caratteristiche, secondo le testimonianze raccolte, contribuirono ad abbattere molte barriere all'entrata dei CF, perché le donne potevano rivolgersi direttamente a operatori/trici consultoriali nel momento del bisogno senza dover passare da altri/E professionisti/e.

Viste queste caratteristiche, a livello organizzativo si plasmò un servizio atipico rispetto al resto del SSN, con un'identità forte e connotata che portò a sperimentazioni e innovazioni di forte rilievo. L'altro lato della medaglia, però, riflette anche una tendenza dei CF a svilupparsi come un servizio "di nicchia", che in molte occasioni fu tacciato come "ideologico". Secondo Fattorini (2014, pp. 15-16) "il nome stesso del servizio evoca ancora oggi non un servizio pubblico, articolazione del SSN, ma quasi uno strumento 'privato' cioè gestito direttamente da chi ci lavora, un servizio sanitario speciale, conosciuto bene solo da chi vi opera, ma poco trasparente ai più. Bisogna ammettere, a distanza di tempo, che fino a qualche anno fa, nel bene e nel male, era proprio così: i CF sono stati per una lunga stagione della loro storia un servizio autoreferenziale, atipico e un po' ermetico, poco capace di trasmettere all'esterno le tante iniziative organizzate, sebbene ricco di competenze, di entusiasmo, di volontà di cambiamento". Queste caratteristiche possono leggersi come una necessità di difesa della propria identità da parte di un servizio in via di costruzione, all'inizio di un percorso identitario non facile, che ha quindi bisogno di partire dai suoi tratti distintivi e di rivendicarli, stressando quegli elementi che lo caratterizzano e lo distinguono dagli altri.

4. L'evoluzione della cultura consultoriale dagli anni '90 ad oggi

I meccanismi generatori che hanno caratterizzato l'origine dei CF si sono nel tempo modificati, lasciando spazio a – o in alcuni casi venendo letteralmente investiti da – cambiamenti culturali e organizzativi che hanno portato ad un'evoluzione della cultura consultoriale verso traiettorie spesso in contraddizione con i valori e i principi della prima fase di sviluppo e affermazione di questi “servizi di frontiera”. Vediamo nel presente capitolo come questi cambiamenti siano vissuti e narrati dai/lle partecipanti alla ricerca, consapevoli che le sensazioni trasmesse non rappresentino una fotografia dettagliata di aspetti organizzativi definibili in forma oggettiva, ma piuttosto elementi di riflessioni significativi per leggere il presente da una prospettiva genealogica e ragionare poi sulle possibili strategie evolutive future. In questa logica, i prossimi paragrafi analizzano i dati raccolti sul campo e dalla letteratura evidenziando come i meccanismi generatori si siano evoluti dagli anni '90 ad oggi.

4.1 Il processo di “aziendalizzazione” tra approccio prestazionale, standardizzazione e “cuppizzazione”

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

*L'aziendalizzazione di suo ha fatto sì che imposto dei dogmi, degli obiettivi, un budget e quindi su questo il budget ha poi **ritagliato i nostri vestiti e ci stanno stretti** o almeno a me personalmente stanno stretti. [FG 3: O]*

*Io ho fatto delle esperienze molto belle e molto interessanti però **quando c'è stata l'aziendalizzazione ho dovuto fare il funerale al Consultorio** per poter cominciare a lavorare, per poter continuare, è stata per me una grande sofferenza. Io dico che non lavoro più dove ho cominciato a lavorare, quindi mi son dovuta fare una ragione e dire che per me questo non è più il Consultorio, è un'altra cosa. [FG 3: O]*

Approccio prestazionale

*(...) il tutto si riduce ad una **mera rendicontazione prestazionale**. Insomma, quante prestazioni hai fatto. [FG 1: G]*

*Sottolineo appunto la **contraddizione tra quella che è la prevenzione**, usiamo sempre questa parola ma poi alla fine della fiera ci richiedono sempre la prestazione quindi con questa contraddizione anche del tempo. [FG 5: O]*

*(...) ecco un po' **distributori di prestazioni**, sì, di accontentamento, nel senso che io, il professionista che sono lì, guardo le agende e ti accontento, chi è il primo che è disponibile. [FG 1: O]*

*Per me l'**evento CUP e il prestazionale** hanno rovinato tutto quello che era la mission del Consultorio... l'hanno proprio distrutto completamente... l'altra cosa è l'**obiettivo numerico** che ci viene chiesto oggi: noi dobbiamo dare dei numeri, e non è più il tempo che dedico e vado a recuperare una condizione, un caso, ma è: quante prestazioni faccio in un mese? Quanta gente viene? Quanta gente passa? Non è più la qualità di quello che offro, ma un mero passaggio di questo genere. [FG 2: O]*

*(...) ci hanno cominciato a chiedere di **quantificare le prestazioni, di scandirle e di scorporarle**. Per cui io non vedo una gravida, ma vedo una visita, ascolto un battito, devo scandire sempre tutto quindi se io sono in accettazione si pensa che non abbia lavorato quella mattina. [FG 3: O] Purtroppo, però, se tu fai un'offerta di prestazione **lo spazio per ascoltare e per partecipare non riesci sempre ad offrirlo**. [FG 4: G]*

*Si è **privilegiata la prestazione piuttosto che la relazione**. [FG 4: O]*

*(...) mi sono trovata a lavorare non più con dei progetti, con qualcosa tra le donne, l'operatore, con quello che la legge ci dice anche che cosa è il Consultorio... è diventato come un **pacchetto prenotazioni-prestazioni**, tutto molto specialistico. [FG 3: O]*

Da Consultorio a poliambulatorio

*Il Consultorio io adesso lo vedo **come un ambulatorio**, nonostante ancora nel Consultorio della mia città ci sia un buon rapporto anche con i medici, le ostetriche, c'è ancora ma non è lo stesso spirito. [FG UDI-CIF 1: A]*

Per intenderci, anche in seguito alla chiusura di poliambulatori o degli ambulatori delle cliniche i Consulteri sono andati sempre di più caratterizzandosi verso prestazioni di tipo sanitario, ma

*spesso sembrano quasi degli **ambulatori di serie b**, dove si rivolgono persone che non possono pagare. Hanno quindi perso una loro specificità. [IP 2: O]*

Distanza politica-salute

*Io credo che ci sia un aspetto storico- politico nel senso che la salute fa parte della politica. Il bisogno di salute delle persone deve far parte della politica. **Così come la politica si è allontanata dalle persone, la salute ha fatto altrettanto.** Quindi la gestione in stile manageriale della salute si allontana da quello che è lo spirito della salute. La salute non può essere considerata un bene mercanteggiabile. (...) E quindi credo che l'aspetto più negativo sia proprio questa divaricazione, gli esseri umani che hanno bisogno di essere ascoltati, curati e una politica che va per la propria strada in una direzione manageriale quindi una gestione più mercanteggiata della salute. Infatti, tutte le volte, non ultimo ieri, ci dicono allora badate sempre ai costi, ma i costi non sempre... nella salute bisogna pensare che certe volte si va anche in perdita perché l'obiettivo è più ampio. [FG 1: O]*

Tra standardizzazione, omogeneizzazione e variabilità

*C'è stata proprio una **standardizzazione sia strutturale che organizzativa** (...) non si possono fare cose diverse nelle diverse realtà... mi viene in mente il corso di massaggio infantile nel Consultorio di X: visto che a Y [CF dello stesso distretto] non si fa più perché c'è il Centro per le Famiglie, non possiamo più farlo neanche noi. [FG 2: O]*

*Ogni Consultorio, ma anche da noi è successo, aveva caratterizzato delle particolari caratteristiche a seconda del bacino di utenza che aveva perché anche se la città è una, a seconda dei quartieri c'era un'esigenza diversa della popolazione e quindi **ogni Consultorio aveva sviluppato delle peculiarità**, è vero. Adesso quasi quasi mi sembra proprio di non rispondere alle esigenze delle persone che stiamo seguendo in base a questa standardizzazione perché è più standardizzazione che omogeneizzazione perché si è creato uno standard assistenziale. [FG 5: O]*

*Io lavoro in un Consultorio periferico, quindi che ha un certo stile, e uno invece centrale dove avvengono altre cose. Sono **due cose diverse** per me! [FG 4: O]*

*Poi io sto parlando di medie regionali ovviamente, se noi andassimo a vedere le realtà per provincia il numero di ore delle ostetriche, di ginecologi, di psicologi sulla popolazione target sono **profondamente diverse** da Piacenza a Rimini, insomma, e quindi quello magari di **rendere più omogenee** quelle attività sicuramente aiuta. E anche nei dati di attività questa cosa si vede, perché in realtà il numero degli utenti, il numero di accessi, di prestazioni nelle varie province, nelle varie aziende è molto collegato ovviamente al personale presente perché di fatto è così, non è che c'è, è così il dato. [TR: G]*

Le persone coinvolte nella ricerca hanno posto molta enfasi sulle ripercussioni delle riforme degli anni '90, e in particolare del processo di aziendalizzazione, sull'organizzazione dei CF e sui rapporti tra operatori/trici e amministrazioni e tra operatori/trici e utenti. I paradigmi sanitario-e-mancipazionista e bio-psico-sociale che hanno caratterizzato la prima fase dei CF sembrano per molti professionisti essere oggi offuscati da un approccio di tipo prestazionale, che porta ad una standardizzazione e "cuppizzazione" del servizio e ad uno "snaturamento" della cultura consultoriale delle origini. Se da un lato questo processo risponde ad esigenze organizzative di modernizzazione dei servizi e di equità all'interno degli stessi, dall'altro lato viene presentato come uno "sgancio" tra la salute e la politica, una dissociazione tra il pensiero tecnico e quello politico e, ancor più, quello manageriale, con una conseguente perdita del "senso" entro cui i CF si sono sviluppati.

Gli stralci sopra riportati danno un'idea della sensazione di frustrazione trasmessa da molti/e operatori/trici quando spiegano che si sentono dei "distributori di prestazioni", costretti/e a ridurre il tutto ad una "mera rendicontazione prestazionale" e a quantificare, scandire e scorporare le prestazioni a discapito dell'ascolto e della relazione con l'utenza e in contraddizione con quello che è la prevenzione. Anche Fattorini (2014, p. 52) sottolinea come "(...) l'orientamento sempre più legato ai valori dell'efficienza del sistema a scapito molto spesso di altri valori altrettanto rilevanti (...) ha provocato nei fatti una penalizzazione dei servizi più fragili in termini di quantificazione dei risultati e di identità. Sono stati proprio quei servizi la cui caratterizzazione esplicitamente sanitaria risultava meno facile a individuarsi, i servizi dedicati alla prevenzione ma non solo, che hanno avuto le maggiori difficoltà a essere 'integrati' nella cultura manageriali (...)". Così, la percezione

di molti/e è quella di una trasformazione dei CF in ambulatori o poliambulatori, in alcuni casi "di serie b", dove si rischiano di erogare "prestazioni esclusivamente sanitarie con le conseguenze di una omologazione totale a un modello biomedico tradizionale" (*Idem*, p. 16).

La spinta alla specializzazione delle prestazioni ha avuto come altra conseguenza quella dell'affidamento al CUP (Centro Unico di Prenotazione) della gestione delle prenotazioni e delle liste d'accesso. Come già emerso dalla ricerca di Bruni e colleghi (2007a, 2007b), anche i/le partecipanti alla nostra ricerca considerano che questa innovazione organizzativa abbia avuto numerose ripercussioni sul servizio, sia in termini di organizzazione interna, sia per quanto concerne il rapporto con l'utenza, e presentano la mediazione del CUP come una mediazione inutile, se non nociva, "che allontana (anziché avvicinare) l'utenza e che, inoltre, contribuisce a una percezione dell'accesso come processo complesso e articolato" (Bruni et al. 2007b, p. 127). In molte testimonianze si assiste ad una rivendicazione di autonomia e discrezionalità da parte di operatori/trici necessaria al buon funzionamento dell'accesso al servizio, e, più in generale, al buon funzionamento dello stesso. Come messo in luce da Bruni e colleghi (2007, p. 138), "Pare che la possibilità di azione organizzativa degli operatori sanitari sia stretta in una morsa: da un lato non possono gestire gli accessi da un punto di vista organizzativo [la causa del CUP], dall'altro è proprio il loro intervento a risultare indispensabile nei casi più urgenti e/o laddove la situazione sia diventata urgente a seguito di un ritardo nell'accesso". Possiamo dire che "cuppizzare" il CF, secondo i dati raccolti, vuol dire perdere tutti quegli elementi di innovazione che non lo riconoscevano come un luogo basato unicamente sull'idea di produrre prestazioni, ma un luogo che aveva senso rispetto alle tematiche che presentava e che affronta, in cui venivano poi lasciate tutte una serie di modalità di lavoro che lo distingueva per certi versi da quelli che potevano essere i servizi tradizionalmente intesi.

Altro elemento a cui fanno spesso riferimento (tendenzialmente in senso negativo) operatori/trici e alcune utenti quando si riferiscono alla situazione attuale dei CF è quello della standardizzazione. La sensazione che condividono è che per rispondere alle logiche dell'aziendalizzazione e dell'approccio prestazionale sia subentrato un "obbligo" a uniformare tutti i CF e a omologare le pratiche lavorative svolte al loro interno, con la conseguenza di non sentirsi più legittimati/e a quella possibilità di sperimentazione che un tempo permetteva ad ogni singolo CF di modellarsi rispetto alle caratteristiche del territorio e a offrire risposte personalizzate.

Allo stesso tempo, però, dalle parole di operatori/trici emerge anche una forte variabilità tra i CF. Donati e colleghe (2019) sottolineano come, a livello nazionale, i modelli organizzativi e le attività dei CF siano caratterizzati da una forte variabilità e spiegano come questa sia da leggersi, da un lato, come un valore aggiunto ereditato proprio dall'attitudine sperimentale che ha caratterizzato dal principio questi servizi, e dall'altro lato come conseguenza di riferimenti normativi diversificati a livello regionale, di specificità territoriali di tipo organizzativo, di diverse dotazioni di risorse umane ed economiche, della mancanza di obiettivi operativi appropriati e misurabili in termini di salute pubblica, delle difficoltà a implementare attività di prevenzione e promozione della salute sul territorio e a valutare il loro impatto. Questa variabilità sembra però caratterizzare anche i CF dell'Emilia-Romagna e i CF di medesimi distretti, come confermato anche dai dati regionali sulle attività dei CF, dalle osservazioni etnografiche svolte durante la ricerca e da altri dati presenti in letteratura. Focalizzandoci sul piano regionale, la differenza riscontrata maggiormente, e comune a tutti i Distretti, dai/le protagonisti/e della ricerca è quella "tra centro e periferia", tra "CF di montagna e di pianura", tra "CF piccoli e grandi". I già citati report annuali regionali sulle attività consultoriali mettono in luce una grande variabilità tra i distretti, specialmente nel rapporto tra utenti e popolazione target, nel numero delle ore settimanali del personale sulla popolazione target, nel rapporto tra accessi e popolazione target.

Anche Simonetta Simoni, nella ricerca svolta in Emilia-Romagna alla fine degli anni '90, rimarca la presenza di modi di funzionamento e culture professionali molto differenti nei servizi consultoriali. Prendendo in analisi le due dimensioni dello sviluppo di attività psicosociali e dello sviluppo di attività sociosanitarie, individua quattro tipi principali di CF, che in parte sono riscontrabili ancora oggi:

"Il primo tipo è il consultorio "generalista", quello che garantisce, come tutti i consultori, le stesse prestazioni di base. In questo tipo di servizio sono presenti in misura minore, rispetto agli altri, attività o progetti "innovativi".

Il secondo tipo è il consultorio 'specialistico ostetrico – ginecologico', caratterizzato dall'assenza

o dal numero molto ridotto di ore di presenza sia di psicologi che di assistenti sociali.

Il terzo tipo è il consultorio 'a doppia linea di sviluppo', dove si ampliano parallelamente sia attività psicosociali che sociosanitarie e c'è un buon investimento di risorse in progetti innovativi. È un tipo di consultorio dove il numero di prestazioni, di utenti, di accessi di queste due aree di attività è sopra la media regionale.

Infine, troviamo un quarto tipo: il consultorio, definibile 'psicosociale'. Il consultorio psicosociale presenta come caratteristica fondamentale quella di avere tra il personale a disposizione degli assistenti sociali, che altri consultori non hanno, e di avere un numero di ore di accessi, di utenza, delle attività psicosociali che è leggermente o abbondantemente al di sopra della media regionale." (Simoni 2001, pp. 3-4)

Standardizzazione e variabilità sembrano quindi rappresentare due tendenze entrambe presenti che vanno lette a nostro parere nella loro complessità, come modalità che se da un lato cercano di rispondere ad una cultura dell'equità, al tempo stesso rischiano entrambe (sebbene apparentemente siano uno l'opposto dell'altra) di produrre, o riprodurre, disuguaglianze nelle pratiche di cura. Come ben spiegato da Bruni e colleghi (2007), sebbene la standardizzazione sia considerata dal pensiero organizzativo la modalità più efficiente per produrre organizzazione e per rispondere al "problema" delle differenze grazie alla segmentazione dell'utenza in categorie omogenee (nell'ottica di garanzia dell'uguaglianza di trattamento), allo stesso tempo essa simbolizza anche "il muro contro cui si infrange il diritto soggettivo a rappresentare la propria unicità" (*Idem*, p. 33), portando a livello organizzativo ad una sottovalutazione delle differenze. È in questo rischio di sottovalutazione delle differenze che la capacità di offrire variabilità può intervenire, ma rischiando essa stessa di creare altre forme di disuguaglianza nei diversi territori. Avremo modo di approfondire nel capitolo 5 le traiettorie auspicabili per affrontare, e tentare di superare, queste contraddizioni.

Queste testimonianze portano ad una riflessione importante sui CF di oggi che, come tutti gli altri servizi della rete, si trovano a gestire (negli ultimi decenni più di prima) infinite differenze contribuendo a produrre e riprodurre (o, viceversa, a ridurre) disuguaglianze nel modo in cui predispongono le pratiche organizzative.

4.2 Evoluzione della relazione tra "dentro" e "fuori" e tra operatori/trici e società civile

La "rottura" dell'alleanza e il processo di istituzionalizzazione e individualizzazione della partecipazione

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

Rottura di un'alleanza: la distanza tra operatori/trici e utenti e associazioni

*Io mi ricordo, invece, che anni dopo, mi trovai a dover dire a qualche operatore "capisco, è un esercizio di pazienza starci ad ascoltare" cioè le cose diventavano sempre più difficili, **si stava rompendo questo rapporto molto importante, questa alleanza.*** [FG UDI-CIF 1: A]

*Io ho sentito amaramente dei rimproveri da parte di operatori adulti, non voglio dire vecchi, che dicevano: "eh però le donne allora erano vicine a noi, adesso non lo sono più e noi ci sentiamo soli". Eh, però, perché?! (...) più che altro **non c'è nessuna forma di gestione effettiva oppure di partecipazione**, non chiamiamola più gestione.* [FG UDI-CIF 1: A]

Comitati consultivi misti

*(...) la gestione sociale era questo cioè stare in mezzo alle donne ma soprattutto stare con i professionisti. Questa cosa ovviamente non c'è in questa maniera, però credo che ci siano delle differenziazioni (...) l'UDI è dentro i **comitati consultivi misti**, anche se diciamo che non è in forma di rappresentanza, ci sono tante problematiche, però ci rimane dentro e devo dire che sui consultori noi conosciamo molto, abbiamo tutti i dati e ogni anno almeno due sedute del comitato misto vengono dedicate al consultorio familiare. (...)*

*Quello che è staccato è mentre prima c'era la cogestione, è che **l'équipe multidisciplinare va avanti per suo conto.*** [FG UDI-CIF 1: A]

Per quanto riguarda questa questione dei **comitati consultivi misti** ricordo bene che ci fu un momento proprio... dove dal punto di vista della partecipazione nei consultori sembrava chiusa una fase, un'era. Non c'era una grande idea precisa, anche perché la gestione socia-

le fu chiusa con la motivazione che diventando il consultorio un'azienda non era possibile avere una forma di partecipazione di quel tipo con le utenti... era una questione che riguardava tutta la sanità. (...) Quando ci fu la legge che istituì i comitati consultivi misti si cominciò immediatamente a dire di partecipare. Noi per un po' di anni, motivandolo tutte le volte, abbiamo detto che non partecipavamo a queste forme di partecipazione, (...). Le motivazioni erano proprio che **la partecipazione doveva essere una partecipazione che conta**, ricordo che dicevo dal momento che i vantaggi politici non ci sono, vantaggi economici tanto meno, o conti o soddisfazione zero per avere una partecipazione e quindi **c'era troppa distanza**, ricordo che la critica rispetto ai comitati consultivi misti era **l'eccessiva distanza fra la partecipazione e la reale utenza** nel senso che è vero partecipavano (...), io vedevo tutta questa partecipazione distesa di associazioni. Mi sembrava, appunto, che fosse **troppo lento il language**, mi sembrava **molto burocratica**. [FG UDI-CIF 1: A]

(...) questo organismo [CCM] però ha avuto un esito positivo e negativo: negativo perché ha rotto quel rapporto diretto ed è diventato anche politico trasformandolo in organismo tecnico anche se era formato in modo paritetico sia da primari che da utenti, soprattutto organismi del terzo settore. **Non c'era più quello spazio di riflessività, di confronto**. E però la **gestione di controllo si era ampliata notevolmente** perché noi andavamo a lottare. [FG UDI-CIF 1: A]

Il comitato consultivo misto invece non ci includeva (...) c'è da dire che questo comitato consultivo misto è meglio non esserci che esserci per le cose che fanno adesso, che faceva e che ha fatto. [FG UDI-CIF 1: A]

Tracce di partecipazione oggi...

Esistono **fili sottili che uniscono alcuni gruppi femminili con gli operatori del consultorio**, sembra però di entrare in un **ambito "extraprofessionale"**, ovvero il singolo operatore mantiene rapporti con gruppi per propria volontà in un'alleanza che esce dal "professionale", ma va nel "personale". [FG 3: O]

A me è quello che mi fa veramente impressione è che **parli con operatori che conoscono a malapena una o due associazioni**. Allora quando gli dici "scusate ma su questo territorio... guardate che c'è l'associazionismo e il volontariato è molto molto aumentato, ci sono associazioni di ogni tipo dall'uncinetto alla raccolta fondi, che è una cosa incredibile". Quindi interfacciarsi con il mondo dell'associazionismo vuol dire veramente bagnarsi in un oceano (...) io quello che ho trovato [in alcuni operatori] è **una grandissima distanza**, una grandissima distanza, ed il primo contatto c'è solamente con le associazioni più consolidate, c'è faccio un esempio l'AVIS, c'è quelle con una storia lunghissima, ma in tutto il magma che si è smosso negli ultimi anni... [TR: S]

(...) quando bisognava un po' uscire dalle attività e di **spostarsi sul mondo dell'associazionismo e del volontariato era un buco nero**. [TR: P]

Io credo che ci sia ancora, per la nostra realtà, **una nuova forma di partecipazione** perché la sanità a X, i reparti, il territorio si confronta ancora non più con i comitati ma con delle associazioni ad hoc, per esempio abbiamo una miriade di associazioni... amici fegato, cuore... e ci sono associazioni che confrontandosi con l'ospedale hanno avuto molte cose. Ecco io credo che oggi nella nostra realtà ci sia una nuova forma di partecipazione che **andrebbe rivista, regolamentata meglio**, però non è completamente sparita. [FG UDI-CIF 1: A]

(...) ecco io dico sempre che manca l'associazione per le unghie incarnite [risate]. Per me è insopportabile questa cosa. Come mi è insopportabile vedere **queste associazioni negli atri degli ospedali**. Come UDI non abbiamo mai sfruttato questo, neanche l'8 marzo con la mimosa, mai, perché secondo me gli ospedali sono dei luoghi sensibili dove non si dovrebbero fare neanche le preghiere contro le donne che interrompono la gravidanza... e noi ci battiamo contro questo obbrobrio, io questo non lo tollererò mai ed abbiamo scritto a tutti, secondo me queste cose, questa situazione come associazioni delle donne queste cose le dobbiamo rifiutare, rifiutare i comitati consultivi misti, rifiutare le **associazioni che fanno a pezzettini il nostro corpo**, una insegna ad allattare, l'altra insegna a non so a combattere quale male, ora ogni male che salta fuori si costituisce un'associazione. FG UDI-CIF 1: A]

In qualche modo negli anni '80, '90 erano i cittadini che si mettevano insieme e proponevano dei bisogni e poi c'era questa mediazione, questa sintesi che facevano i sindacati, i partiti politici, le associazioni, insomma c'era questa struttura sociale che in qualche modo, io vedo adesso,

pur troppo vedo più delle associazioni di malati che diventano delle lobby che in realtà fanno fatica, cioè la società fa fatica. [TR: G]

Una partecipazione individualistica...

***Oggi partecipo perché mi interessa!** Partecipo perché sono una mamma che allatta ed ho bisogno di persone che mi sostengono in questo e guarda caso mi va anche bene perché mi sta andando bene ad allattare allora mi metto insieme ad altre mamme e insieme ad altre mamme aiuto altre mamme ad allattare. Quindi è proprio **quasi funzionale, utilitaristica** però funzionale a quel tipo e a quel gruppo di persone ha in quel momento lì e riescono a fare anche gruppo. (...) il gruppo è solo legato a target specifici, quello che tu ricavi. [FG 4: G]*

*Poi non teniamo conto che le persone e molto ma anche la società si è sviluppata in modo individuale, quindi c'è anche una **partecipazione individuale della persona** che ti viene a dire all'interno di un setting in cui ci sei tu e la persona, ma se tu indirizzi le orecchie ti racconta come vorrebbe che fosse il servizio oppure cosa vorrebbe. (...) il concetto di partecipazione dei nostri tempi era di lavorare per il bene non individuale ma collettivo, adesso questo non è più possibile. [FG 4: G]*

*La modalità di comunicazione per e da i CF con l'esterno è cambiata. Da associazioni femminile/gruppi di donne nelle fabbriche con bisogni condivisi versus i servizi e le istituzioni. **Si è passati a richieste di singole persone versus operatori per prestazioni uniche individuali.** Gli operatori, assieme ai loro responsabili di servizio, "aggiustavano il tiro", ovvero trasformavano la richiesta "grezza" in assistenza sanitaria agita. Oggi **la richiesta avviene singolarmente**, dove possibile anche attraverso il web, e l'assistenza sanitaria agita che è restituita spesso è frutto di standardizzazioni. Le donne prima avevano il loro collettivo fuori, andavano in piazza e poi venivano anche con delle aggiustature. [FG 3: O]*

Istituzionalizzazione della partecipazione

*La partecipazione aveva un significato nel momento dell'apertura dei consultori ed aveva un significato (...) questa parola ha un significato molto diverso oggi, ed anche qui c'è una sorta, mi vien da dire di istituzionalizzazione, anche di questa dimensione. (...) La progettazione partecipata è entrata come routine, come processo diciamo normale, routinario, previsto in tutte le pratiche di cambiamento urbanistico (...). Questa parola "progettazione partecipata", "partecipazione" ha tutto un altro significato nel momento in cui diventa un processo istituzionalizzato (...). La **progettazione partecipata** si è così modificata che è diventata una sorta di **elemento di governance dei servizi e delle politiche**. (...) cambia tutto, cambia il significato, cambiano le modalità, ma cambiano non solo gli attori sociali che sono presenti ai processi di partecipazione partecipata, cambiano le loro attese, cambia il modo di esercitare, questo che sta diventando non un'opzione volontaristica, ma **una sorta di diritti-doveri**. Ci sono stati molti slittamenti su questo tema che è molto importante. (...) C'è una differenza tra chi sta dentro i processi di progettazione partecipata e i bisogni e le domande degli utenti. Non sono più sovrapponibili. La nostalgia, se di nostalgia si può parlare degli anni '70 è che non c'era questa differenziazione mentre oggi non è detto, anzi a me vien da dire che c'è sicuramente una **distanza** che noi possiamo vedere **tra le persone che si ingaggiano nei processi di partecipazione partecipata e le utenti** che invece chiedono altro, chiedono per esempio: non mi stressate con la partecipazione ma datemi il servizio, punto. (...) mentre se pensiamo alla matrice originaria **c'era molta più vicinanza tra chi partecipava e chi poi, i soggetti** che erano in carne ed ossa o che comunque erano in grande parte accumulate da quel tipo di cultura, da quel tipo di domanda e che erano sostanzialmente le stesse. [TR: S]*

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito ad un cambiamento radicale nelle forme di partecipazione della società civile nei CF e di relazione tra operatori/trici e utenti.

Si assiste, *in primis*, ad una sorta di "rottura" di quell'alleanza che abbiamo identificato come uno dei meccanismi generatori fondamentali delle origini. Tra operatori/trici e movimenti delle donne si è andata a creare una "grandissima distanza" che, secondo le testimonianze delle donne dell'UDI e del CIF, è da rintracciarsi sì nei cambiamenti di natura socio-politica, ma anche nella scomparsa dei Comitati di gestione sociale, e con essi di uno spazio di partecipazione "vera" nei CF. Il momento di passaggio è segnato dalla legge regionale 19/1994, che istituisce i Comitati

consultivi misti quali organismi tecnici finalizzati al controllo di qualità da parte degli/lle utenti, con una forma e un significato molto diverso rispetto a quello che erano i Comitati di gestione. Come si legge negli stralci sopra riportati, è venuta meno la co-gestione (l'équipe "va avanti per suo conto"), "c'era troppa distanza", la partecipazione richiesta nei CCM non era "una partecipazione che conta", era "molto burocratica".

Dagli anni '90 in poi le tracce della passata alleanza sembrano ritrovarsi principalmente in due forme relazionali. Da un lato, si raccolgono ancora i frutti del passato grazie a quei "fili sottili" tra movimenti delle donne e alcuni/e operatori/trici, che hanno resistito ai cambiamenti organizzativi grazie alle relazioni personali instaurate negli anni precedenti. Chi ne parla la presenta ancora come una ricchezza per i CF, ma ne mette in luce anche i limiti, riassumibili nello spostamento di un'alleanza che un tempo si poteva definire "di sistema" e professionale, in quanto riguardava direttamente l'organizzazione nel suo insieme, verso una alleanza, oggi, di tipo più "personale", "extraprofessionale", che coinvolge solo singole persone particolarmente sensibili per la loro storia, ma non per un mandato istituzionale da parte dell'organizzazione.

Dall'altro, altre tracce dell'alleanza delle origini si ritrovano nel rapporto con le associazioni presenti nei territori, considerato all'unanimità un aspetto importante su cui lavorare, ma anche un terreno scivoloso, che presenta una forma di partecipazione diversa rispetto agli anni '70 e '80 e che necessita di una riflessione profonda da parte delle istituzioni in connessione con l'utenza. Infatti, soprattutto le donne dell'UDI e del CIF, ma anche diversi/e operatori/trici, sollevano molte critiche nei confronti dell'evoluzione di alcune associazioni verso temi iper-specifici (associazioni malati di cuore, di fegato etc.), che mancano di quella visione olistica che caratterizzava la visione consultoriale, concentrandosi su "pezzettini del nostro corpo" e, soprattutto, verso una partecipazione associazionistica che entra nello spazio pubblico dei servizi non sempre rispettando appieno le scelte delle donne, con il rischio in alcuni casi di interferire con le pratiche di cura offerte dal sistema sanitario (il riferimento è soprattutto ad alcune associazioni cosiddette "pro-life" che organizzano manifestazioni antiabortiste o momenti di preghiera in alcuni spazi dell'ospedale o dei CF). Allo stesso tempo, operatori/trici dimostrano, da un lato, una generale mancanza di conoscenza nei confronti del significativo tessuto sociale presente nei territori e, dall'altro, anche quando sono in contatto con soggetti del terzo settore, sottolineano la difficoltà di capire con chi e in quali forme avere relazioni, perché non sempre è scontato trovare nelle associazioni una totale compatibilità con la *mission* del CF e il/la singolo/a operatore/trice si sente spesso solo/a (e non sempre con le competenze adeguate) nel valutare quali associazioni, e come, prendere in considerazione.

Ulteriore aspetto che segna un cambiamento di passo molto significativo rispetto alla partecipazione degli anni '70 è quello che da alcuni/e è definita una "partecipazione individuale della persona", riassumibile nella seguente affermazione di una ginecologa: "oggi partecipo perché mi interessa!". Viene percepito nei CF un atteggiamento molto individualistico delle persone che, o partecipano con richieste individuali che pongono al/la singolo/a operatore/trice, o si uniscono in gruppi, come accennato poco fa, con altre persone che stanno vivendo la medesima esperienza (ad esempio il gruppo delle neo-mamme), in un'ottica che da qualcuno viene definita "funzionale e utilitaristica". In tutte queste forme di partecipazione, si legge una mancanza di quel movimento bidirezionale "da fuori a dentro" e "da dentro a fuori" che aveva caratterizzato gli anni '70 e '80, oltre che il venire meno di quell'intermediazione politica e collettiva rappresentata storicamente dai sindacati, dai partiti politici o anche da un terzo settore con uno sguardo politico che potremmo definire "più ampio".

In ultimo, vale la pena ricordare, anche grazie all'intervento di Simonetta Simoni durante la tavola rotonda organizzata nell'ambito della ricerca, il cambio di significato del termine "partecipazione" a partire, in particolare, dagli anni '90. I rischi oggi sono connessi ad un processo di "istituzionalizzazione della partecipazione" che si può ben vedere nei sempre più diffusi processi partecipativi in ambito urbanistico, o nella progettazione partecipata dei Piani di Zona, dove la partecipazione rischia di diventare quasi "un elemento di governance dei servizi e delle politiche", caratterizzata dalla distanza tra coloro che partecipano e l'utenza reale dei servizi. Su questi temi si rimanda ai numerosi studi di teoria critica della partecipazione in ambito sociologico (per una panoramica si consiglia Moini 2012) e ai processi Community Lab¹⁰ che l'Agenzia sanitaria e

¹⁰ Da intendersi come metodo "trasformativo" che prevede la produzione di conoscenza attraverso l'azione con la comunità, a partire dall'attenzione forte alle dimensioni quotidiane del lavoro dove è richiesta la mobilitazione e l'attivazione di processi collettivi. Esso si basa sullo studio di casi ed è finalizzato a comprendere meglio le comunità di oggi e le possibili forme di evoluzione in materia di welfare locale grazie all'apporto dei cittadini stessi. Maggiori

sociale regionale dell'Emilia-Romagna realizza dal 2013 proponendo una forma di partecipazione con premesse e pratiche differenti.

Un ulteriore cambio di postura di operatori/trici e utenti

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

OPERATORI/TRICI CHE CAMBIANO POSTURA

La fatica dell'ascolto...

*Io non penso che le donne non chiedano, io penso che le donne chiedono, non chiedono più in maniera organizzata, non ci sono più i gruppi di donne, però chiedono e penso che noi affaticati **facciamo più fatica ad ascoltare** oppure ascoltiamo ma poi facciamo fatica ad andare incontro a queste richieste. [FG 3: O]*

Non si ha più il tempo di parlare con la donna. [IP 2: O]

*(...) Una volta c'era una **relazione personale e informale** con l'utente, **adesso è più professionale.** [FG 4: O]*

*L'ostetrica ultimamente è sempre più impegnata a svolgere dei compiti amministrativi e quindi io mi sento in alcune situazioni un po' **più relegata all'ambulatorio**, devo fare quelle prestazioni lì, devo stare lì dentro e **a me manca tanto l'uscire**, l'uscire fuori dal contesto consultoriale o comunque del servizio, cosa che prima si faceva, quindi incontri di educazione alla salute, alcune cose... Ora sono anche **diminuiti i contatti di gruppo** con le donne, nel senso che, essendo di meno, essendo più occupate in cose amministrative, faccio un esempio, i corsi di menopausa non li facciamo più. [FG 4: O]*

*Per quanto riguarda noi professionisti noi siamo visti come operai di una fabbrica e quindi non abbiamo diritto di dire niente, un operaio che non può discutere dei progetti, non può portare le esperienze del quotidiano. **Non mi sento ascoltata** in quello che io invece raccolgo come bisogno. (...) quando un professionista si sente coinvolto anche in questo diventa anche un cittadino che si sente coinvolto. [FG 1: O]*

Evoluzioni figure professionali

*(...) **centralità dell'ostetrica**, un punto di riferimento per le donne che vengono in consultorio (...) un rapporto costante e continuo con la donna nel suo percorso di vita dove trova l'ostetrica come punto di riferimento, in particolare in periferia la può seguire proprio nell'arco della sua vita. [FG 4: O]*

*Per me è essenziale anche il ruolo delle ostetriche. Io la donna la vedo 10 minuti, quello che è in ambulatorio e poi non so più niente di questa persona, ma c'è l'ostetrica che mi informa di tutta questa famiglia di questa paziente, della figlia, della moglie... invece l'ostetrica sempre con la paziente, ha modo di vedere in che ambiente sta. Quindi per me **il ruolo dell'ostetrica è fondamentale.** [FG 4: G]*

*Quando abbiamo iniziato a **seguire in autonomia la gravidanza fisiologica**, questo per me è stato motivo di orgoglio e di crescita professionale. [FG 4: O]*

*(...) **riduzione della tipologia di attività da parte delle ostetriche**, una volta si andava a casa a fare la prima visita, il massaggio infantile prima in tutti i consultori si facevano; ora riduzione dei tempi da dedicare ai pazienti, tempi molto definiti e quindi di conseguenza la riduzione degli spazi autogestiti, la minor capacità di essere flessibili alle richieste degli utenti. [FG 3: O]*

*A X io ho ereditato una situazione di un certo tipo, abbiamo continuato il rapporto con l'ospedale (...) è un continuo, **ora finalmente le persone dei consultori iniziano a parlare con gli altri**, quando sono arrivata a X la collega aveva già iniziato un percorso ma a mano a mano, noi giovani ci conosciamo anche al di fuori del lavoro e se io sono contenta di dove lavoro non perdo la mia professionalità di ginecologa se mi confronto. [FG 4: G]*

Le nuove generazioni sono fantastiche, mediamente i medici che si formano adesso sono molto più bravi della mia generazione, poi molti di loro hanno una formazione, molti vengono dall'ospedale e in ospedale c'è un tipo di approccio che... ma poi si modifica come l'abbiamo modificato anche noi. [FG 3: G]

*Anche **la figura della ginecologa non è solo clinica** e io anche come medico così mi sento appagata, vedo la donna, la famiglia oserei dire. [FG 4: G]*

Ho constatato ora che abbiamo 3 o 4 colleghe nuove giovani che il consultorio è appetibile anche perché in consultorio si fanno delle ecografie di grande qualità, facciamo della piccola chirurgia... e quindi è diventato appetibile anche per i ginecologi perché diamo loro la possibilità di mantenere una professionalità che è importantissima, fondamentale, come è stato fatto sulle ostetriche di aumentare tantissimo la loro professionalità sul discorso della gravidanza. Mi sto rendendo conto proprio adesso di questa cosa che **aumentando la professionalità per i ginecologi** noi abbiamo anche l'appetibilità, cioè il fatto di voler lavorare in consultorio. [FG 4: G] Contemporaneamente abbiamo avuto anche l'utenza svantaggiata (...) ed anche questo ha comportato un **lavoro di professionalizzazione** delle persone che lavorano all'interno del consultorio familiare in particolare ostetriche, psicologi, ginecologi, medici, sia in termini di individuazione di strumenti per l'assistenza di queste persone, ma soprattutto anche di strumenti per relazionarsi con il contesto esterno, quindi individuare strumenti, attivare le reti di assistenza per queste persone (...) ci stiamo attrezzando e stiamo lavorando moltissimo su questa cosa. [TR: G] Hai la possibilità di confrontarti molto in Consultorio, il lavoro in ospedale è fatto molto di guardie in sala parto e non riesci ad avere quei momenti di riflessione che noi in Consultorio stiamo cercando di tenere con le unghie e con i denti. Adesso sempre di più stiamo cercando e chiedendo che gli **incontri venano fatti tra professionisti del territorio e professionisti degli ospedali** in modo che ci sia una maggiore integrazione. [I: TP]

Figure professionali che mancano...

(...) di **assistenti sociali non ne abbiamo più** sostanzialmente, si sono pensionati e non sono più stati sostituiti. [TR: G]

Quello che mi manca in questo momento è proprio quello di **avere delle figure di riferimento** come potrebbe essere una dietologa, un'endocrinologa, una sessuologa, l'assistente sociale del consultorio, cioè varie figure professionali in modo che io al bisogno non debba attaccarmi al telefono e perdere delle mezz'ore a cercare i contatti e smistare la donna da un punto all'altro. [FG 4: G]

UTENTI CHE CAMBIANO POSTURA

Gli utenti sono diversi, sono cambiati nel tempo e negli anni anche in base al territorio, in montagna tutti mi danno del lei, grande rispetto, a X a momenti se potessero mi prenderebbero a ... [Irisata] è proprio diverso, è una popolazione... [FG 4: G]

L'altra è la tipologia degli utenti, tipologia degli utenti totalmente cambiata, cioè negli anni '70, '80 **fino agli anni '90 ci sceglievano, noi eravamo un servizio di élite** del servizio sanitario regionale, ora abbiamo un'utenza non scelta, casuale e forse quella più problematica ma questo forse ce lo dirà la statistica. Io prima avevo proprio la sensazione di essere scelta, adesso no. [FG 4: G]

(...) anche **l'utenza svantaggiata** e quindi la maggior parte delle utenti con problematiche in gravidanza, con problematiche sociali o sanitarie, di salute mentale, tossicodipendenze transitano attraverso i consultori familiari. [TR: G]

(...) il consultorio adesso raccogliere un po' **gli scalcagnati**, una volta era molto misto, c'era chi aveva fiducia, chi comunque ci credeva in questa formula consultoriale a prescindere dal tenore di vita, dal ceto e dalla cultura. Adesso sicuramente la bilancia è sbilanciata. Sicuramente sono le scalcagnate, le straniere che non sanno dove sbattere la testa... rispetto magari ancora a qualche affezionata che ci crede ancora. È questo forse sarà il futuro, saranno i consultori di chi non ha né arte né parte e gli altri accederanno ad altri servizi. [FG 5: O]

Quando sono arrivata nel 2005 era maggiormente **un'utenza straniera** (...) successivamente nel tempo ho visto che comunque abbiamo acquisito **un'utenza mista** (...) negli ultimi periodi io non ho ritrovato questo svantaggio sociale... (...) ho notato che [l'utenza italiana non svantaggiata] ha osservato una maggiore professionalità del servizio pubblico, ha una maggiore fiducia in quello che è il servizio pubblico, e rispetto a prima vedo che c'è anche una maggiore visibilità. [FG 2: O] L'altro elemento fondamentale è l'utenza straniera, e l'utenza in qualche modo straniera ma non vorrei mettere insieme straniera e disagiata perché sono due cose diverse. La componente delle **donne straniere è stato un impatto veramente fortissimo** sui servizi consultoriali: hanno portato dei bisogni diversi, i professionisti si trovavano a confrontarsi con bisogni completamente

diversi, a partire dalla lingua, quindi anche la sola incapacità non solo di comprendere bene chi era quella donna ma soprattutto di comprendere. Questo è successo in tutti i nostri consultori familiari, anche in quelli piccoli noi abbiamo avuto l'utenza straniera, soprattutto sui percorsi della gravidanza, dell'interruzione di gravidanza che sono i percorsi più importanti per loro e sono i motivi per cui accedono a questi sevi, ai consultori familiari. [TR: G]

*Con quella grande **immigrazione** che c'è stata... arrivano che hanno tanti problemi: non hanno casa, non hanno cibo, non hanno documenti, non hanno una mediazione di lingua, non hanno le mestruazioni regolari... un conto è parlare con una persona scolarizzata che parla bene l'italiano, un conto con una persona che non è scolarizzata e non parla bene l'italiano. Rischio di sbagliare tutto nel primo colloquio. Quindi l'utenza è così tanto **stravagante** rispetto a quella che c'era prima nel consultorio che erano persone conosciute nella città, che avevano studiato... quindi era molto più facile, più rilassante per me, adesso... [FG 5: O]*

Utenza arrabbiata, che pretende

*(...) la gente **che è arrabbiatissima**, è arrabbiata perché ha i suoi motivi. (...) io vedo che persone che sono arrivate e mi dicono "se lei non mi ascolta io mi incendio" (...) l'utenza si è modificata e concedetemi il termine, in alcuni casi, **è incattivita** perché è molto aggressiva sia verbalmente... (...) bisogna recuperare il rapporto con l'utenza (...) altrimenti è una guerra continua perché si lavora sempre dicendo "devo stare attenta a quello che dico, a quello che scrivo...". Questo purtroppo penso che sia non solo per un'utenza debole, purtroppo è proprio come stiamo cambiando noi (...). [FG 5: O]*

*(...) quella che era una lotta per avere il diritto, e quindi vai in piazza, ne fai di ogni, adesso è diventato le **attese/pretese**. Allora quando la lotta per rivendicare un diritto si istituzionalizza e quelle istanze vengono assunte dalle istituzioni e si trasformano in un diritto dei cittadini allora cambia radicalmente il rapporto tra i cittadini e i servizi e si configura questo aspetto che quelli che prima dovevano sbattagliare, **adesso è una cosa che mi aspetto, e quindi se non c'è mi arrabbio**. [TR: S]*

*(...) l'utente **viene e chiede**. Spesso chiede la prestazione veloce anche senza tanti personalismi. (...) si è un po' spersonalizzato, l'importante è fare la prestazione adesso, subito, quando la sto chiedendo. Spesso mediata, a volte per **sentirsi dire quello che vogliono** perché hanno già letto, internet ha fatto la sua parte. (...) un po' **distributori di prestazioni, di accontentamento**. [FG 5: O]*

*Adesso la gravida è **informatissima**, richiede sempre ecografie più qualificate, fa attenzione agli esami che si richiedono, è informata su Internet sui farmaci, sugli integratori, sa le scadenze delle visite... questo per me è un aspetto positivo perché ci costringe ad essere sempre aggiornati. [FG 6: G]*

Rispetto ai meccanismi generatori delle origini, viene oggi enfatizzato un ulteriore "cambio di postura" di operatori/trici e utenti.

Se l'identità professionale di operatori/trici degli anni '70/'80 è stata caratterizzata da un'apertura verso nuovi temi, nuove forme di ascolto e di relazione con l'utenza e la società civile, dalla messa in discussione della cultura professionale ospedaliera e da una formazione di tipo "situato" con le donne dei movimenti, la situazione attuale fa emergere un cambio di postura contraddistinto da altri elementi, da leggersi in parte come evoluzioni organizzative e culturali in linea con quanto avvenuto in passato, ma in altri casi come ostacoli al pieno sviluppo della cultura consultoriale come intesa nella prima fase dei CF.

Un primo aspetto (critico) viene evidenziato nella fatica per operatori/trici nell'ascoltare le utenti, sia per i tempi scanditi delle prestazioni, sia perché si vive di più l'ambulatorio a discapito del "fuori" o dei momenti di gruppo con le utenti (come i corsi per la menopausa), sia perché la relazione personale e informale di un tempo viene percepita come più professionale e distante. Specularmente, il tema dell'ascolto emerge nella sua criticità anche rispetto al "non sentirsi più ascoltati" dall'Azienda USL, al percepirsi come "un operaio di una fabbrica che non può discutere dei progetti, non può portare le esperienze del quotidiano", i bisogni riscontrati.

Vengono poi messe in luce alcune evoluzioni nelle identità professionali. Se la figura dell'assistente sociale risulta oggi praticamente scomparsa dai CF (con tutte le conseguenze negative che questo comporta, come vedremo nel prossimo paragrafo, rispetto all'integrazione socio-sa-

nitaria), si assiste allo stesso tempo, secondo alcune testimonianze, ad una maggiore professionalizzazione delle altre figure rispetto alle tematiche del sociale, con lo sviluppo di nuove attenzioni e competenze in questa direzione da parte di psicologi/he, ostetriche e ginecologi/e. Inoltre, la figura dell'ostetrica ha assunto negli anni, soprattutto con la possibilità di seguire in autonomia le gravidanze fisiologiche all'interno del percorso nascita, una maggiore centralità rispetto al passato, diventando un punto di riferimento costante e continuo per le donne che vengono in CF. Al di là di alcune affermazioni critiche che leggono questo cambiamento come una strategia finalizzata al risparmio aziendale, la maggior parte delle ostetriche lo interpreta come una conquista importante sia in termini di maggiore autonomia e valorizzazione della propria professionalità, sia in quanto apre ad uno spazio meno medicalizzato e di maggior ascolto per le donne. Allo stesso tempo, viene però messo in luce come questa centralità si sia affermata a discapito di altre attività che si sono ridotte o eliminate (come ad esempio le visite domiciliari o alcune attività di gruppo).

Anche per la figura di ginecologo/a vengono evidenziati cambiamenti interessanti. Sembra che quella "sfida al professionismo" che aveva caratterizzato i primi anni, abbia portato oggi a nuove trasformazioni: a partire dall'identità modellata sulla cultura consultoriale dei CF delle origini (marcatamente distante dalla figura ospedaliera tradizionale, ma in parte percepita anche di serie b rispetto a chi si occupava di specialistica in ospedale), alcune ginecologhe "storiche" esprimono grande fiducia nella nuova generazione di ginecologhe che, oltre ad essere a loro parere più preparate rispetto al passato, sono anche più attratte dal lavoro in CF grazie alla maggiore appetibilità del lavoro, che comprende, a differenza del passato, pratiche specialistiche che permettono di mantenere anche quella professionalità prima esclusiva dell'ambito ospedaliero. Le ginecologhe della nuova generazione, durante lo svolgimento della ricerca, hanno esplicitato un forte interesse (in alcuni casi accompagnato dalla messa in pratica) nel riavvicinare due culture organizzative ai tempi molto distanti tra loro, riconoscendo l'arricchimento che la cultura consultoriale può portare in un contesto ospedaliero segnato spesso dalla mancanza di momenti di riflessione e confronto e l'importanza di una maggiore mobilità professionale tra ospedale e territorio.

Un importante cambio di postura si riscontra anche, e forse in maniera ancora più forte, nell'utenza dei CF. Oltre ai cambiamenti in termini di partecipazione discussi poco sopra – connessi in particolare al passaggio da utenti che si rivolgono al servizio come gruppi a utenti che si presentano come singole persone, con richieste individuali –, i dati evidenziano la presenza di un'utenza che oggi, rispetto al passato, è portatrice di maggiore complessità.

Come si legge negli stralci selezionati, operatori/trici offrono una fotografia dell'utenza di oggi molto più eterogenea di un tempo in termini di posizionamenti socio-culturali ed economici (dall'utenza molto svantaggiata a quella che non presenta problemi di ordine socio-economico), di provenienza geografica (l'utenza immigrata è stata una novità degli anni '90). La percezione di molte/i è anche quella di un cambio di atteggiamento molto significativo rispetto al passato: l'utenza viene presentata come "arrabbiata", "incattivita", che "viene e chiede", spesso "informatissima" grazie a internet o al passa parola. Qualcuno definisce l'utenza di oggi "stravagante" rispetto a quella del passato.

Anche Bortolus, nel suo intervento al convegno, si è soffermata su alcuni importanti cambiamenti intervenuti negli anni rispetto ai bisogni della popolazione e agli ambiti di intervento delle politiche sanitarie: oltre alla struttura delle famiglie e alla loro provenienza, i cambiamenti nella salute riproduttiva e preconcezionale, l'attenzione alla salute dei bambini, i nuovi bisogni degli adolescenti, la necessità di intervenire precocemente aumentando la consapevolezza delle persone rispetto ai rischi e alle scelte consapevoli, la violenza di genere, la necessità di tutelare la salute della donna come *health driver* e *caregiver* di salute familiare.

Parte di questa complessità è ben descritta dall'intervento di Fruggeri al Convegno organizzato nell'ambito della ricerca (riportato nella sezione 3 del presente dossier), che si sofferma sui forti cambiamenti vissuti dalle famiglie negli ultimi decenni rispetto alla struttura (dalle famiglie tradizionali a struttura mono-nucleare alle famiglie bi-nucleari, pluri-nucleari, pluri-genitoriali, caratterizzate da discontinuità strutturali), all'appartenenza etnica (famiglie monoculturali e pluri-culturali), all'orientamento sessuale (eterosessuale o omosessuale), alla provenienza geografica (famiglie autoctone o immigrate) e le conseguenti novità e complessità dei compiti da affrontare (confini intercambiabili, pluri-appartenenze, coordinamento tra diverse figure genitoriali, ecc.). Questi cambiamenti portano, tra le altre cose, ci dice Fruggeri, all'emergere di eventi "*inconsueti*

perché non sono ancora integrati come fatti fisiologici nella vita delle famiglie, e sono dunque privi di strategie note con cui affrontarli" (2019, p. 8), e questa *inconsuetudine* non riguarda solo coloro che vivono in prima persona situazioni "nuove", ma anche i/le professionisti/e che devono trovare nuove forme di azione, spesso cambiando le premesse su cui hanno sempre costruito il proprio sapere.

Anche quando i cambiamenti, e le sempre più numerose differenze, che attraversano i CF (e la società più in generale) vengono identificati, riconosciuti, accettati da operatori/trici, rimangono grosse difficoltà perché l'immaginario, le prassi, le strutture organizzative rischiano costantemente di portare al manifestarsi di pratiche di mancata inclusione di queste differenze. Può capitare che la rappresentazione condivisa dagli/le operatori/trici della propria utenza corrisponda ad un'"utenza ideale" che presenta alcune caratteristiche standard e predefinite. A volte questa utenza corrisponde a quello che si riesce più facilmente ad intercettare ed accogliere e che presenta una serie di elementi clinici e personali e sociali di un certo tipo: la coppia eterosessuale in un corso di preparazione al parto, una donna con un decorso di gravidanza fisiologica, la coppia di genitori eterosessuali. In questo senso l'usualità dell'utenza va ad alimentare l'immaginario di operatori/trici e a tarare le pratiche e gli strumenti pensando a quella tipologia di utenza. Accanto all'"utenza ideale" ci sono tuttavia "utenti reali" che si discostano, in modo più o meno marcato, da quell'idea. In questo senso emerge un'"inusualità dell'utenza", che non è altro che la misura dello scarto tra l'utente sulla quale i servizi sono previsti e tarati (utente ideale) e le diverse tipologie di utenza che quotidianamente usufruiscono dei servizi (utente reale). Se l'utente ideale presenta determinate caratteristiche, l'utente inusuale si caratterizza per essere portatore di anche solo un elemento che si "differenzia" dal previsto: decorsi di gravidanza non fisiologici, utenti single o in coppie conflittuali, con più relazioni, inserite in coppie omosessuali. Accogliere la complessità allora significa anche e soprattutto vedere e accogliere l'inusualità non trattandola però come una devianza, ma come una specificità dell'usualità (Borghi e Chiari 2017).

4.3 Verso un servizio veramente "pubblico" con vari inciampi

LA PAROLA AI/ALLE PROTAGONISTI/E...

Tra controllo e mancanza di visione degli obiettivi e del mandato istituzionale

*L'impressione che adesso ci sia un'esigenza di controllo perché probabilmente questo fatto ha creato o delle differenze da un posto all'altro, forse c'era gente che se ne è approfittata per non lavorare, non so che cosa è successo però l'impressione è che sia un'esigenza di controllo quella che sta... tanto che adesso **tutta la nostra attività è controllatissima**. [FG 3: G]*

*Sono cambiati i momenti d'ascolto, i tempi di lavoro, **tutto è molto standardizzato, controllato**. [FG 3: O]*

*Ho sentito anche io particolarmente stretto il passaggio dal concetto di non azienda ad aziendalizzazione del sistema sanitario **sotto forma si di controllo**. (...) L'aziendalizzazione di suo ha fatto sì che siano stati imposti dei dogmi, degli obiettivi, un budget e quindi **su questo il budget sono stati ritagliati i nostri vestiti** e ci stanno stretti, o almeno a me personalmente stanno stretti. [FG 3: O]*

*Credo che noi come operatori sanitari **viviamo molto l'ambulatoriale** (...) ci manca un po' il livello degli obiettivi, cioè io da quando sono stata assunta, inizialmente sì, poi c'è stata un'evoluzione diversa, mi manca un po' la visione di dove sto andando, cioè **non ho una visione degli obiettivi** che sono quelli del mio lavoro (...) Cioè io la visita ginecologica sono capace di farla bene e penso che la saprò fare fino a quando avrò 60 anni, ma questa cosa è fine a sé stessa. [FG 1: G]*

Solitudine dell'operatore/trice, mancanza di spazi di riflessività e di équipe

Io non ho vissuto l'équipe e mi dispiace, io sento la necessità di dire "beh questo caso che sto seguendo dove è?" (...) nessuno di noi fa un momento di riflessione, nessuno di noi. [FG 1: G]

Allora nella periferia il rapporto è paritario 1 a 1 ed è molto più facile interfacciarsi con l'1 a 1 che non in una struttura più complessa in cui c'è un'organizzazione più complessa. Quindi io, teoricamente, ho avuto ottimi rapporti con gli altri servizi quando lavoravo da sola piuttosto che qua dove stiamo lavorando in 7 o 8 specialisti, qui è molto più complesso ma sarebbe più necessario perché la stessa paziente che io intercetto come visita ginecologica di cui ho capito

un pezzo ne capisce un altro pezzo meglio l'altra che fa un'ecografia... Teoricamente quando uno è solo vive la solitudine del servizio ma in un certo senso è proprietario di tutte le informazioni di quel paziente, adesso questa possibilità l'abbiamo persa proprio perché **non riusciamo a ragionare in équipe** su dei casi più complessi se non perché prendiamo il telefono in mano e diciamo "guarda attenzione, domani vedrai questa cosa qua...". È legata alla volontà del singolo piuttosto che ad una logica di servizio. [FG 1: G]

Poi c'è stata anche una riduzione del personale, perciò **non riusciamo più a fare degli incontri**, facciamo degli incontri esclusivamente per l'accreditamento. [FG 1: O]

Quello che si è notato, a mio avviso, è un po' lo **scollamento tra le varie attività, tra le varie figure**. Spesso il ginecologo lavora da solo, l'ostetrica lavora da sola, poi ci sono dei momenti sporadici in cui c'è un momento di confronto e quindi questo forse andrebbe un po' più recuperato, il discorso d'équipe. [FG 5: O]

Il confronto in équipe non è più parte integrante del lavoro, cioè non è che non ci si confronta più però non è più un elemento strutturale e caratterizzante come lo è stato per lungo tempo. [FG 3: G]

"Il sociale si è completamente perso per strada"

La parte sociale non è più presente in Consultorio e si fa molta fatica a fare una programmazione integrata degli interventi con i servizi sociali perché hanno un'organizzazione completamente diversa da quella sanitaria ed è disomogenea perché in realtà dipende dai singoli enti locali dei vari distretti. [I: TP]

(...) abbandono della prospettiva bio-psico-sociale cioè abbiamo un po' salvaguardato il bio e psico con qualche deficit, **ma il sociale si è completamente perso per strada**, tra l'altro in pieno conflitto con la legge perché la legge aveva individuato questi 3 ambiti che caratterizzavano la specificità dei Consultori (...). Questo si è verificato intorno al '98-'99 con il ritiro delle deleghe e la chiusura del servizio materno infantile come servizio integrato che aveva anche all'interno il servizio sociale e con la trasformazione in servizi contenitori. [FG 3: O]

Il venir meno di questa presenza fisica [dell'assistente sociale nell'équipe], che non era solo fisica, ha trasformato, ha contribuito a trasformare questi servizi probabilmente in qualcosa di **più sanitario**, di più ambulatoriale e meno consultoriale. [TR: G]

Rispondere a nuove istanze

Adesso però abbiamo questo grande problema che nel bene o nel male con la cittadinanza **il punto nascita viene in primis** [FG 1: O]

La cosa che a noi è cambiata molto, per quanto riguarda la presenza tra italiani e stranieri è stato il **percorso nascita**, lì c'è stato, davvero l'abbiamo registrato, ci sono stati dei dati molto sorprendenti: le italiane che si sono avvicinate, si sono molto riavvicinate ai consultori. (...) il **pap-test libero** ha riavvicinato sia italiane che straniere. Quindi c'è, le **scuole**, noi abbiamo moltissime scuole in cui la sessualità, ecc... c'è il programma regionale e quindi c'è un interesse. [FG UDI-CIF 2: A]

Solo due cose sulle utenze dei consultori: da una parte una cosa che ha in qualche modo modificato l'assetto dei consultori è stato l'inizio **dell'attività di screening** in modo formale, perché lo facevamo già da anni in modo informale, mentre invece quando si avviò il percorso di screening organizzato da metà anni '90, quello sicuramente ebbe un impatto molto forte sui consultori familiari. (...) lo credo che sia stato, per la popolazione sicuramente un elemento positivo perché in realtà anche lì siamo passati, abbiamo fatto un intervento di **riduzione delle disuguaglianze**, nel senso che siamo passati alle donne che venivano a fare tutti gli anni il pap-test a molte più donne che venivano ogni 3 anni, come era opportuno, a fare il pap-test. Molte più utenti hanno conosciuto anche i consultori familiari in quell'occasione e quindi un po' lì è cominciato il cambio dell'utenza perché erano persone e ci meravigliavamo sempre che non conoscevano l'esistenza dei consultori, non sapevano neanche che eravamo presenti e si meravigliavano del fatto che seguissimo le gravidanze, che seguissimo, che facessimo anche la parte ginecologica, la contraccezione. Quindi da questo punto di vista fu anche un elemento di diffusione ulteriore dell'attività consultoriale. [TR: G]

È andato man mano a crescere [il Consultorio MIT]. **Siamo partite dai bisogni delle persone transessuali**; salute e benessere e poi accompagnamento a tutte le problematiche rispetto all'identità di genere. [I: TP]

Molte attività che noi facevamo negli anni '90 ad un certo punto non le ho più viste e ho detto "beh dove sono andate?" a parte questo famoso percorso gravidanze che ci assorbe mani, piedi e testa e me lo sogno di notte, in realtà le altre parti con cui avevo lavorato negli anni '90, la contraccezione in cui era quella l'équipe, le persone che ci conoscevano e anche le donne me le sono perse per strada. [FG 3: O]

Riguardo ai cambiamenti nella cultura organizzativa dei CF, viene *in primis* sottolineato a più voci come, a differenza della forte autonomia e libertà di sperimentazione agita alle origini, oggi, coerentemente con il paradigma prestazionale, vi sia una percezione diffusa di "controllo" nello sviluppo di qualsiasi attività. Anche secondo Fattorini (2014, p. 53), la "(...) tecnocrazia sempre più pervasiva (...) ha incrementato progressivamente il suo potere e ha impostato con gli operatori un tipo di rapporto in cui prevale la diffidenza e talvolta anche il sospetto, come se lo svolgimento delle attività sanitarie dovesse essere permanentemente controllato non già dai naturali detentori delle responsabilità cliniche e organizzative dei singoli servizi, ma sempre più da una categoria intermedia tra direzione generale e sanitaria e il mondo medico e assistenziale". Questa forma di controllo viene presentata come una limitazione della propria autonomia, come "vestiti che stanno stretti", ma prendendo spunto da alcune testimonianze, ci sembra che queste percezioni siano da ricondurre anche, e forse soprattutto, ad uno spaesamento, un'insicurezza più generale rispetto alla visione degli obiettivi del proprio lavoro e, più in generale del "mandato istituzionale" alla base delle proprie pratiche lavorative oggi. Se negli anni '70 e '80 gli obiettivi di cui si discuteva e a cui tendevano le attività consultoriali erano molto vicini a quelli dei movimenti delle donne ed erano in qualche modo più chiari a chi operava in CF proprio grazie a quella alleanza e condivisione di cui abbiamo parlato, oggi sembra mancare una visione su quello che è il mandato, uno spostamento condiviso tra operatori/trici (e tanto meno con l'utenza) del quadro di riferimento. C'è quindi il rischio, come ha sottolineato Simoni durante la tavola rotonda, che operatori/trici agiscano con un'idea di mandato che porta a grandi fatiche, disagio e frustrazioni perché "vi è uno scollamento tra la mia idea di mandato e ciò per cui vengo mandato".

Questa mancanza di confronto è percepita non solo con i vertici aziendali, ma anche nel rapporto tra operatori/trici, che mettono in luce come rispetto al passato oggi siano venuti meno quegli spazi di riflessività e di équipe alla base della cultura consultoriale con la conseguente sensazione di "solitudine dell'operatore". Il termine "solitudine" viene anche utilizzato più volte per definire il rapporto con altri servizi: il lavoro di rete viene percepito da molti/e come poco funzionale e legato alla "buona volontà del singolo operatore" piuttosto che ad azioni organizzative e di sistema. In particolare, l'aspetto più problematico sembra essere il rapporto con i servizi sociali che da metà degli anni '80 in poi si è indebolito molto a causa di diversi interventi legislativi (si veda la sezione dedicata) e, soprattutto, nella seconda metà degli anni '90 con il totale ritiro delle deleghe da parte dei Comuni e alla definitiva separazione delle competenze tra Comuni e ASL in quasi tutte le realtà dell'Emilia-Romagna.

Altri cambiamenti significativi in termini di cultura organizzativa vengono riscontrati nello sviluppo di servizi all'avanguardia per l'utenza "nuova, imprevista" e nella trasformazione di alcune pratiche e attività nei CF, che possiamo leggere come caratteristiche importanti di un servizio che perde alcuni tratti connessi in origine alla sua identità autoreferenziale, atipica, a tratti "ermetica" ed "elitaria" per evolvere verso un servizio "veramente pubblico", che segue un principio di equità alla base del proprio fare organizzativo. Nonostante il periodo di crisi e riforme drastiche in ambito sanitario, da metà degli anni '90 si mettono in campo azioni concrete che portano alla creazione degli Spazi giovani e degli Spazi donne immigrate e loro bambini e, successivamente, del Consultorio MIT, dei centri "Liberiamoci dalla violenza", fino agli Spazi Giovani Adulti istituiti nel 2017.

In Emilia-Romagna lo "Spazio giovani", presente dal 1997, è "riservato a giovani dai 14 ai 19 anni (singoli, coppie o gruppi) che hanno bisogno di un ambiente riservato in cui affrontare problemi legati alla sessualità, alla vita affettiva e relazionale, oltre a problemi ginecologici, di contraccezione e di prevenzione. Il servizio è ad accesso libero (senza impegnativa del medico di famiglia). Gli operatori sono formati appositamente per accogliere i giovani e garantire: visita ginecologica, visita psicologica, consulenza dell'ostetrica per gravidanza e contraccezione, educazione sessuale, applicazione legge 194/78 per IVG, consulenza su alimentazione e comportamenti alimentari non corretti. Il servizio è rivolto anche agli adulti di riferimento: genitori, inse-

gnanti, allenatori sportivi¹¹.

Gli Spazi donne immigrate e loro bambini sono collocati all'interno di alcuni CF e nascono per assicurare assistenza alle donne migranti e ai loro bambini (anche senza permesso di soggiorno). Il servizio è ad accesso libero. È sempre presente una mediatrice culturale per facilitare la relazione con gli operatori¹². Già nel 2001, Simoni illustrava come il cambiamento più rilevante degli ultimi anni fosse legato al fatto che i CF e gli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini fossero diventati il punto di riferimento principale per questa utenza. Ad oggi, rispetto agli anni '90, nel panorama del sistema sanitario e sociale si è assistito allo sviluppo di altri servizi rivolti specificatamente all'utenza straniera e, soprattutto, la rete dei servizi ha attuato numerose politiche in termini di equità che la vedono più attrezzata nel rispondere alle esigenze della popolazione immigrata e straniera. Ma gli spazi "Donne immigrate e loro bambini" rimangono ancora un punto di riferimento significativo e parlano della capacità dei CF di aver continuato ad essere terreno di sperimentazione di nuove forme di accoglienza e innovatività anche nei decenni successivi la loro nascita.

Ulteriori risposte a nuove istanze (a conferma dell'alto livello di innovazione) sono date, a fine anni '90 dall'inclusione del Consultorio MIT (Movimento Identità Transessuale) nella rete consultoriale regionale. Il servizio consultoriale del MIT nasce come presidio per la formazione e l'informazione sull'HIV nel 1994 iniziando fin da subito a interrogarsi sui bisogni e le questioni legate all'identità di genere e a offrire un sostegno psicologico nei percorsi di transizione. Nel biennio '94-'95 rappresenta un caso sperimentale a livello nazionale, e da quegli anni in poi ha ampliato di molto il lavoro consultoriale offerto sia in termini di pratiche che di utenza e di contaminazione di spazi: dalla salute e benessere delle persone transessuali si è arrivati ad offrire un accompagnamento a tutte le problematiche rispetto all'identità di genere, spaziando anche in tema di inserimento socio-lavorativo affrontando il tema della salute legato a dinamiche di inclusione e esclusione; negli anni si sono resi capillari i progetti di riduzione del danno; è stato attivato uno sportello lavoro presso la CGIL parallelamente a corsi di formazione in tutte le camere del lavoro in Regione e in contesti scolastici e sanitari; sono stati promossi interventi in carcere e sportelli legali; si sono sviluppate pratiche di accoglienza sempre più inclusive, che oggi comprendono anche l'accoglienza specifica a persone trans richiedenti asilo. Interessante quindi mettere in luce uno sviluppo di questo servizio in modo intrecciato alla rete di servizi sociali e sanitari ma non solo.

In anni molto più recenti (a partire dal 2011) (come già accennato nel capitolo 2) si è assistito all'apertura dei Centri "Liberiamoci dalla Violenza" (LDV). Questi centri offrono un percorso di accompagnamento al cambiamento per uomini maltrattanti con l'obiettivo di aiutare gli autori o presunti autori di violenza nelle relazioni di intimità a cambiare (- mantenendo come obiettivo prioritario dei servizi quello di intervenire a protezione delle donne che subiscono violenza). Si tratta di centri che si collocano all'interno di alcuni CF/Case della Salute, parte delle reti territoriali esistenti a contrasto della violenza e rappresentano il primo esempio di struttura pubblica che prende in carico gli uomini maltrattanti.

Infine, con la delibera già citata del 2017, sono stati istituiti gli Spazi Giovani adulti. Essi si rivolgono a una popolazione di età compresa tra i 20 e i 34 anni. Sono ad accesso libero (senza impegnativa del medico) tramite appuntamento e offrono assistenza ostetrica, psicologica e medica nei seguenti ambiti: malattie sessualmente trasmissibili e prevenzione AIDS, pianificazione familiare, stili di vita e salute riproduttiva, preconcezione, dolore pelvico e alterazione del ciclo mestruale, patologie andrologiche più frequenti in età giovanile, problematiche sessuali/relazionali e di coppia, infertilità di coppia. All'interno degli Spazi Giovani Adulti è presente un'équipe di professionisti che è composta da una ginecologa/o, psicologa/o e ostetrica/o¹³.

Per quanto riguarda l'evoluzione delle singole pratiche, da un lato viene sottolineato come sia molto aumentata l'offerta di servizi e assistenza nell'ambito del percorso nascita, come anche lo screening, le visite specialistiche, l'accompagnamento dei giovani all'interno degli spazi giovani, gli interventi di promozione della salute sessuale e riproduttiva nelle scuole e nei contesti extrascolastici, l'accompagnamento alle persone migranti. Allo stesso tempo però viene molto enfatizzato come si siano un po' dimenticate quelle parti di consultazione che avevano molto a

¹¹ <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/Consultori/spazio-giovani>

¹² <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/Consultori/spazi-donne-immigrate>

¹³ <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/consultori/spazio-giovani-adulti>

che fare con la contraccezione o temi come la menopausa o la funzionalità del piano perineale. Nella lettura, particolarmente negativa, di Melega (2014, p. X): "le parole d'ordine che li caratterizzavano alla nascita si sfumano e i Consultori tendono a trasformarsi in meri punti di erogazione degli stessi servizi già forniti dagli ospedali (...) così il Consultorio familiare perde quel carattere distintivo di intervento socio-sanitario e viene in parte 'snaturato'". Rispetto alla contraccezione "nei decenni successivi [alla nascita dei CF] la promozione dell'uso dei contraccettivi ha perduto in parte la centralità prevista dalla legge e il carattere di priorità assoluta che aveva tra le attività dei CF" (Fattorini 2014, p. 37), ma allo stesso tempo in Emilia-Romagna la direttiva del 2017 ha portato un cambio di marcia significativo, aprendo uno spazio importante che porterà sicuramente ad invertire il trend degli ultimi decenni.

5. Le strategie per attualizzare i meccanismi generatori e le traiettorie evolutive per i Consultori Familiari

Questo capitolo è dedicato a identificare possibili forme di attualizzazione dei meccanismi generatori che hanno caratterizzato la nascita dei CF come "servizi di frontiera". Partendo dagli elementi genealogici esposti nei due capitoli precedenti, proveremo ora a ipotizzare delle traiettorie evolutive dei CF che pongano le loro basi nello spirito rinnovatore e innovativo caratterizzante i CF delle origini, ma che lo ripensino rispetto alle complessità e ai bisogni di oggi (e di domani).

Le riflessioni che seguono sono da intendersi come risultati di tutte le fasi della ricerca. In particolare, le "palestre" organizzate durante il convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future?" hanno rappresentato un terreno molto ricco che ha permesso il confronto con operatori/trici dei servizi, cittadini/e, associazioni con la preziosa partecipazione di alcuni colleghi brasiliani con cui da anni la Regione Emilia-Romagna svolge progetti di collaborazione e confronto (si veda in particolare il Laboratorio Italo-Brasiliano¹⁴).

5.1 Da una visione "analogica" ad una visione "rizomatica": ridefinire l'oggetto del CF come progetto di vita rappresentato da mappe rizomatiche dell'esistenza

Il primo meccanismo generatore che abbiamo visto aver funzionato in passato è il cambio di paradigma basato sull'uscita da una visione bio-medica tradizionale verso un modello sanitario-emancipazionista e bio-psico-sociale. Il grado di innovatività introdotto da questi modelli, si può traslare all'oggi (verso il domani) facendo riferimento al passaggio da una visione "analogica" a una "rizomatica", suggerito da Emerson Merhy. Se il paradigma affermatosi negli anni '70 nella cultura consultoriale ha rappresentato un cambio di passo significativo nell'interpretare i mutamenti sociali dell'epoca e nel costruire una nuova scena della cura, esso rappresenta un modello che fa riferimento ad una "visione analogica" della vita e dei servizi stessi. Come detto da Merhy durante il convegno:

(...) al momento della nascita alcune persone hanno un futuro già ben definito, come una macchina: un meccanismo analogico, simile ai meccanismi che mettiamo in atto per leggere un libro tradizionale, che leggiamo da pagina 1, 2, 3... e non ci viene in mente di leggere un libro aprendolo ad una pagina qualsiasi. Mettiamo in atto un meccanismo analogico che è sempre una sequenza predefinita. E questa è una vita analogica, una vita che ha delle tappe molto ben scandite, molto ben definite, quindi è nata bambina ed è diventata donna, è nato bambino ed è diventato uomo. Ma negli ultimi 30-40 anni le cose sono cambiate parecchio e oggi le vite non sono più così tanto analogiche, oggi le vite ricordano di più delle vite rizomatiche.

La modalità interpretativa analogica porta oggi ad uno sfasamento nella lettura della realtà, in quanto si basa su sequenze predefinite, tappe prestabilite, e incasella quindi i percorsi esistenziali delle persone (come le prassi dei servizi) in etichette analogiche che non caratterizzano più (o non del tutto) le nostre vite, impedendo di vederne la complessità che le contraddistingue. Ad esempio, l'immaginario analogico porta a dare per scontata una vita sentimentale di un certo tipo (di coppia, eterosessuale, con figli...), o l'evoluzione *cisgender*¹⁵ (e non *transgender*) della propria identità, o ancora, la vita di una famiglia migrante con determinati stereotipi culturali legati al passato.

Dalla raccolta delle testimonianze, nelle riflessioni che si sono avute nei territori e dal con-

¹⁴ <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/attivita-internazionali/lab-ita-bra>

¹⁵ Con il termine *cisgender* (o cisessualità) si intende la classe di identità di genere in cui vi è concordanza tra l'identità di genere del singolo individuo e il comportamento o ruolo considerato appropriato per il proprio sesso.

fronto durante il convegno, è emerso come oggi serva una chiave interpretativa diversa, che abbiamo tradotto attraverso la metafora del rizoma, adottata originariamente da Gilles Deleuze e Felix Guattari per caratterizzare un tipo di ricerca filosofica che procede per multipli, senza punti di entrata o uscita ben definiti e senza gerarchie interne. Rizoma è un termine mutuato dalla biologia; per comprenderlo possiamo immaginare delle radici che nel momento in cui scavano nel terreno, quando incontrano un ostacolo si spostano, cambiano e prendono un'altra traiettoria.

Quello che si vede nei CF oggi rispetto a ieri, come emerge dal capitolo precedente, è la presenza di una fortissima variabilità in termini di posizionamenti, di esperienze, di bisogni: moltissime unicità che dicono "io sono diverso dall'altro". Le istanze portate dalle diverse persone su medesimi temi sono molto più ampie rispetto a una volta. Ad esempio, in tema di genitorialità, le istanze possono venire da una coppia lesbica o gay, da una donna single, da una coppia che si avvale del percorso di procreazione medicalmente assistita, e via dicendo. La gamma delle questioni che attengono alla sfera affettiva, sentimentale, riproduttiva (che tipo di relazioni si instaurano; come, e se, si sta nelle relazioni; come, e se, si fanno figli...) è molto cambiata rispetto a un tempo e molte situazioni che allora erano minoritarie (o comunque poco visibili anche se presenti) oggi bussano quotidianamente alla porta dei servizi e richiedono attenzione e capacità di interazione.

Parliamo quindi di un paradigma rizomatico perché i percorsi che devono essere individuati per le diversità che si presentano nei CF non possono essere predefiniti in maniera stretta, ma devono adattarsi sulla base di quelle che sono le traiettorie di vita che le persone portano. La visione rizomatica permette di non etichettare, di vedere una dinamicità in ciò che si tratta, agendo come le radici di un albero, che si spostano e cambiano direzione quando incontrano un ostacolo.

Questo passaggio permette anche di passare da un sistema che tutela target definiti dall'appartenenza a gruppi/categorie sociali a una visione *intersezionale*, per cui è la combinazione delle differenze portate da ciascun individuo che genera l'identità (multisfaccettata).

Pensando ad un cambiamento di posizionamento dei CF, quindi, la prima spinta innovativa può derivare dall'assunzione del paradigma rizomatico, che permette di uscire da una visione analogica proponendosi come elemento evolutivo della storia di questi servizi.



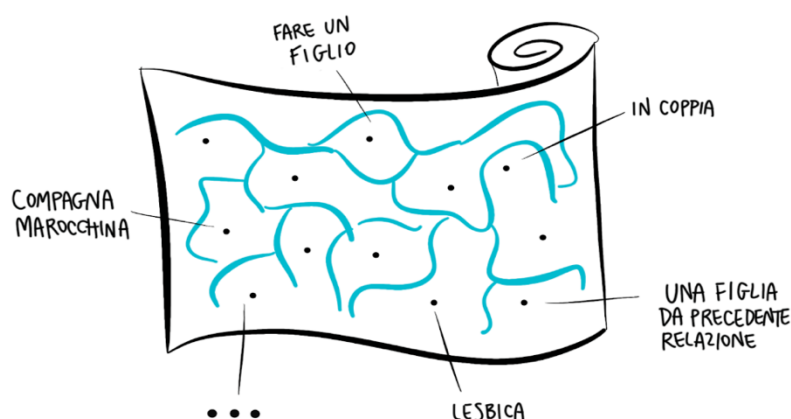
Da tutte le considerazioni raccolte nelle varie fasi della ricerca, si evidenzia in modo chiaro che allo stadio attuale i tempi sono maturi per ripensare l'oggetto di lavoro dei CF anche alla luce delle trasformazioni sociali e culturali citate nelle parti precedenti.

Il CF non può limitarsi a offrire singole prestazioni legate a singoli bisogni dell'utenza e nemmeno prestazioni in serie che vengono inquadrare organizzativamente come "percorso": il CF dovrebbe diventare il servizio in cui ci si prende cura dei progetti di vita affettiva sessuale e riproduttiva delle persone. Tali progetti interessano potenzialmente tutte le persone che si rivolgono ai servizi, indipendente da caratteristiche quali il genere (donne, uomini, trans, in transizione...), l'età (dalla preadolescenza alla vecchiaia), l'orientamento sessuale (omo-bi-etero...) e lo status relazionale (dal single al poliamore). In questa prospettiva, il CF arriverebbe a perdere i connotati attuali di uno spazio largamente dedicato ai percorsi nascita, alla salute della donna e, implicitamente, a un'utenza prevalentemente femminile. Dalle informazioni raccolte, inoltre, l'impressione che si ricava è che ci sia uno spazio – e una volontà degli operatori – di andare oltre il sostegno a quella che viene definita "famiglia tradizionale". Parallelamente, il CF può aprire le porte in misura sempre maggiore anche all'utenza maschile, a fronte del fatto che questa sia

disposta a ripensare la propria mascolinità e a guadagnare consapevolezza (sia ad esempio sul proprio ruolo all'interno di un nucleo familiare, sia in termini di attenzione alla propria salute per tutto quanto attiene alla sfera affettiva-sessuale-riproduttiva). Pertanto, da un lato stiamo parlando di una mascolinità che si rimette in gioco per avvicinarsi a quelle logiche di autodeterminazione ed empowerment che caratterizzavano i movimenti femminili storici; dall'altro lato, e in linea più generale, una trasformazione in questo senso è largamente riconducibile all'approccio della medicina di genere, da non intendersi come approccio clinico genere-specifico, ma piuttosto come paradigma trasformativo che mira al contrasto delle disuguaglianze e a un equo rispetto del diritto alla salute (Mertens, 2007; Signani, 2016).

Vediamo quindi che l'oggetto di lavoro dei CF è un oggetto "magmatico", proprio per quelle spinte verso i progetti di vita affettiva, sessuale, riproduttiva molto variegate, che si esprimono all'interno di contesti relazionali altrettanto differenziati.

Nell'ottica del passaggio dalla visione analogica a quella rizomatica, l'oggetto dei CF può essere raffigurato attraverso "mappe rizomatiche dell'esistenza": le questioni che le/gli utenti presentano ai CF (come, ad esempio, fare un figlio, entrare in menopausa, avere relazioni "poliamorose") rappresentano un punto della loro mappa esistenziale, che si declina in modo molto differente a seconda di tutte le altre componenti esistenziali che fanno parte della loro vita.



Identificando l'oggetto di lavoro in questi termini – e allontanandoci quindi da una logica prettamente prestazionale – viene dato un senso diverso anche alle pratiche di operatori/trici, che attraverso queste mappe esistenziali complesse entrano nei progetti di vita degli/lle utenti, toccando delle sfere molto rilevanti. Questo comporta avere tutta una serie di conseguenze operative particolari che hanno come obiettivo quello di favorire il progetto di vita di queste persone. La mappa sopra riportata è un esempio che vuole mettere in evidenza come un'istanza "tradizionale" portata ai CF, quella di fare un figlio, è un progetto che assume declinazioni molto differenti a seconda degli altri punti della mappa: essere in coppia, avere una figlia da una relazione precedente, essere lesbica, avere una compagna marocchina, e via dicendo. Ogni mappa esistenziale, inoltre, è caratterizzata dal transito, in quanto ogni esperienza non si lega solo al singolo evento, ma porta con sé una o più transizioni (tra fasi della vita, tra diversi generi, tra diversi ruoli, ecc.): sempre nel caso sopra citato, non c'è solo la nascita del figlio, ma anche il diventare genitore, e dei genitori che diventano nonni, una figlia che diventa sorella maggiore, ecc. Il tema del transito permette quindi di vedere alcuni temi in modo diverso, più complesso e ampio.

Questa prospettiva ci permette anche di ripensare l'accesso al CF non solo in termini di accesso fisico e tecnico (accesso libero, diretto, "cuppizzato"...), ma intendendolo come traiettoria. Come messo bene in evidenza in ricerche precedenti (si veda soprattutto Bruni *et al.* 2007a, 2007b), se solitamente si pensa all'accesso ai servizi come a un meccanismo dicotomico (del tipo sì/no, dentro/fuori), ampliando lo sguardo si osserva "come 'dentro' e 'fuori' siano gli estremi di un *continuum* all'interno del quale l'accesso oscilla" (Bruni *et al.* 2007a, p. 171), in quanto esso non è dato una volta per tutte nella medesima forma: l'utente può incontrare nel suo percorso, anche dopo essere entrato/a nel servizio, ostacoli, deviazioni, sbarramenti; può avere bisogno di accedere ad altri servizi o ad altre forme di risposte. Il concetto di punto di accesso rispetto alla mappa esistenziale è un arricchimento di questa visione dell'accesso come traiettoria, perché il

CF diventa un luogo che si caratterizza per essere attrezzato ad accogliere diversi progetti di vita affettivi, sessuali e riproduttivi nelle loro molteplici declinazioni. Significa che ogni accesso ha un prima e un dopo, è appunto da considerare come traiettoria: questo presuppone che qualsiasi punto in cui si incontra l'utente è da intendersi come incontro che favorisce (o non) i passaggi successivi che costituiranno poi un prima rispetto a quello che avverrà dopo. L'accesso non è quindi un solo punto, ma è rappresentato da tutta la traiettoria esistenziale dell'utente: così non è più un accesso in senso analogico, come una sequenza, ma è una traiettoria che può prendere in continuazione strade diverse perché rispettosa della mappa esistenziale del soggetto.

5.2 Verso una "rede viva" e rizomatica

Ridefinire l'oggetto di lavoro dei CF in una prospettiva rizomatica comporta inevitabilmente una ridefinizione delle pratiche lavorative e del senso dell'attività consultoriale stessa. Nel momento in cui le mappe esistenziali diventano parte del lavoro di operatori/trici, il CF diventa un servizio che ascolta ed è in grado di offrire consulenze e indicazioni, di attivare – insieme all'utente – percorsi e opportunità personalizzate, che possono coinvolgere anche soggetti e servizi fuori dal CF, con una funzione che potremmo definire di "agenzia".

In questa logica, un altro elemento che può guidare l'innovazione – aggiornando quei meccanismi generatori delle origini che abbiamo identificato nella forte alleanza tra operatori/trici e movimenti delle donne, nel movimento bidirezionale "da fuori a dentro" e "da dentro a fuori" e nel cambio di postura di operatori/trici e utenti – è rappresentato dal concetto di "rede viva e rizomatica".

Da questa ricerca (come da molti altri lavori fatti in questi anni nell'ambito del sistema dei servizi regionali) emerge una perenne sensazione (e frustrazione) degli/lle operatori/trici di non mettere mai veramente in pratica quel lavoro di rete di cui si parla sempre e da molto tempo. La tentazione a volte condivisa da operatori/trici è quella di smettere di utilizzare questo concetto perché in molti casi percepito come svuotato di senso. Ma il lavoro di rete esiste indipendentemente dal fatto che gli/lle operatori/trici coinvolti/e lo vogliano o no, o per meglio dire indipendentemente dal fatto che loro (e l'utenza) se ne rendano conto o meno. Anche quando si percepisce di non lavorare in rete, infatti, è constatato che una rete esiste sempre: i processi di lavoro in salute sono sempre fatti in rete (Franco 2013). Questa può essere anche solo informale, destrutturata, ma esiste sempre. Qualsiasi operatore/trice agisce continuamente tramite reti. Esiste una rete formale, funzionante in base a protocolli negoziati e regolati, ma anche una che non può essere regolata, ma che è costruita dai/lle professionisti/e nel e per il loro lavoro, che si costituisce a partire dal loro operato come mediatori di relazioni inter-personali e inter-professionali (Franco *et al.* 2016). Questa rete "può includere addirittura risorse non previste dal sistema e non ha un ordine pre-costituito, ma si compone in funzione dei problemi che di volta in volta devono essere risolti. Ha, quindi, una conformazione differente, individualizzata, che si produce nell'atto quotidiano" (*Ibidem*, pp. 106-107). Queste reti sono molto significative perché costituite allo scopo di risolvere, nel quotidiano e in situazione, problemi e ostacoli reali (*Ibidem*).

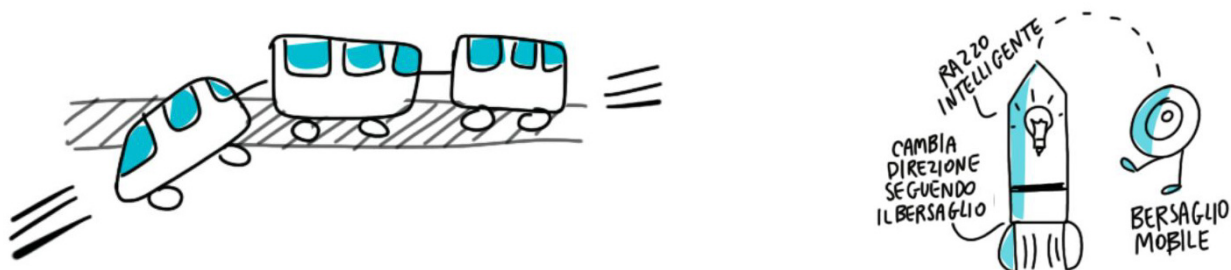
Anche quando si dice che non si lavora in rete, quindi, si lavora in rete per forza di cose, comunque un lavoro di rete c'è, inevitabilmente. Il problema non sembra quindi essere quello della mancanza di reti, ma piuttosto il fatto che le reti rischiano di diventare degli artifici, delle "gabbie", dove non c'è quella plasticità che servirebbe invece per affrontare le situazioni complesse di oggi. Emerge dai dati delle nostre ricerche¹⁶ come molto spesso il lavoro di rete assuma un movimento a "ping pong" che porta a far rimbalzare di qua e di là le questioni da affrontare per poi tornare spesso al punto di partenza.

Assumere una visione rizomatica, anche grazie all'utilizzo delle mappe esistenziali (e di altre mappe entro la cornice della cosiddetta "cartografia") come strumenti di lavoro, permette di andare oltre la valutazione tradizionale (che osserva e monitora solo le reti formali), per fare emergere la rete di relazioni che possiamo definire, appunto, "rizomatica", perché costituita e operante in maniera processuale (Franco 2013). Muoversi nelle mappe esistenziali significa "rendere viva" una rete. Il concetto di "rede viva", come proposto da Merhy e colleghi (2014), si basa sul riconoscimento del fatto che le reti si generano a partire dalle situazioni che operatori/trici (e utenti) devono affrontare nel quotidiano (molto spesso informalmente). Come spiegato bene da Franco e colleghi (2016, pp. 107-108):

¹⁶ Ci riferiamo in particolare al lavoro svolto, con lo strumento del flussogramma, nell'ambito del percorso Community Lab "Conflitti allo specchio. La rete dei servizi di fronte alla conflittualità familiare", il cui "Diario di bordo" è disponibile al link: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/diario-bordo-conflitti-specchio>.

“Frequentemente, quando gli operatori non identificano le risorse necessarie alla risoluzione dei loro problemi all'interno dei protocolli o dei percorsi assistenziali formali, le ricercano all'interno di reti proprie, create dal loro lavoro. Compiendo questo movimento, creano nuovi flussi e nuove connessioni che compongono una rete assistenziale ad hoc, specifica per quel determinato problema da risolvere. A loro volta anche gli utenti costruiscono le proprie reti, cercando risorse assistenziali nel contesto dei servizi disponibili, ma anche all'interno della comunità, nelle associazioni di volontariato, nelle reti sociali di cui dispongono, etc. È importante riconoscere questi processi e valorizzarli, poiché le reti rappresentano un dispositivo assistenziale cruciale, in cui utenti e professionisti recitano una parte da veri protagonisti”.

Il concetto di “rede viva” vuole sottolineare il fatto che si dovrebbe tendere ad una concezione di rete che sia sempre pronta a muoversi sulla base delle diverse esistenze, delle diverse mappe esistenziali delle persone, che non sono mai uguali l'una con l'altra e che cambiano nel tempo. Come emerso durante il convegno, lavorare nell'ottica di una rete viva e rizomatica significa andare ad attivare un singolo nodo che è, in quel preciso momento, rilevante per una mappa esistenziale e che probabilmente non lo è per un'altra; sapersi spostare nel momento in cui si incontra un ostacolo, quindi ricreare percorsi, avere dei binari di riferimento, ma allo stesso tempo inventarsi nuovi cammini a seconda dei progetti di vita che si incontrano.



Il passaggio da una visione analogica ad una rizomatica, la ridefinizione dell'oggetto del CF come progetto di vita rappresentato da mappe rizomatiche dell'esistenza e l'attivazione e la cura di una rete viva e rizomatica sono modalità di lavoro che permetterebbero di aggiornare i meccanismi generatori rispetto alla relazione tra “dentro” e “fuori” (e in special modo nella forte alleanza tra operatori/trici e utenti) e agli altri elementi caratterizzanti la cultura organizzativa dei CF (quali l'autonomia organizzativa, il lavoro di équipe, l'ampio confronto con il sociale, l'avvento di nuove attività e temi, l'accesso libero e diretto, ...). Vediamo nelle prossime pagine come questa attualizzazione si può declinare nelle pratiche quotidiane dei CF.

5.3 Ricollocare i CF nello spazio pubblico

La forte alleanza tra operatori/trici e i movimenti delle donne – declinata, come abbiamo visto, da un movimento bidirezionale “da fuori a dentro” e “da dentro a fuori” e da un significativo cambio di postura di operatori/trici e di utenti – e i diversi meccanismi generatori che hanno caratterizzato la cultura organizzativa dei CF delle origini – l'autonomia organizzativa, il lavoro di équipe, l'ampio confronto con il sociale, la presenza di nuove attività e temi, le forme di accesso libero e diretto, l'autoreferenzialità – si possono attualizzare oggi, secondo la nostra analisi, ricollocando i CF nello spazio pubblico. Un servizio che per costruire la propria identità ha dovuto caratterizzarsi originariamente come servizio “atipico”, “autoreferenziale”, “ermetico”, “elitario” per potersi concentrare sui propri tratti distintivi necessita oggi di affermarsi sempre più come servizio inteso come spazio pubblico, e quindi “ripopolarsi” in questa valenza. Questo spostamento permette di portare a una collocazione diversa dello sguardo tecnico, che necessariamente deve essere presente, ma che negli ultimi decenni ha subito una “deriva tecnicistica” che ha portato a svuotare il CF degli spazi di confronto e alleanza con le conseguenze analizzate (risposte prestazionali, cuppizzazione...), caratterizzate dal rischio di mettere in pratica risposte di tipo principalmente tecnico, che vedono le domande degli/lle utenti ricollocate dentro una letture depurata di quegli elementi che ne dovrebbero dare uno spessore più di carattere sociale, vedendo la persona nel suo insieme al di là del tipo di esigenza che presenta.

Abbiamo visto come il paradigma prestazionale non sia funzionale ad un lavoro in ottica

rizomatica. Ci dobbiamo quindi avviare verso un paradigma più "eco-sistemico", che prenda in considerazione un terreno più ampio, più complesso. Ma cosa vuol dire questo in termini di prassi organizzative?

Cerchiamo di rispondere a questa domanda proponendo, *in primis*, due metafore molto potenti rielaborate durante i lavori del convegno, che ci aiutano a mettere a fuoco le direzioni di "senso" emerse dalla nostra analisi, per poi soffermarci su alcuni "dispositivi organizzativi permanenti" da intendersi come pratiche di lavoro che innescano e mettono in azione dei cambiamenti dentro (e fuori) l'organizzazione.

Il circo e la moschea: due metafore per attualizzare i CF

Durante i lavori del convegno sono emerse due metafore – quella del circo e quella della moschea – che danno una forte spinta immaginifica rispetto alle traiettorie evolutive dei CF.

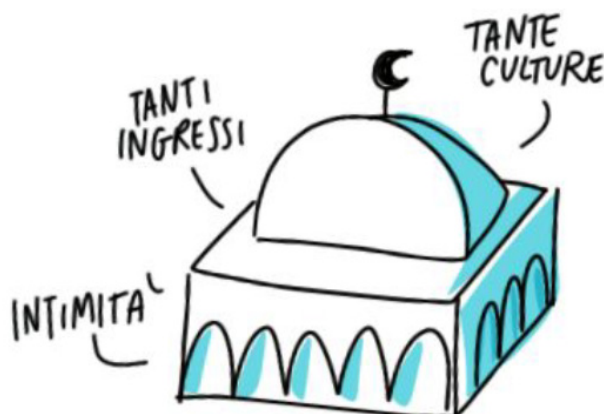
Il CF è stato presentato come un circo, e quindi come un luogo pieno di imprevisti, di sorprese, che necessita di tante competenze diverse, di capacità tecniche importanti, ma anche di un lavoro creativo, di capacità di trasformismo, di stare in equilibrio, di assunzione del rischio e di cambiamento continuo.



Il CF è poi stato paragonato ad una moschea: ci sono tanti ingressi, ci sono tante culture ed è un luogo caratterizzato dall'intimità. Questo richiamo all'intimità è molto interessante perché sembra voler sottolineare l'importanza di tutte quelle componenti più impalpabili che fanno parte dei temi e delle istanze che vengono portate al CF.

Queste metafore, parlando di molti ingressi, e di modalità eterogenee di azione, riprendono il tema dell'accesso come traiettoria portando un'idea organizzativa estremamente interessante che mette al centro una serie di questioni che costituiscono una riflessione organizzativa importante per i CF, ma anche per il contesto in cui i CF sono inseriti, come le Case della Salute e, più in generale, tutto il sistema dei servizi del welfare.

A partire da queste suggestioni, vediamo ora come il ricollocamento dei CF nello spazio pubblico si può declinare attualizzando i meccanismi generatori che abbiamo messo in luce nell'analisi genealogica.



"Da fuori a dentro": creare "spazi di entrata", spazi di confronto tra utenti e "spazi del tramando"

Il movimento bi-direzionale che ha caratterizzato i CF delle origini, che vedeva, da un lato, la presenza di tante donne e utenti negli spazi istituzionali e, dall'altro, operatori/trici abitare spazi al di fuori dei CF, si può attualizzare rendendo i CF di oggi partecipati e "riflessivi", ovvero farli tornare degli spazi dove la dinamica dentro-fuori sia molto presente, molto vivace. Per fare questo, le rielaborazioni dei dati di tutta la ricerca e i momenti di confronto durante il convegno hanno portato all'identificazione di diversi dispositivi organizzativi.

Per lavorare sulla traiettoria "da fuori a dentro" facciamo riferimento alla creazione e al rafforzamento di: "spazi di entrata", spazi di confronto tra utenti e "spazi del tramando".

Creare spazi di entrata nei CF significa aprire gli spazi del servizio ad attività varie, pensare a diverse modalità di ingresso, che comportino anche spazi di confronto tra utenti aprendosi verso l'esterno attraverso l'identificazione di alcuni spazi di autonomia o di riconoscimento per gli/le utenti: ad esempio, gruppi di auto mutuo aiuto che potrebbero trovare nel CF uno spazio di riferimento importante e, allo stesso tempo, contribuire a renderlo uno spazio pubblico rivitalizzato. In questo modo il tema dell'ingresso non è più solo una questione di accesso "fisico" (in termini di barriere architettoniche o di tipologia di accesso – diretto, libero, cuppizzato etc.), ma proprio di apertura del servizio in senso, potremmo dire, "osmotico". Si potrebbero sviluppare ad esempio degli spazi da intendersi come corner permanenti osmotici di confronto, dialogo, scambio tra operatori/trici e utenti (o potenziali utenti), che diano ai CF un ruolo di "membrana" tra un dentro e un fuori, di spazio dove si possa generare confronto e dialogo, anche informale, tra le varie persone.

Altri spazi che si potrebbero generare all'interno dei CF sono quelli che abbiamo definito "spazi del tramando", ovvero dei dispositivi organizzativi che sono stati sollecitati in termini di "tramando tra generazioni", tra operatori/trici o utenti che sono portatori della storia dei CF, per dare spazio al racconto di sé, alla condivisione di esperienze, e farne tesoro a livello personale quanto organizzativo. Questi spazi rappresenterebbero, *in primis*, una forma di cura di tutti quei passaggi per certi versi di "consegna culturale" tra operatori/trici e utenti di diverse generazioni, soprattutto in questa fase in cui ci sono numeri consistenti di persone che vanno in pensione portando con sé tanti saperi che i/le più giovani rischiano di non fare propri senza un'attenzione organizzativa specifica. Attivare spazi del tramando significa conservare, e soprattutto stimolare, riattivare, una memoria collettiva di ciò che si è fatto e che si sta facendo, non solo in un'idea diacronica, ma soprattutto nell'ottica di interrogarsi e confrontarsi sulla cornice di senso entro cui si agisce. Affinché questi spazi siano resi operativi è necessaria una consapevolezza da parte dell'organizzazione, non è sufficiente la spontaneità di una festa di pensionamento, ma serve una visione di sistema che riconosca l'importanza di non perdere pezzi importanti che riguardano la propria storia come servizio e delle conoscenze pratiche sviluppate al suo interno. Questi spazi non sono quindi da intendere solo come fasi di accompagnamento o contenitori per il passaggio di informazioni, competenze e buone prassi: gli spazi di tramando dovrebbero essere pensati e funzionare come momenti riflessivi e di condivisione di senso su quello che è il CF e il suo oggetto di lavoro, ovvero la sua *mission* e la visione che la sostiene.

"Da dentro a fuori": abitare il territorio, gli spazi e i servizi "altri", riempire di senso la programmazione locale e fare da broker/intermediario come istituzione

Per la traiettoria "da dentro a fuori" emerge invece la necessità di creare nuove forme di "uscita" dai confini del servizio, quali: "abitare il territorio, gli spazi e i servizi 'altri'", riempire di senso la programmazione sociale e fare da broker/intermediario come istituzione. Vediamo meglio in cosa consistono queste proposte.

Una prima suggestione emersa dalla ricerca e indagata a fondo durante il convegno è data dal saper uscire, esplorare, incontrare abitando il territorio, gli spazi e servizi "altri" rispetto al CF inteso come spazio organizzativo chiuso nei suoi confini materiali e simbolici. A livello metaforico abbiamo parlato di abitare spazi come "i muretti", la "panchina", intendendo in senso lato tutti quegli spazi informali che stanno fuori dagli ambulatori, e quindi le strade, i parchi, gli spazi associativi; ma allo stesso tempo anche l'importanza di sapersi muovere verso gli altri servizi, tra cui i Centri per le Famiglie, i Centri Antiviolenza e tutti quei servizi che intersecano l'oggetto di lavoro dei CF come definito precedentemente. L'idea di fondo è quindi quella di non stare dentro le proprie mura, ma uscire, aprirsi al fuori, nell'ottica di un lavoro di prossimità e territorializzazione (come anche indicato nel Piano Sociale e Sanitario regionale). La traiettoria è quella di "abitare

di senso" gli spazi già presenti, mettendo in pratica un lavoro di attivazione e manutenzione di una "rede viva".



Un altro spazio da abitare, andando anche ad attualizzare il meccanismo generatore dell'ampio confronto con il sociale, è rappresentato dalla programmazione locale come spazio istituzionale di incontro e confronto già esistente e in grado di attivare importanti connessioni con il sociale e con tutti quei soggetti che gravitano attorno al CF senza spesso incontrarlo veramente. Entrare dentro la programmazione locale significa riempirla di senso, fare leva su una importante dimensione istituzionale per produrre cambiamenti e far entrare nei Piani di Zona delle istanze significative.

Sempre in questa direzione di "uscita" dai propri confini, è emerso il bisogno di ridefinire alleanze con altri nodi della rete, nell'ottica dell'attivazione e manutenzione di una "rede viva". Vista l'importanza in passato dell'alleanza tra operatori/trici e movimenti, ci si deve interrogare su quali altre alleanze vorremmo attivare oggi, in una realtà che presenta una varietà consistente di possibili alleati che andrebbero (ri)conosciuti per capire le forme possibili di messa in pratica di questa alleanza. Questi soggetti non coincidono più (o almeno non totalmente) con i movimenti delle donne presenti alle origini dei CF. Come già detto, la partecipazione politica oggi assume forme e significati diversi: si assiste a legami meno forti tra politica e partiti, le forme di rappresentanza non sono più punti di riferimento di massa. La sfida è dunque quella di sapere valorizzare le nuove forme di attivismo oggi presente nei nostri territori, che rischiano, se non coinvolti, se non compresi, di diventare soggetti in conflitto con l'istituzione. Questo rapporto deve quindi essere ridefinito in una logica di alleanza, che permetta anche di lavorare più profondamente sulla collettivizzazione dell'oggetto di lavoro del CF, grazie alla forte consapevolezza che dimostrano questi soggetti sui temi connessi ai progetti di vita affettiva, sessuale e riproduttiva.

Il CF deve quindi riconoscere e fare da broker/intermediario per creare alleanze nella produzione dei servizi, capire quali di questi spazi possono essere occupati da altri, non in una logica di deresponsabilizzazione del servizio pubblico, ma affinché questi soggetti possano rappresentare un punto di riferimento importante per gli/le utenti di oggi che, rispetto alla propria vita affettiva, sessuale e riproduttiva, come già detto, presentano istanze molto differenziate ed eterogenee che non è detto trovino risposta dentro i confini organizzativi del CF. Non è pensabile, e nemmeno auspicabile, che "dentro" al CF si diano tutte le risposte e prestazioni di cui le/gli utenti possono aver bisogno, ma è necessario che il CF sappia connettere, fare da ponte, con tutti gli altri servizi e con tutte quelle realtà che a livello territoriale offrono attività particolarmente rilevanti e significative (alcuni esempi emersi durante la ricerca sono dati dai corsi sul perineo, o di yoga in gravidanza, gruppi di confronto tra donne in menopausa ecc.). Significa che come istituzione ci si può anche permettere di fare un passo indietro rispetto ad alcune attività già fornite da altre realtà territoriali, sviluppando una capacità di accogliere non solo la persona, ma il bisogno espresso, leggendolo nella sua potenziale complessità e orientando la persona all'interno del servizio e della rete a cui quel servizio è collegato. Questo lo si può fare però solo nel momento in cui vengono stabilite delle alleanze consapevoli, riconosciute, che non lascino semplicemente al caso la messa in pratica di queste azioni e che siano frutto di un confronto reale, che identifichi in questi soggetti importanti interlocutori di riferimento insieme ai quali rimettere in gioco degli oggetti di lavoro all'interno di riflessioni collettive.

Si potrebbe riassumere tutto questo in una frase come "a domanda complessa risposta complessa, a domanda semplice risposta ugualmente complessa": sebbene possa suonare inizialmente controintuitivo, in realtà stiamo ponendo l'accento sul fatto che il CF non si limita ad essere un luogo di consultazione esperta, ma diventa una sorta di generatore di consapevolezza. Saper ricollocare la domanda espressa da un utente non è un modo per complicare inutilmente il proprio lavoro, ma piuttosto un riposizionarsi per far emergere livelli di complessità che potreb-

bero rimanere impliciti o latenti e, per estensione, lavorare sulle competenze, l'empowerment e la proattività di chi si rivolge al servizio per un suo bisogno di salute. Ovviamente questo lavoro sulla complessità richiede un luogo orientato all'unitarietà e non alla frammentazione, che superi la tentazione (comprensibile) di parcellizzare il problema e la conseguente risposta e che cerchi di mantenere salda una visione organizzativa incentrata sul lavoro di rete e sull'interdipendenza di professionisti e servizi. Il CF, di conseguenza, può non essere necessariamente un punto di arrivo della persona con un progetto di vita affettiva, sessuale e riproduttiva di cui prendersi cura, ma può e deve diventare un "luogo trasmettitore", un'apertura verso una rete più ampia.

Dall'"autonomia organizzativa" e "lavoro di équipe" ai processi di soggettivazione dell'"operatore/trice équipe"

Per quanto riguarda i meccanismi generatori nella cornice della cultura organizzativa, oltre a quelli appena discussi, il lavoro di analisi ha visto l'emergere di due importanti passaggi connessi all'attualizzazione dell'"autonomia organizzativa" e del "lavoro di équipe" che si concentrano sulla figura dell'operatore/trice in termini di soggettivazione e di quello che abbiamo definito "l'operatore/trice è équipe".

Rispetto ai CF delle origini è stata messa in luce da molti/e la forte autonomia organizzativa che si viveva come operatori/trici, e la conseguente possibilità di sperimentarsi, innovare. Ritornare e rivisitare quell'idea di autonomia e libertà può significare oggi dare valore ai processi di soggettivazione, alle "risorse soggettive" mobilitate nel contesto organizzativo, dove, come spiegato da Gomes e colleghi (2016), a parità di risorse materiali e strutturali (che non dipendono ovviamente dalle singole persone), la differenza degli effetti del lavoro passa in buona parte per processi che stanno nell'ambito della libertà d'azione dei/lle professionisti/e. Significa quindi, in una visione rizomatica, riconoscere e dare maggior enfasi a quel lavoro già presente (ma spesso invisibile) che, riferendoci, tra gli altri, a Franco (2016), possiamo definire "creativo", simile ad un'improvvisazione. Esso avviene:

"quando si presentano ostacoli (...) in questi casi vengono realizzati atti insoliti (...) [che sfuggono] da qualsiasi previsione inscritta nei protocolli, istituiti allo scopo di guidare e standardizzare le condotte professionali. Si tratta di invenzioni, atti creativi che generano possibilità di risoluzione del problema dell'utente, attraverso deviazioni, 'linee di fuga', ovvero qualcosa che risignifica il problema, la necessità, la presa in carico, nel contesto della relazione del professionista con l'utente" (*Ibidem*, p. 132)

L'utenza inattesa, di cui abbiamo già parlato, ha bisogno della messa in pratica di comportamenti che devino dagli standard predeterminati. Operatori/trici si trovano quindi a dover scegliere se rompere con lo standard ed agire un "lavoro creativo", "ossia creare per sé stesso nuove possibilità di assistenza, inaugurando nuove condotte, nuove alleanze, assumendosi certi rischi, lavorando in un territorio di possibilità più ampio" (*Ibidem*, p. 133). Operatori/trici assumono così una posizione di responsabilità individuale, che però diventa collettiva, e quindi condivisa, nel momento in cui queste scelte riescono a farsi in rete. In questi processi di soggettivazione si può riattivare quella consapevolezza di "non neutralità" che caratterizzava l'agire degli/lle operatori/trici dei CF delle origini: l'operatore/trice non è mai neutro in quello che fa. Uno tra i tanti esempi emersi è rappresentato dalla telefonata a colleghi/e di altri servizi che è stata presentata in alcuni momenti della ricerca come un "lavoro di volontariato", che viene fatto solo grazie a contatti personali, legata solo alla buona volontà della singola persona. Questa è una delle tante pratiche che dimostra come l'assunzione della propria soggettività porti a spazi di autonomia e libertà che danno maggiori margini di azione ai singoli soggetti.

Agendo in questa direzione vi è anche un'ulteriore trasformazione che vede l'attualizzazione del lavoro di équipe di un tempo nel concetto di "l'operatore/trice è équipe". In passato il lavoro di équipe era uno spazio de-perimetrato che vedeva la compresenza di diversi/e operatori/trici. Attualizzando il concetto di lavoro di équipe come la somma dei diversi professionisti/e si corre il rischio di leggerlo in una logica analogica, come la somma delle diverse prospettive professionali, ovvero come qualcosa che non è vero lavoro di équipe. L'attualizzazione oggi, in una logica rizomatica, dovrebbe invece sviluppare la consapevolezza nelle singole persone di essere équipe anche come singolo/a professionista, cambiando così la propria prospettiva e il proprio modo di lavorare. Se come operatore/trice "sono équipe", assumo una postura diversa da quella di essere somma e anche sul piano operativo ci sono delle conseguenze molto concrete. Per

mantenere quel meccanismo generatore del lavoro interprofessionale, interistituzionale, considerarsi équipe permette di mettere in pratica questa prospettiva lavorativa in qualsiasi momento, anche quando non si è fisicamente in compresenza con altri/e operatori/trici. Se viene introiettata questa idea dell'essere équipe, automaticamente anche chi si trova solo/a davanti all'utente ha già in mente le connessioni, le persone che potranno essere contattate o coinvolte successivamente, leggerà quello che dice l'utente collocandolo nella sua mappa esistenziale e quindi attuando dei collegamenti necessari con altre professionalità o altri servizi o soggetti.

6. Sintesi dei risultati

La seguente tabella riporta la sintesi dei risultati della ricerca, riassumendo quanto narrato nei precedenti capitoli.

Le colonne della tabella corrispondono ai tre capitoli di discussione dei risultati. Nello specifico:

- la colonna azzurra riassume i risultati presentati nel capitolo 3, che si focalizza sui "meccanismi generatori" che hanno caratterizzato la fase delle origini dei CF (anni '70 e '80);
- la colonna verde riporta i risultati del capitolo 4, che si concentra sull'evoluzione degli elementi identificati dagli anni '90 ad oggi;
- la colonna fucsia riassume i possibili elementi di attualizzazione oggi e in futuro dei meccanismi generatori delle origini, approfonditi nel capitolo 5.

a) PARADIGMA ORGANIZZATIVO, CULTURALE, POLITICO		
Meccanismi generatori delle origini (Paragrafo 3.1)	Evoluzione dei meccanismi generatori oggi (Paragrafo 4.1)	Attualizzazione dei meccanismi generatori (Paragrafo 5.1)
Modello sanitario-emancipazionista	Aziendalizzazione, approccio prestazionale, "cuppizzazione": tra standardizzazione e variabilità, da CF a poliambulatorio	- Visione rizomatica vs. visione analogica - Ridefinizione dell'oggetto del CF come progetto di vita rappresentato da mappe rizomatiche dell'esistenza
Modello bio-psico-sociale		
b) RELAZIONE TRA "DENTRO" E "FUORI" E TRA OPERATORI/TRICI E SOCIETÀ CIVILE		
Meccanismi generatori delle origini (Paragrafo 3.2)	Evoluzione dei meccanismi generatori oggi (Paragrafo 4.2)	Attualizzazione dei meccanismi generatori (Paragrafo 5.2 e 5.3)
Forte alleanza tra operatori/trici e movimenti delle donne, declinata in un movimento bidirezionale e nel cambio di postura di operatori/trici e utenti.	"Rottura" dell'alleanza e distanza tra professionisti/e e utenti. Tracce della passata alleanza in alcune relazioni personali (più che sistema) e nel rapporto con alcune associazioni.	Attivazione e cura di una "rede viva e rizomatica" Da "fuori a dentro": rendere gli spazi istituzionali partecipati e riflessivi creando: - "spazi di entrata" - "spazi del tramando" - spazi di confronto tra utenti (automutuo aiuto, peer to peer...) Da "dentro a fuori": - abitare il territorio, gli spazi altri e i servizi altri - riconoscere e fare da broker come istituzione - CF come ponte, luogo trasmettitore
a) Movimento bidirezionale caratterizzato da una condivisione di senso (non solo tecnicismo): - "Da fuori a dentro": donne e utenza negli spazi istituzionali (es. Comitati di gestione) - "Da dentro a fuori": operatori/trici negli spazi dei movimenti (assemblee, manifestazioni...)	Istituzionalizzazione e individualizzazione della partecipazione: mancanza di spazi di partecipazione "vera", di movimento da fuori a dentro e da dentro a fuori.	
b) Cambio di postura di operatori/trici: - apertura verso nuovi temi - nuove forme di ascolto e di relazione con l'utenza e la società civile - messa in discussione della cultura professionale ospedaliera - formazione "situata" e "partecipata" con le donne	- mancanza di ascolto - evoluzioni nelle identità professionali: maggiore centralità della figura dell'ostetrica; scomparsa assistenti sociali, ma nuove attenzioni e competenze nel sociale da parte di altri/e professionisti/e; - riavvicinamento cultura ospedaliera e territoriale	
c) Cambio di postura degli/delle utenti: - Emancipazione dal ruolo di "pazienti/passivi" - Autodeterminazione delle donne - Empowerment dell'utente - Forte partecipazione dell'utente	- Utenza portatrice di maggiore complessità ed eterogeneità - Utenza "arrabbiata", conflittuale - Utenza "esperta" - forti cambiamenti nelle famiglie - "inusualità dell'utenza"	

c) CULTURA ORGANIZZATIVA		
Meccanismi generatori delle origini (Paragrafo 3.3)	Evoluzione dei meccanismi generatori oggi (Paragrafo 4.3)	Attualizzazione dei meccanismi generatori (Paragrafo 5.2 e 5.3)
Autonomia organizzativa (poco controllo, molta libertà di sperimentazione, ma con rischio di disorganizzazione)	Maggiore controllo e mancanza di visione degli obiettivi del mandato istituzionale	Soggettivazione e politicizzazione di operatori/trici Prendere strade non predefinite, riferimento a linee guide, protocolli etc. ma capacità di non farsi ingabbiare, di "andare oltre"
Lavoro di équipe	Solitudine dell'operatore/trice, mancanza di spazi di riflessività e di équipe	L'operatore/trice è équipe
Ampio confronto con il sociale (sia a livello istituzionale che professionale)	Poca interazione con il sociale	Programmazione sociale come spazio di incontro e confronto
Nuove attività e temi: interruzione di gravidanza, contraccezione, educazione alla salute	- Risposta a nuove istanze con servizi all'avanguardia per utenza "nuova, imprevista": Spazio donne immigrate e loro bambini; Spazio giovani; Consultorio MIT. - Focalizzazione su alcuni temi e altri in secondo piano	Rispondere ai bisogni degli/le utenti "reali" nell'ottica di una visione rizomatica, che superi le etichette analogiche (mappa rizomatica dell'esistenza)
Accesso libero e diretto	Complicazioni di accesso, "cuppizzazione"	Accesso come traiettoria: non è il primo step senza un prima, ma è una traiettoria, una tappa; punto di accesso rispetto alla mappa esistenziale non solo come punto di accesso fisico al servizio
Servizio atipico, autoreferenziale, "ermetico", "elitario"	Servizio che ha un'identità e che necessita di evolvere verso un servizio veramente "pubblico".	Ricollocare i CF nello spazio pubblico. Diffusione della cultura organizzativa dei CF verso altri servizi CF come modello per altri servizi

Le righe della tabella presentano invece lo sviluppo diacronico dei diversi "meccanismi generatori" identificati nel corso dell'analisi e raggruppati in tre macrocategorie: 1. Il paradigma organizzativo, culturale e politico; 2. La relazione tra "dentro" e "fuori" e l'alleanza tra operatori/trici e società civile; 3. La cultura organizzativa.

Come suggerito dalla tabella, i risultati della ricerca possono essere letti seguendo i capitoli sequenzialmente (capitolo 3, capitolo 4, capitolo 5) e ponendo quindi l'attenzione su tutti gli elementi caratterizzanti ogni fase storica, oppure trasversalmente, focalizzandosi sull'evoluzione di ogni macrocategoria nelle tre epoche¹⁷.

7. Il percorso e la metodologia della ricerca-(form)azione partecipata

Questo capitolo offre una panoramica del percorso di ricerca-(form)azione partecipata, iniziato a fine 2017, soffermandosi sull'impianto metodologico e sulle diverse fasi e attività svolte. Dopo una breve descrizione della cabina di regia e dell'équipe di ricerca, ci si focalizzerà sulle diverse fasi del percorso, così suddivise: 1. Genealogia/archeologia delle politiche; 2. Studi di caso; 3. Laboratori partecipativi; 4. Convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future; 5. Ipotesi di sviluppo.

La ricerca è stata coordinata dallo staff regionale composto da Silvana Borsari, Bruna Borgini, Elena Castelli del Servizio assistenza territoriale, Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare e Maria Augusta Nicoli, Luigi Palestini e Giulia Rodeschini dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR). Insieme allo staff, ha fatto parte della cabina di regia del progetto anche una rappresentanza dell'Associazione Unione Donne Italiane (UDI) – Loredana Bondi, Rosanna Galli, Katia Graziosi, Giovanna Piaia, Laura Piretti, Loretta Serra, Liviana Zagagnoni – che ha svolto un importante ruolo di interfaccia, di soggetto con cui confrontarsi e condividere tutti i passaggi fatti insieme all'équipe di ricerca.

Il lavoro di ricerca è stato svolto da un'équipe di ricerca¹⁸ coordinata dall'Agenzia sanitaria e

¹⁷ In questo caso si possono leggere i paragrafi nel seguente ordine: a) 2.1, 3.1, 4.1, 5.1; b) 2.2, 3.2, 4.2, 5.2; c) 2.3, 3.3, 4.3, 5.3

¹⁸ Annalisa Bergonzoni, AOU di Modena; Nicola Bolzoni, AUSL Parma; Cristina Boschetti, AUSL Bologna; Martina Croci, AUSL Piacenza; Elvira Di Biase, AUSL Romagna; Lorenza Dodi, AUSL Parma; Barbara Galanti, AUSL Parma; Oriana Gasperoni, AUSL Romagna; Maria Concetta La Mantia - AUSL Reggio Emilia; Gianfranco Martucci, UNIPR e LILT-RE; Michele Mastroberardino, AOU di Modena; Maria Pandolfi, Ausl Romagna; Marilena Pedroni, AUSL Reggio Emilia; Giada Recchia, UniBo; Ivonne Zoffoli, AUSL Romagna.

sociale regionale e composta da 14 professionisti/e della rete dei servizi sociali e sanitari della Regione Emilia-Romagna, tra cui 6 professioniste dei CF. L'équipe – divisa in tre microéquipe focalizzate ognuna su una delle tre aree vaste del territorio regionale – ha svolto il lavoro di ricerca e facilitato, insieme al gruppo coordinatore, gli incontri partecipativi.

Parallelamente a queste attività, il gruppo ha frequentato un percorso formativo (organizzato a livello regionale) che ha rappresentato un momento di confronto sia rispetto alle tecniche di ricerca utilizzate sia rispetto all'analisi dei dati e all'andamento della ricerca. Il percorso ha previsto 4 incontri frontali e 25 ore di lavoro sul campo. I moduli si sono focalizzati su: condivisione del disegno della ricerca; approfondimento dell'oggetto della ricerca (attraverso una tavola rotonda a cui hanno partecipato tre testimoni privilegiati); analisi dei dati; condivisione, presentazione e discussione dei risultati.



Cabina di regia



Équipe di ricerca

Fase 1: Genealogia e archeologia delle politiche

Nel primo semestre del 2018 l'équipe di ricerca ha attuato la fase della genealogia e archeologia delle politiche. La domanda che ha guidato questa fase è stata: *come sono nati i CF e quali sono stati i meccanismi di funzionamento dell'alleanza tra operatori/trici e comunità che hanno permesso la costituzione degli stessi?*

Per rispondere a questa domanda abbiamo fatto riferimento come impianto metodologico all'approccio genealogico applicato allo studio dei processi di costruzione delle politiche di salute, utilizzato da diversi autori nel campo della ricerca micropolitica. Land (2016) definisce la genealogica come una costruzione interpretativa che cerca di ricostruire la storia effettiva dei valori (e, potremmo aggiungere, della cultura organizzativa) attraverso la descrizione di "scene" e "catene di scene", non con l'intento di cercare di stabilire una causalità, ma piuttosto per rendere visibili le molteplici prospettive e conformazioni che derivano da diversi posizionamenti, interessi disparati, controversie. Per questo autore la questione centrale, che condividiamo nel nostro ruolo di ricercatori/trici, è che fare ricerca genealogica (come più in generale ricerca di tipo qualitativo) significa farsi coinvolgere dal contesto studiato e offrire una propria attività interpretativa senza la quale una produzione di significato sarebbe impossibile.

Seguendo questa prospettiva, l'obiettivo è stato quello di fare uno "scavo genealogico e archeologico" che permettesse di focalizzare l'attenzione sui temi e le questioni principali che hanno fatto la storia dei CF. Questo approccio si è rivelato particolarmente calzante rispetto al periodo peculiare in cui abbiamo compiuto la ricerca: un momento cioè in cui molti/e professionisti/e "storici" dei servizi di welfare stanno uscendo dal sistema sanitario regionale a causa dei numerosi pensionamenti in essere. Indagare la storia dalla loro prospettiva rappresenta quindi un'importante operazione di conservazione e tramando di una memoria che rischia di perdersi tra le generazioni.

L'approccio genealogico non si limita ad analizzare le narrazioni di operatori/trici o utenti che hanno visto (o partecipato a) la nascita dei CF; piuttosto esso permette di indagare le prospettive genealogiche di tutte le persone che vivono, o hanno vissuto, il servizio in diversi ruoli. Per questo, sono state coinvolte figure molto diverse tra loro, sia in termini generazionali (operatori/trici entrate da poco nei CF, fino a operatori/trici già in pensione), sia di posizionamento rispetto ai CF (professionisti/e, utenti, attiviste). Ad ognuno è stato chiesto di parlare dal proprio punto di vista, nella convinzione che ogni prospettiva potesse arricchire la riflessione e l'analisi grazie ai diversi sguardi sul medesimo oggetto di ricerca.

Questa fase della ricerca ha permesso, in modo particolare, di mettere a fuoco i meccanismi generatori delle origini presentati nel capitolo 3 e gli elementi che hanno caratterizzato i decenni successivi, fino ad oggi, discussi nel capitolo 4.

Le tecniche di ricerca utilizzate per raccogliere i dati sono state l'intervista in profondità, l'intervista di gruppo (tavola rotonda) e il focus group. Le 11 interviste in profondità a testimoni privilegiati hanno coinvolto professionisti/e in pensione, esperti di politiche sanitarie e di welfare, amministratori/trici e funzionari/e della Regione Emilia-Romagna. Sono stati poi organizzati 6 focus group che hanno coinvolto, a livello di area vasta, principalmente professionisti/e dei CF e di altri servizi e, in forma più residuale, alcune utenti e attiviste dei movimenti delle donne. Altri 2 focus group, a livello regionale, hanno infine coinvolto una rappresentanza di circa 15 donne delle associazioni UDI e CIF. Un'intervista di gruppo (in forma di tavola rotonda) ha infine coinvolto una ginecologa e un ginecologo (in pensione) che hanno lavorato per decenni nei CF con un ruolo di forte indirizzo delle politiche e una esperta di sociologia dell'organizzazione dei servizi di welfare.

Le seguenti immagini riportano nel dettaglio la distribuzione territoriale delle azioni di ricerca di questa fase e mostrano alcuni dei setting entro cui esse si sono svolte.



LIVELLO REGIONALE

2 focus group
UDI-CIF, 11
interviste in
profondità a
testimoni privilegiati



AREA VASTA EMILIA NORD

1 focus group Rubiera
(Modena e Reggio
Emilia)
1 focus group Parma
2 interviste Piacenza



AREA VASTA EMILIA CENTRO

2 focus group Bologna
(e Imola)
1 focus group
FERRARA



AREA VASTA ROMAGNA

1 focus group a Forlì

CIRCA 80 PERSONE COINVOLTE



La seguente tabella riporta la traccia utilizzata per la conduzione dei focus group prodotta e condivisa dall'équipe di ricerca.

Fase I – PRESENTAZIONE FOCUS GROUP	
Domanda	Elementi di attenzione e stimoli
Ringraziamento per la partecipazione Presentazione progetto (si veda scheda progetto) Comunicare che registreremo la discussione sottolineando che tutte le informazioni saranno trattate nel pieno rispetto della privacy e rese anonime. Regole che chiediamo gentilmente di rispettare: - prima di parlare, ripetere sempre il vostro nome; - parlare una per volta. Durata: la discussione durerà circa 2 ore/2 ore e mezzo. Se qualcuno dovesse andare via prima è pregato di comunicarlo.	- Obiettivi e finalità - Équipe regionale - Struttura della ricerca (focus group con testimoni privilegiati; etnografie; giornate partecipative)

Fase I - RISCALDAMENTO	
Domanda	Elementi di attenzione e stimoli
<i>Per entrare nell'argomento, Vi faremo una domanda e Vi lasceremo 5 minuti per elaborare la risposta, che vi chiediamo di trascrivere sul post it che vi abbiamo consegnato.</i> <i>Rispetto a quando avete iniziato a lavorare qui, scrivi 3 cose che dal vostro punto di vista sono cambiate radicalmente (o che raccontano il cambiamento del consultorio) e, se possibile, identificate in quale momento/periodo/evento sono cambiate.</i> Nota metodologica: <i>Cerchiamo di offrire una prospettiva partendo dalla propria esperienza personale (dal sé/personale/micro), non limitarvi a fare riferimento a cambiamenti macro (mancanza di soldi e risorse, flussi migratori), ma focalizzarsi su fenomeni concreti e specifici del vostro lavoro (condizionati anche da macro cambiamenti)</i> Max 3 elementi	[distribuzione post-it; accertarsi di avere lavagna fogli mobili o cartelloni da attaccare] [avremo una sorta di timeline/mappa per vedere come si dipanano i cambiamenti = storia di vita dei consultori; schema che rimane di sottofondo] Sistematizzazione/mappatura dei post it su un tabellone. Durata 30 minuti max

Fase II - DISCUSSIONE	
Domanda	Elementi di attenzione e stimoli
<i>Partendo dai risultati indicati sul tabellone, passiamo ad approfondire il tema di oggi.</i> <i>Premessa (da tenere presente e dire se si vuole e nella forma che si preferisce)</i> - Nei processi di cambiamento che hanno così tanto modificato l'impianto dei servizi o creato servizi nuovi... cosa succede? In qualsiasi traiettoria ad un certo punto ci si pone il tema di come possa evolvere e come possa farlo in modo che sia un'evoluzione che fa fare dei passi in avanti e non all'indietro. - Abbiamo visto che l'innovazione è data da quella congiunzione che mette insieme le forme istituzionali avanzate con le forme avanzate nella comunità (come è l'esempio della nascita dei consultori o della legge Basaglia per la psichiatria) Nel processo di transizione in atto, cosa c'è – nelle pratiche di tutti i giorni - di progressivo/innovativo vs. retrogrado/che blocca? Cosa vedete come progressivo/ potenzialmente innovativo e cosa vedete di retrogrado/che blocca/va indietro/ti fa stare in una posizione fissa/non ti fa muovere rispetto a quello che si era conquistato? Chi potrebbero essere gli alleati di oggi?	Eventuali sottodomande per stimolare e organizzare i contenuti della discussione <i>Quali elementi emergono in termini di:</i> – Cambiamenti dell'utenza – Cambiamenti professionali (siete cambiati voi come professionisti? Come?) – Cambiamenti nel rapporto tra professionisti e utenza – Cambiamenti nel rapporto con le istituzioni – Cambiamenti nelle attività (più percorso nascita, meno...). Durata 80 minuti max

Fase III - CHIUSURA*Per concludere*

- Cosa è uscito oggi...
- Avete altri suggerimenti o cose da dire sui temi oggi affrontati? Abbiamo tralasciato qualcosa?

Le opinioni che avete espresso rimarranno anonime e verranno presentate come frutto dell'intero gruppo, non come idee personali.

Vi ricontatteremo via mail per raccogliere da parte vostra, se siete disponibili, qualche spunto sul futuro, la parte evolutiva dei consulenti e per aggiornarvi sull'avanzamento del progetto

Grazie a tutti della partecipazione!

Durata 10 minuti

Fase 2: Studi di caso e osservazione etnografica

La seconda fase della ricerca è stata dedicata agli studi di caso, con riferimento alla metodologia della *Case Study Research*, che facilita l'esplorazione dei fenomeni e delle dinamiche presenti all'interno di specifici contesti usando una varietà di fonti di dati (Eisenhardt 1989, Stake 1994). La scelta dei 6 casi studio ha seguito la logica del *theoretical sampling* (Glaser e Strauss 1967), basandosi su alcune proprietà significative quali la dimensione, il contesto in cui sono inseriti (città/periferia, dentro/fuori la Casa della Salute, la tipologia di attività e servizi disponibili (Spazi Giovani, Spazi donne immigrate e loro bambini, Centro Liberiamoci dalla Violenza...)).

Il lavoro di ricerca sul campo ha visto lo svolgersi di osservazioni etnografiche che, attraverso un'osservazione partecipante di tipo "moderato" (Gobo 2001) e lo *shadowing* – in cui il/la ricercatore/trice segue un attore organizzativo nello svolgimento di tutte le sue attività quotidiane, come se fosse la sua ombra (Bruni 2003, Czarniawska 2007) – hanno posto l'attenzione sulle pratiche agite quotidianamente da operatori/trici e utenti e sull'uso, materiale ma anche simbolico, degli spazi del CF.

In particolare, l'osservazione partecipante è stata finalizzata a descrivere il gap tra l'utente "ideale" (così come emerge dall'organizzazione dei CF) e l'utente "reale", ovvero quello che accede e fruisce quotidianamente dei servizi offerti e si è focalizzata sulle seguenti tematiche: informazione (tipologia di attività, orari), accesso ai servizi, accoglienza (orientamento all'interno della struttura, supporto nell'utilizzo dei servizi, presa in carico, tempistiche, ambienti della struttura). L'indagine si è focalizzata pertanto sul grado di uniformità con cui l'organizzazione risponde alla variabilità delle necessità rappresentate dall'utenza che quotidianamente accede al servizio con i suoi bisogni (espressi e non), condizioni di vita, storia clinica ecc.

Alcuni elementi su cui si è posta l'attenzione sono stati: la modalità di utilizzo della struttura da parte degli utenti, la relazione utenti/operatori, la relazione tra operatori/trici, la relazione tra utenti, la percezione della gestione di tempi e procedure. La griglia di osservazione dai/lle ricercatori/trici che hanno svolto questa fase della ricerca richiedeva di descrivere:

- il contesto: descrizione dettagliata degli spazi, degli oggetti presenti, loro collocazione, etc.;
- i tempi: descrizione dettagliata della scansione temporale, per singola attività o frazionata;
- gli attori coinvolti: elenco degli attori presenti, con relativo ruolo;
- le attività prevalenti e/o riconoscibili: descrizione delle attività osservabili assumendone il significato implicito per i soggetti osservati;
- le dinamiche relazionali: descrizione dettagliata delle relazioni osservabili nel setting;
- i materiali/supporti utilizzati: descrizione dei materiali utilizzati dal/dai soggetto/i osservati e relativa funzione;
- gli elementi teorici rilevati: etnocentrismo, categorizzazione, ordine morale, ruoli, rituali, etc.

Questa fase di ricerca si è rivelata di particolare importanza perché ha permesso molti scambi con operatori/trici durante lo svolgimento del loro lavoro quotidiano e ha quindi permesso di esplorare nuove piste interpretative non emerse con la stessa forza durante le interviste e i focus group della fase precedente. Inoltre, altro aspetto molto rilevante è dato dalle voci delle/gli utenti, raccolte soprattutto nelle sale di attesa, che hanno arricchito molto la prospettiva sull'oggetto di ricerca.

I dati di questa fase, come della successiva, sono stati raccolti in "diari di campo" utilizzati nella rielaborazione dei risultati.

I diari di campo riportano molte riflessioni specifiche sui singoli CF analizzati e descrizioni di pratiche e attività svolte in cornici che presentano un alto livello di variabilità. Questo materiale sarà di ulteriore interesse nella futura fase di sperimentazione in quanto offrirà una base descrittiva e analitica dei casi studio presi in esame.

Le seguenti immagini riportano nel dettaglio la distribuzione territoriale delle azioni di ricerca di questa fase e mostrano alcuni dei setting entro cui esse si sono svolte.



AREA VASTA EMILIA NORD

Osservazione
etnografica 2
consultori



AREA VASTA EMILIA CENTRO

Osservazione
etnografica 1
consultorio



AREA VASTA ROMAGNA

Osservazione
etnografica 2
consultori



Fase 3: Laboratori partecipativi

Questa fase ha previsto il coinvolgimento di utenti (singoli o appartenenti ad associazioni/gruppi), professionisti/i di numerosi servizi del sistema di welfare regionale, amministratori/trici, studenti/esse, operatori/trici della scuola in spazi di riflessione collettiva e di corresponsabilizzazione in cui, attraverso l'utilizzo della tecnica del *World Cafe* si è attivato un confronto – a livello intergenerazionale, interprofessionale e politico – sulla storia, i vissuti, le aspettative/bisogni e le traiettorie organizzative – presenti e future – dei CF nel contesto comunitario. I 4 laboratori partecipativi – organizzati uno in ogni area vasta più uno specifico rivolto ai/lle giovani all'interno di uno Spazio Giovani – sono da intendersi come spazi dialogici in cui si è riattivato un processo

di pensiero collettivo sulle pratiche e su ciò che queste pratiche dovrebbero avere come senso e significato condiviso.

L'invito a partecipare è stato rivolto all'intera cittadinanza, a professionisti/e dei CF e di tutti i servizi sanitari e sociali, al terzo settore, ad amministratori/trici locali delle tre aree vaste attraverso diversi canali (facilitati dal lavoro di informazione capillare svolto dalle équipes di ricerca).

Gli incontri sono stati strutturati in più parti. Inizialmente è stata presentata la ricerca e i primi risultati dati dall'analisi dei risultati delle fasi precedenti. Successivamente è stato avviato il momento di confronto e riflessione collettivo utilizzando la tecnica del *World café*, che ha previsto l'attivazione di 3 "giri" di conversazione (di 20/30 minuti l'uno) e lo scambio finale in plenaria. I "giri" di conversazioni, come previsto metodologicamente dal *World café*, sono stati organizzati in diversi tavoli "mobili" (che cambiano ad ogni "giro"), composti dai cosiddetti "custodi del tavolo" – che danno il benvenuto ai/le nuovi(e) arrivati/e, condividono brevemente le idee principali e i temi trattati nel tavolo precedente e incoraggia i/le partecipanti a collegare e connettere le idee che vengono dalle conversazioni precedenti – e dagli/le "ambasciatori/trici di significato" – che si spostano e portano con sé le idee, i temi e le domande nelle nuove conversazioni.

Il primo "giro" è stato finalizzato ad esplorare le sfaccettature dell'oggetto del CF e, in particolare, è stato chiesto ai/le partecipanti di pensare ai propri (o altrui) progetti di vita affettiva, relazionale, sessuale, riproduttiva e rispondere alle seguenti domande: quali sono le preoccupazioni e i quesiti che emergono? Su cosa hai bisogno di sostegno, confronto, consiglio, aiuto, suggerimento, indicazione pratica?

Il secondo "giro" ha esplorato le possibili connessioni e le alleanze da mettere in pratica affinché i CF possano rispondere a quanto emerso nel primo giro di conversazione, a partire dalla domanda: chi possono essere gli alleati? Quali servizi, entità, luoghi, gruppi, persone...?

Nel terzo "giro" è stato invece chiesto di immaginare i CF di domani a partire dalle seguenti domande: come possiamo ri-nominare il CF? Con quale metafora possiamo evocarlo? Come possiamo rappresentarlo graficamente?

L'ultima parte dell'incontro è stata infine dedicata ad un momento di riflessione collettiva in cui sono state condivise le metafore, è stato chiesto di appuntare un'idea, una questione, un tema particolarmente significativo e, infine, di condividere una prima idea e continuare a discutere per analogia.

Le seguenti immagini riportano nel dettaglio la distribuzione territoriale delle azioni di ricerca di questa fase e mostrano alcuni dei setting entro cui esse si sono svolte.



AREA VASTA EMILIA NORD

Modena (15 febbraio 2019)



AREA VASTA EMILIA CENTRO

Bologna (18 dicembre 2018) + incontro
Spazio giovani



AREA VASTA ROMAGNA

Ravenna (12 febbraio 2019)



Fase 4: Convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future"

A partire dalle ipotesi di lavoro emerse dalle precedenti fasi di ricerca, il 28 febbraio e 1 marzo 2019 è stato organizzato il Convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future", finalizzato a creare uno spazio dialogico sull'evoluzione dei CF e, per questo, aperto a tutti/e coloro che a vario titolo (professionisti/e, amministratori/trici, associazioni e singole persone) desideravano fornire un contributo. La due giorni ha previsto diversi setting di lavoro.



28 febbraio 2019

1400 registrazione partecipanti e accoglienza

1430 Apertura dei lavori

LUCA BARBERI - responsabile Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna

1440 Presentazione della ricerca regionale "Analisi del funzionamento organizzativo dei Consultori familiari partendo dall'esperienza e dai bisogni di chi ci lavora (professionisti) e di chi li frequenta"

SILVANA BORSARI - Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
LUIGI PALESTINI e GIULIA RODESCHINI - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

1520 Il percorso di ricerca visto da...

UNIONE DONNE ITALIANE (UDI) e OPERATORI e OPERATRICI DELL'EQUIPE DI RICERCA

1540 Consultori familiari: azioni del Ministero della salute

RENATA BORTOLUS
Tutela della salute donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle disuguaglianze, Ministero della salute

1600 Presentazione del progetto nazionale sulle attività dei Consultori familiari

SERENA DONATI
responsabile Reparto salute donna ed età evolutiva, Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e promozione della salute, Istituto superiore di sanità

LAURA LAURIA
Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e promozione della salute, Istituto superiore di sanità

1630 Dalla famiglia normativa alle diverse normalità: riflessioni per le traiettorie future dei Consultori familiari

LAURA FRUGGERI - Università degli studi di Parma

1730 conclusione della prima giornata

Partecipa EMERSON MERHY - Universidade federal do Rio de Janeiro, Brasile nel ruolo di "traghetatore" verso le palestre

1° marzo 2019

930 Stimolare la riflessione collettiva: l'esperienza brasiliana
EMERSON MERHY - Universidade federal do Rio de Janeiro, Brasile

1000 Palestre per il futuro

- (Ri)definire l'oggetto del Consultorio familiare
- (Ri)pensare le connessioni
- Il Consultorio come luogo...

conduzione delle palestre a cura di FACILITATORI E FACILITATRICI DEL COMMUNITY LAB

1330 pausa pranzo

1430 Parole e immagini dalle palestre

conducono MARIA AUGUSTA NICOLU - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
EMERSON MERHY - Universidade federal do Rio de Janeiro, Brasile

facilitatrice SARA GALEOTTI - esperta di grafica visuale

1630 Riflessioni conclusive

KYRIAKOULA PETROPULACOS
Direttore generale Cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna

1700 conclusione dell'evento

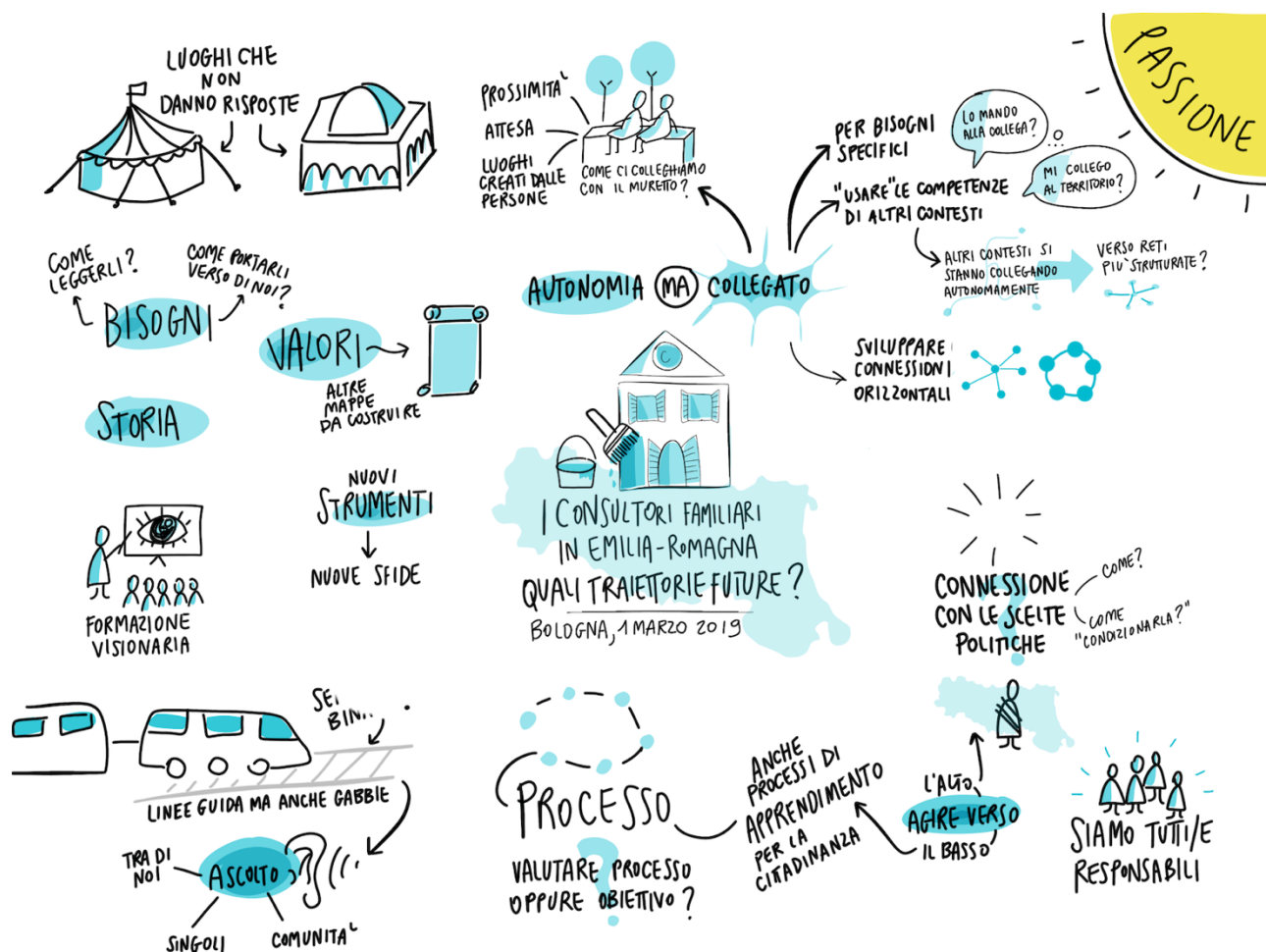
programma

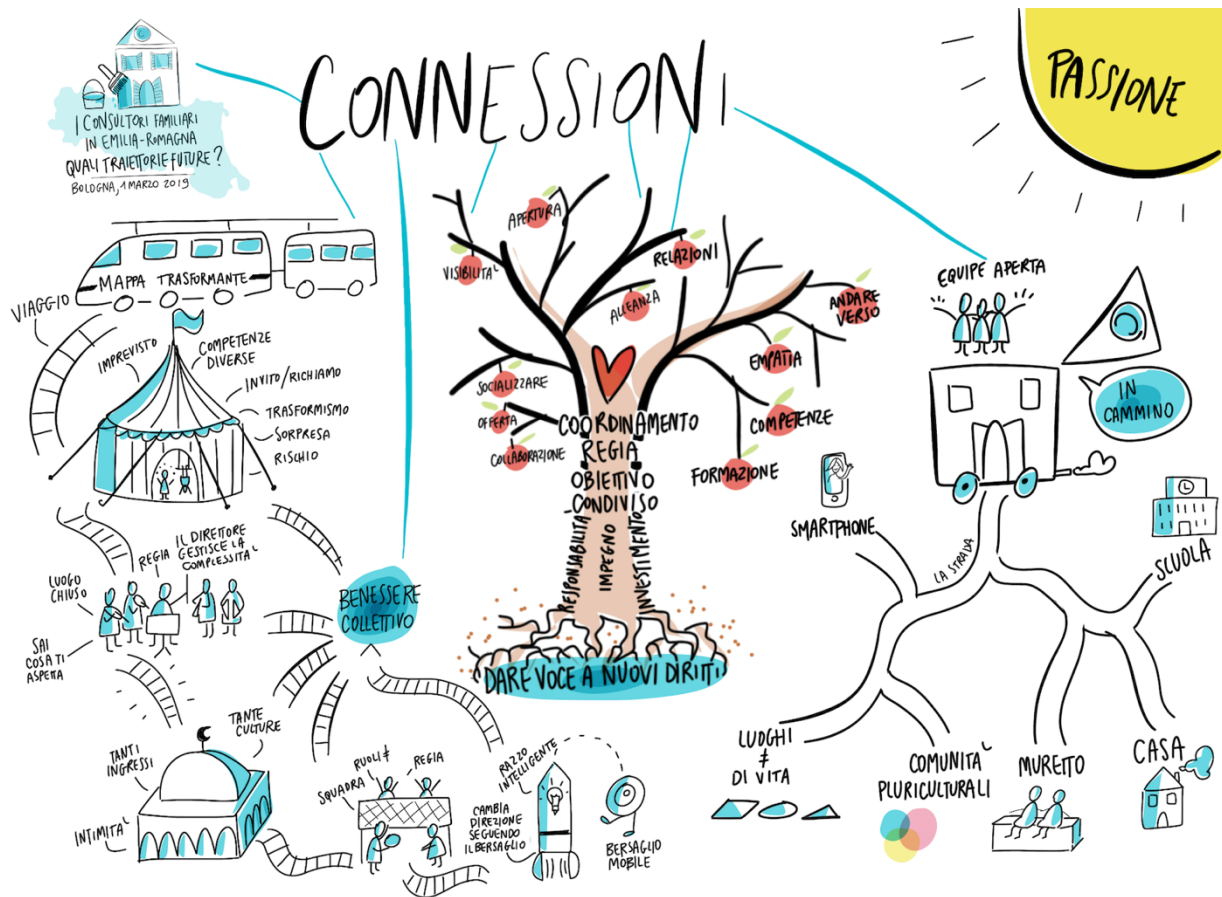
La prima mezza giornata ha previsto: la presentazione della percorso di ricerca da parte della cabina di regia, degli/le operatori/trici dell'équipe di ricerca e dell'UDI; l'intervento di Renata Bortolus (Ministero della salute) sulle azioni del Ministero della salute rispetto al tema dei CF; la presentazione del progetto nazionale sulle attività dei CF da parte di Serena Donati e Laura Lauria (Istituto superiore di sanità); le riflessioni di Laura Fruggeri (Università di Parma) in merito ai cambiamenti delle famiglie ("Dalla famiglia normativa alle diverse normalità")¹⁹.

La seconda giornata di lavoro è stata caratterizzata dalla predisposizione di setting dialogici dove confrontarsi e riflettere sui temi della ricerca. Emerson Merhy ha svolto un ruolo di "traghet-tatore" portando le riflessioni emerse nelle presentazioni del giorno precedente in uno spazio dialogico e riflessivo, in cui è stato creato un setting che ha visto la realizzazione di quelle che

¹⁹ Le presentazioni sono disponibili al seguente link: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1248>. L'intervento di Laura Fruggeri è riportato nella terza sezione del presente report.

abbiamo definito "palestre per il futuro", ovvero spazi in cui "allenarsi" a (ri)definire l'oggetto del CF, (ri)pensare le connessioni, immaginare le trasformazioni del CF come luogo in evoluzione. Da queste palestre (condotte con diverse tecniche partecipative, teatrali, creative tutte finalizzate a stimolare l'immaginario, il confronto, la riflessione) sono emerse "parole e immagini" che sono state poi discusse nello spazio plenario del pomeriggio, durante il quale una esperta in facilitazione visuale, Sara Galeotti, ha creato delle "immagini iconografiche finali" che riportiamo di seguito e che hanno fatto poi da ulteriori dati di ricerca per la rielaborazione dell'analisi finale riportata nel capitolo 5.





METAFORA

PERMETTE L'ESPLORAZIONE RIZOMATICA

VISIONE

da 30-40 ANNI...

ANALOGICA

vs

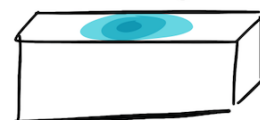
RIZOMATICA



MECCANISMO LINEARE
1_2_3_4_5
SEQUENZA PREDEFINITA
♀ → ♂ → ♀ → ♂



ANCHE NOI POSSIAMO ABITARE I MURETTI



CRISI ISTITUZIONALE
VIVIAMO VITA RIZOMATICA IN ISTITUZIONI ANALOGICHE



Legenda

Corsivo: trascrizione dati di ricerca (voci registrate e sbobinate)
 FG 1: Focus group Area Vasta Emilia Nord 1 (Parma)
 FG 2: Focus group Area Vasta Romagna
 FG 3: Focus group Area Vasta Emilia Centro 1 (Bologna)
 FG 4: Focus group Area Vasta Emilia Nord 2 (Reggio Emilia e Modena)
 FG 5: Focus group Area Vasta Emilia Centro 2 (Bologna e Imola)
 FG 6: Focus group Area Vasta Emilia Centro 3 (Ferrara)
 FG UDI-CIF 1: 30 gennaio 2018
 FG UDI-CIF 2: 14 marzo 2018
 IP 1: incontro partecipativo Bologna
 IP 2: incontro partecipativo Modena
 IP 3: incontro partecipativo Ravenna
 I: intervista
 TR: tavola rotonda
 TP: testimone privilegiate
 O: ostetrica
 G: ginecologa/o
 A: attivista
 S: sociologo/a
 P: psicologo/a

8. Appendice legislativa

Nelle seguenti tabelle, in connessione al capitolo 2, si riportano le tappe legislative a livello nazionale e in Regione Emilia-Romagna ritenute particolarmente significative per comprendere la storia e l'evoluzione dei servizi consultoriali.

Anni '70 e '80

DATA	COSA?	PERCHÉ SIGNIFICATIVO?
1 dicembre 1970	Legge 898/1970 "Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio" (Legge Fortuna-Baslini)	Introduzione del divorzio nell'ordinamento giuridico italiano. La legge verrà poi modificata dalle leggi 436/1978 e 74/1987 e, in tempi molto più recenti, dalla legge 55/2015.
14 marzo 1971	Sentenza n°49 della Corte Costituzionale che dichiara illegittimo l'art. 553 del Codice Penale, che prevedeva pene severe per "chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione o fa propaganda a favore di esse"	Sentenza storica soprattutto per il suo contenuto simbolico. Da un punto di vista operativo non fu recepita subito a causa della mancanza di una normativa che permettesse esplicitamente di prescrivere interventi contraccettivi.
12-13 maggio 1974	Referendum sull'abrogazione del divorzio	L'affluenza è dell'87,72% della popolazione avente diritto e di questi il 59,26% vota per il no. La legge sul divorzio rimase quindi in vigore.
19 maggio 1975	Legge 151/1975 "Riforma del diritto di famiglia"	Grande svolta in termini giuridici del concetto di famiglia. Sostanziale invero dei principi costituzionali di uguaglianza tra i coniugi e di ampia tutela della filiazione naturale. Tra le innovazioni più significative: tutela della libertà matrimoniale, rapporto paritario tra i coniugi, regime di comunione legale dei beni, riconoscimento dei figli naturali (Fattorini 2014).
29 luglio 1975	Legge 405/1975 "Istituzione dei Consultori familiari"	Istituzione dei Consultori Familiari.

31 dicembre 1975	Abolizione ONMI (Opera nazionale maternità e infanzia)	La sovrapposizione di competenze tra ONMI e regioni viene sciolta in favore delle seconde: "temi sensibili come le relazioni familiari, il ruolo della donna, la contraccezione entrano per la prima volta in un servizio socio-sanitario pubblico, rivolto al territorio, aperto e gratuito per tutti (...), in netta discontinuità con le pratiche assistenzialiste rivolte ai 'bisognosi' di cui l'Onmi era stato per decenni l'emblema in materia di maternità e di salute della donna" (Bonichi e Trafletti 2018, p. 98).
10 giugno 1976	Legge Regionale Emilia-Romagna 22/1976 "Istituzione del servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia"	I consorzi socio-sanitari devono provvedere alla istituzione e gestione del servizio Consultoriale familiare quale articolazione specifica del complesso dei servizi per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia. Prevede, tra le altre cose: la presenza di un'équipe multidisciplinare (composta almeno da un medico, da uno psicologo e da un assistente sociale) che opera con una metodologia di lavoro di gruppo; la gestione sociale del servizio in tutte le fasi di programmazione e gestione; l'assistenza anche domiciliare.
22 maggio 1978	Legge 194/1978 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza"	Introduzione del diritto di interrompere volontariamente la gravidanza. Attribuzione di compiti di assoluta rilevanza ai CF.
23 dicembre 1978	Legge 833/1978 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale"	Tra i numerosi elementi significativi, si ricorda: l'istituzione delle Unità sanitarie locali (USL); la grande importanza attribuita alla salute materno-infantile, che si ribadisce essere uno dei grandi obiettivi strategici dell'appena istituito SSN (Fattorini 2014, p. 12).
3 gennaio 1980	Legge Regionale Emilia-Romagna 1/1980 "Norme sull'associazione dei comuni, sull'ordinamento delle unità sanitarie locali e sul coordinamento dei servizi sanitari e sociali"	Avviano e sanciscono, pure in assenza di una legge quadro nazionale, lo scorporo di tutte le funzioni di assistenza sociale affidando tali competenze agli enti locali.
12 gennaio 1985	Legge Regionale Emilia-Romagna 2/1985 "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale"	La 2/1985 riguarda da vicino i CF perché assicura la gestione delle attività di assistenza sociale alle USL per alcune funzioni tra cui "l'assistenza sociale alla famiglia, alla maternità, infanzia ed età evolutiva" (art. 33), ma nel frattempo stabilisce il loro scorporo da quello che allora era il Servizio materno-infantile e dell'età evolutiva e la loro assegnazione al servizio sociale. La gestione di tali funzioni rimaneva in capo all'USL, ma assegnata a due distinti servizi (Fattorini 2014, p. 45).
22 maggio 1986	Direttiva 407/1986 Regione Emilia-Romagna "Direttiva alle USL concernente la riorganizzazione delle funzioni di tutela della Salute Femminile, della Procreazione Responsabile, della Salute sessuale e delle relazioni di coppia afferenti ai CF"	Ridefinizione delle funzioni, dei campi di intervento e attività rispettivamente di area sanitaria e area sociale con proposta forte di integrazione tra le due distinte funzioni (Fattorini 2014, p. 46).
14 agosto 1989	Legge Regionale Emilia-Romagna 27/1989 "Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli" (cosiddetta "Legge Signorino")	Abrogazione LR 22/1976 • Istituzione, in via sperimentale da parte dei Comuni, dei Centri per le famiglie con bambini con conseguente separazione tra l'attività sanitaria (rimasta in Consultorio) e la parte socio-educativa e di promozione alla genitorialità; • Introduzione di interventi specifici per i giovani che porteranno alla realizzazione degli "Spazi Giovani"; • Introduzione del "percorso nascita" per fornire il complesso degli interventi afferenti alla gravidanza, alla nascita e al puerperio.

Anni '90 e 2000

DATA	COSA?	PERCHÉ SIGNIFICATIVO?
1992	DLgs 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n° 421"	Decreti di aziendalizzazione del SSN: "filosofia privatistica che è l'opposto dello spirito di rinnovamento e di modernizzazione democratica del paese incarnato nella 833 e nella 405" (Bonichi e Trafiletti 2018, p. 103).
1993	DLgs 517 del 7/12/1993 "Modificazioni al DLgs 30 dicembre 1992, n° 502"	
1994	Legge regionale 19 del 12/05/1994 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del DLgs 502/1992, modificato dal DLG 517/1993"	Riordino del SSR, tra cui: definizione ambiti territoriali, istituzione AUSL, AO, presidi ospedalieri. Nascita dei "Comitati Consultivi Misti per il controllo di qualità da parte degli utenti" e forte cambiamento nella partecipazione.
1994	Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo	Definizione accettata ancora oggi di "salute sessuale e riproduttiva".
1995	IV Conferenza mondiale delle donne	
1996	Legge 34/1996 "Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del SSN"	Stabilisce, destinando fondi specifici per la realizzazione degli interventi di completamento della rete Consultoriale, una corrispondenza tra Consultori e territorio (1 CF/20.000 ab. nelle aree urbane e 1 CF/10.000 ab. nelle aree rurali).
1997	D.P.R. 14/01/1997 in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.	Individuazione dei requisiti minimi previsti e classificazione delle strutture sanitarie. Delega alle Regioni della definizione degli "standard di qualità".
1998	D.P.R. 23 luglio 1998 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.	Idee forti del Piano: 1. rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti; 2. promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari; 3. diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute; 4. favorire comportamenti e stili di vita per la salute; 5. contrastare le patologie più importanti; 6. aiutare a convivere attivamente con la cronicità; 7. percorrere la strada dell'integrazione sociosanitaria; 8. rilanciare la ricerca; 9. investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema.
1998	L.R. 11 agosto 1998, n. 26 "Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio"	Favorisce la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire, con introduzione nel SSR del parto in ambiente extra-ospedaliero (domicilio e case di maternità). Istituisce la Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita (CPNr)
1999	D.Lgs. 229/1999 , cosiddetta "Riforma Ter" o "Riforma Bindi"	Rilancio del territorio e del distretto; conclusione del processo di regionalizzazione della sanità (Bonichi e Trafiletti 2018) Sistema delle tre A: autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale.
2000	DM del 24/04/2000 "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" (POMI)	"Aggiornamento e insieme riproposta di un'idea forte di Consultorio" (Bonichi e Trafiletti 2018, p. 103) Traduzione dei principi istitutivi dei CF in modello operativo.
2000	Legge 328 del 08/11/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"	
2001	Modifica del titolo V della Costituzione	Federalismo e ulteriore passo verso la regionalizzazione della sanità.

2001	DPCM 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"	Riprendono il POMI.
2003	Legge Regionale 2 del 12/03/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"	
2004	Legge 40 del 19/02/2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"	L'art. 3 prevede un'integrazione alla legge 405 riconoscendo il ruolo dei CF sui temi della procreazione.
2005	Nota Assessore Prot. ASS/SAS/05/41289 del 06/12/2005	Introduzione dell'IVG farmacologica in regime di DH nelle strutture ospedaliere della Regione
2007	Piano d'azioni sulla salute materno-infantile 8 marzo 2007	Previsione di diverse azioni tra cui le linee di indirizzo nazionale sull'allattamento materno, il Piano nazionale di prevenzione della sterilità, le linee guida sul taglio cesareo, il progetto sull'apertura di sportelli violenza contro le donne su tutto il territorio nazionale.
2007	Istituzione della Commissione "Salute delle donne" presso il Ministero della Salute	Riconoscimento della salute delle donne come priorità strategica degli intenti e della valutazione dei risultati del SSN.
2007-2008	Prima indagine conoscitiva su organizzazione e attività dei CF	Indagine effettuata a seguito dell'intesa della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007, per l'attivazione di interventi, iniziative ed azioni finalizzate alla realizzazione di progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consulenti familiari, creati con la legge 405 del 1975, al fine di ampliarne e potenziarne gli interventi sociali a favore delle famiglie, promuovendo l'integrazione socio sanitaria.
2008	DGR n. 533 del 21/04/2008 Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita	11 obiettivi tra cui: ridefinire il ruolo dell'ostetrica nell'assistenza al percorso nascita nei punti nascita e nei consulenti familiari; migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino; garantire a tutte le gravide i corsi prenatali "di base" e sperimentare un'offerta attiva in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata; attuare interventi di supporto alla relazione madre-bambino e di promozione e sostegno all'allattamento al seno
2008	D.A.L. 22 maggio 2008, n. 175. Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 . (DGR n. 1448 del 01/10/2007)	Afferma l'idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del "pubblico" e su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura
2008	DGR n. 1690 del 20/10/2008 Tutela maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza	L'applicazione della L. 194/78 deve essere perseguita insieme agli Enti Locali quando prevede la realizzazione di interventi "atti a rimuovere le cause che porterebbero alla interruzione della gravidanza". Definizione dei ruoli dei servizi sanitari, sociali e delle associazioni
2009	Delibera AIFA n. 14 del 30/07/2009	Immissione in commercio della RU486.
2009	Nota Assessore Prot. PG/2009/294321 del 24/12/2009	Indicazioni sul percorso di presa in carico consultoriale della donna che richiede l'IVG Indicazioni sul profilo di assistenza della donna che richiede l'IVG chirurgica e aggiornamento del profilo di assistenza del 2005 della donna che richiede l'IVG farmacologica

Gli anni '10

DATA	COSA?	PERCHÉ SIGNIFICATIVO?
2010	DGR n. 289 del 8/2/2010	Approvazione del Programma sperimentale per il trattamento della violenza di genere e intrafamiliare finalizzato alla realizzazione e al sostegno del Centro "LDV-Liberiamoci dalla violenza", rivolti a uomini autori o sospetti autori di violenza e assegnazione di risorse per la sua realizzazione nell'AUSL di Modena
2010	Nota Assessore Prot. PG/2010/105279 del 15/04/2010	Nuovo aggiornamento del profilo di assistenza della donna che sceglie l'IVG farmacologica, con introduzione della scelta da parte della donna rispetto al tipo di ricovero (ordinario o DH), in base alle indicazioni nazionali
2010	Linee di indirizzo ministeriali sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine, 24/06/2010	Introduzione a livello nazionale dell'IVG farmacologica
2010	Rapporto <i>Organizzazione e Attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia – Anno 2008</i>	Attenzione da parte del Ministero della Salute sul tema CF.
2010	Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 per adeguamento reti dei Punti Nascita e dei Consultori regionali	Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo
2011	Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), 11/5/2011 – ratificata dall'Italia con la Legge 27 giugno 2013, n. 77	All'art. 16, prescrive di istituire o sostenere programmi rivolti agli autori di atti di violenza domestica, per incoraggiare questi ultimi ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali
2011	DGR n. 1097 del 27 luglio 2011	Introduzione della presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica
2011	Circolare n. 13 del 8 agosto 2011	Specifiche tecniche per l'attivazione del Sistema Informativo Consultori - SICO
2012	DGR n. 1704 del 19/11/2012	Recepimento delle linee guida "Gravidanza fisiologica" e indicazioni per l'accesso alle prestazioni in RER
2013	Decreto-Legge, n. 93 del 14/08/2013, con disposizioni urgenti per il contrasto della violenza di genere	Adotta il Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica e sviluppa e attiva azioni di recupero e di accompagnamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive
2014	L.R. n. 6 del 27/01/2014 "Legge-quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere"	Al titolo IV - Salute e benessere femminile. All'art. 10 tutela il diritto alla salute garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità e all' art. 11 si impegna a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai consultori familiari, nell'ambito del sistema di cure primarie integrate.
2014	DGR n. 1370 del 23/07/2014	Assegna risorse per la prosecuzione delle attività del Centro LDV dell'Azienda USL di Modena e l'avvio del progetto "Liberiamoci dalla violenza" dell'Azienda USL di Parma
2015	Determina AIFA su contraccezione di emergenza, 21/04/2015	Maggiore accessibilità ai farmaci per la contraccezione di emergenza.
2015	Piano Nazionale Fertilità	Riconoscimento del ruolo dei CF come primo anello e filtro nella catena assistenziale delle patologie riproduttive

2016	D.Lgs 28/01/2016 n. 15 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali	Viene riconosciuta all'ostetrica l'esperienza clinica adeguata a poter gestire l'assistenza prenatale, condurre il parto e le sue conseguenze, controllare travaglio e nascita, e l'assistenza postnatale in modo indipendente e sotto la propria responsabilità, in assenza di patologia
2016	IV Piano nazionale infanzia e adolescenza	Promozione del sostegno alla genitorialità attraverso il potenziamento e la riqualificazione della rete dei CF.
2017	DGR n. 830 del 12/06/2017	Prevede la diffusione del programma sperimentale per il trattamento degli autori di violenza con l'istituzione e l'avvio di nuovi Centri LDV presso le Aziende USL di Bologna e della Romagna
2017	DAL n. 120 del 12/07/2017	Adozione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019
2017	DGR 1423 del 2/10/2017 – Approvazione delle Schede Attuative del PSSR Regione Emilia-Romagna	Riferimenti ai Medicina di Genere, primi 1000 giorni, sostegno genitorialità, Progetto adolescenza agli Spazi Giovani e centri LDV contrasto alla violenza di genere
2017	DPCM 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	Richiamo dell'attività dei CF (in particolare nell'art. 24 dedicato all'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie).
2017	Azione centrale/CCM: progetto per la ricognizione dei CF attivi sul territorio nazionale e per la valutazione delle attività svolte	Espressione di una volontà istituzionale di rilancio dei CF a cui segue la seconda indagine conoscitiva su organizzazione e attività dei CF
2017	DGR n° 1722/2017 e Circolare esplicativa n. 12/2017	Istituzione degli "Spazi Giovani Adulti" e allargamento dell'accesso alla contraccezione gratuita.
2019	Legge n. 69 del 19/07/2019	Modifica il Codice penale, il Codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere
2019	Legge di bilancio 2019-2021	Prevede di concerto con il Ministero delle Finanze e Disabilità l'importanza di intervenire per valorizzare e riqualificare i CF
2019	DGR n. 1961 del 11/11/2019	Approvazione del documento "Modalità organizzative per l'offerta delle misure di prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) nella regione Emilia-Romagna"
2019	DGR n. 2050 del 18/11/2019	indicazioni alle Aziende sanitarie per garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino

Gli ultimi anni (2020-2025)

2020	Accordo Stato Regioni Rep. 15 del 20/02/2020	Approvazione del documento: Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita.
2020	D.L. n. 6 del 23/02/2020	Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
2020	DGR n. 404 del 27/04/2020	Primi provvedimenti per il riavvio dell'attività sanitaria programmata in corso di emergenza CoVID-19. Modifica alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 368/2020
2020	DGR n. 583 del 03/06/2020	Linee Guida per la riattivazione dei servizi sanitari territoriali, tra cui CF e PdC

2020	Parere del CSS e Linee di indirizzo ministeriali sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine del 04/08/2020	Innalzamento dell'accesso all'IVG farmacologica a 63gg di amenorrea e trasferimento delle attività in regime ambulatoriale
2021	DGR n. 753 del 24/05/2021	Creazione di "Centri Liberiamoci dalla Violenza" presso le Aziende USL di Piacenza, di Reggio Emilia e di Ferrara". Con queste ultime aperture si è completata la diffusione dei Centri LDV su tutto il territorio regionale
2021	DGR n. 2144 del 20/12/2021	Approvazione del Piano Regionale Prevenzione (PRP) dell'Emilia-Romagna. Nel PRP presente il Programma Libero (PL) 11 Interventi nei Primi 1000 giorni di vita
2021	Piano strategico nazionale del 17/11/2021 sulla violenza maschile contro le donne 2021-23	Prevede un approccio globale per la prevenzione che includa "I Programmi per il recupero degli uomini maltrattanti"
2022	DGR n. 1360 del 01/08/2022.	Revoca delle delibere di giunta regionale n. 404/2020 e n. 583/2020 a seguito del superamento dello stato di emergenza per l'attuale evolversi della diffusione dell'epidemia da Covid-19
2022	D.M. n. 77 del 23/05/2022	Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, compresi i CF, nel Servizio sanitario nazionale
2021	Det. DG Cura della persona, salute e welfare Emilia-Romagna n. 23606 del 10/12/2021 e successiva integrazione Det. n. 18254 del 28/09/2022	Introduzione del profilo di assistenza per le donne che richiedono l'IVG farmacologica in consultorio fino al 49° giorno di amenorrea come progetto sperimentale
2022	Intesa del 14/09/2022 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti 184/CSR) e sua modifica del 26/06/2024 (intesa Rep. Atti 0575/CSR)	Definisce i requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza CUAV
2022	DGR n. 1785 del 24/10/2022	Approva le schede attuative del Piano Regionale contro la violenza di genere che prevede il consolidamento e lo sviluppo della rete regionale dei Centri LDV delle Aziende USL
2022	DGR n. 2221 del 12/12/2022	Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. N. 77 del 23 maggio 2022
2023	DGR n. 1659 del 02/10/2023	Istituisce l'Elenco regionale dei Centri per Uomini autori di violenza (C.U.A.V.) e approva i requisiti per l'iscrizione all'Elenco Regionale
2023	DGR n. 1699 del 09/10/2023	Definisce i criteri di riparto delle risorse del D.P.C.M. 26 settembre 2022, destinate ai centri per uomini autori di <u>violenza domestica e di genere pubblici e privati</u>
2023	DGR n. 1775 del 23/10/2023	Nuovo nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
2023	Legge 168 del 24/11/2023	Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica
2024	Intesa 26 gennaio 2024, (Rep. Atti 0575/CSR)	
2024	DGR n. 1187 del 24/06/2024	Aggiornamento della linea guida "Gravidanza fisiologica (SNLG) per le parti relative agli screening infettivologici, le informazioni e il sostegno alle donne in gravidanza, gli stili di vita, la diagnosi prenatale;
2024	DGR n. 1059 del 11/06/2024	Aggiornamento Nomenclatore Tariffario Regionale con modifiche alla DGR 1775/23

2024	DGR n. 988/2024 e Det. DG Cura della persona, salute e welfare Emilia-Romagna n. 13386 del 01/07/2024	Introduzione dell'offerta del NIPT, come test universale per lo screening prenatale
2024	DGR n. 1321 del 01/07/2024	Approvazione indicazioni per il funzionamento dei centri LDV (Liberiamoci Dalla Violenza) delle Ausl regionali. Introduzione delle nuove prestazioni per gli autori di violenze ex articolo 6 della legge 69/2019, e relative tariffe
2024	Det. DG Cura della persona, salute e welfare Emilia-Romagna n. 21024 del 09/10/2024	Superamento della fase sperimentale dell'IVG farmacologica nei consultori ed offerta fino al 63° giorno di amenorrea. Introduzione dell'IVG farmacologica a domicilio

9. Bibliografia e sitografia

- Balzano, Angela e Flamigni, Carlo (2015), *Sessualità e riproduzione. Due generazioni in dialogo su diritti, corpi e medicina*, Ananke Lab Soc. Coop, Torino.
- Becchi, Maria Angela e Carulli, Nicola (2009), "Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazioni per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate", *Internal and Emergency Medicine*, 3; pp. 1-8.
- Bonichi, Franca e Trafletti, Rossana (2018), "I consultori oggi: origine, esperienze, bilancio", *la Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy*, 2; pp. 95-110.
- Borghi, Laura e Chiari, Cristina (2017), Il punto di vista degli operatori e delle utenti di fronte alla nascita in Sturlese, Vittoria *et al.* (a cura di), pp. 45-64.
- Bortolus, Renata e Battilomo, Serena (28 febbraio 2019), "Consultori Familiari: azioni del Ministero della Salute", intervento al convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future", Bologna. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1248>
- Borgini, Bruna e Borsari, Silvana (a cura di) (2018), "Progetti di educazione all'affettività e sessualità svolti dagli operatori degli spazi giovani della Regione Emilia-Romagna. Anno scolastico 2017/2018". <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/962>
- Bruni, Attila (2003), *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Bruni, Attila, Fasol, Rino e Gherardi, Silvia (2007a), "Devo aspettare qui?" *Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari di Bologna*, Dossier 151/2017, Collana Dossier Regione Emilia-Romagna. <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss151>
- Bruni, Attila, Fasol, Rino e Gherardi, Silvia (2007b), *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Carocci, Roma.
- Czarniawska, Barbara (2007), *Shadowing and Other Techniques for Doing Fieldwork in Modern Societies*, Liber, Ljubljana.
- Donati, Serena, Lauria, Laura, Lega, Ilaria e Pizze, Enrica (28 febbraio 2019) "Presentazione del progetto nazionale sulle attività dei Consultori Familiari", intervento al convegno "I Consultori Familiari in Emilia-Romagna: quali traiettorie future", Bologna. <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1248>
- Eisenhardt, Kathleen (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, 14(4), pp. 532-550.
- Endrici, Camilla (2018), *194. Diciannove modi per dirlo*, Giraldo Editore, Bologna.
- Fattorini, Giovanni (2014), *I consultori in Italia*, L'asino d'oro Edizioni, Roma.
- Franco, Túlio Batista (2016), "La cassetta degli attrezzi per il lavoro creativo nella gestione dei processi assistenziali", in Franco, Túlio Batista e Burg Ceccim, Ricardo (a cura di), pp. 127-146.
- Franco, Túlio Batista (2013), "As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde", in Franco, Túlio Batista e Merhy, Emerson Elias, *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde Textos Reunidos*, Hucitec, São Paulo.
- Franco, Túlio Batista, Martino, Ardigò, Marta, Brigida, Nicoli, Maria Augusta e Paltrinieri Fabrizia (2016), "Cartografia del processo di lavoro nell'assistenza primaria in salute in Regione Emilia-Romagna", in Franco, Túlio Batista e Burg Ceccim, Ricardo (a cura di), pp. 101-126.

Franco, Túlio Batista e Burg Ceccim, Ricardo (a cura di) (2016), *Prassi in salute globale: azioni condivise tra Italia e Brasile*, Porto Alegre: Rede UNIDA; Bologna: CSI-Unibo.

<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/prassi-in-salute-globale-azioni-condivise-tra-brasile-e-italia-pdf>

Ghio, Giovanna (a cura di) (1978), *I Consultori familiari. Problematica sempre aperta*, Patron Editore, Bologna.

Glaser, Barney e Strauss, Anselm (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago.

Gobo, Giampietro (2001), *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Carocci, Roma.

Gomes, Luciano, Guimarães, Cristian Fabiano, Sintoni, Francesco e Franco, Túlio Batista (2016), "L'educazione permanente in salute nell'esperienza brasiliana", in Franco, Túlio Batista e Burg Ceccim, Ricardo (a cura di), pp. 15-34.

Grandolfo, Michele (1995), "I Consultori Familiari. Evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione". www.epicentro.iss.it/problemi/Consultori/Consultori.pdf

Land, M.G.P. (2016). "Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto "Nietzsche, a genealogia e a história" de Michel Foucault", in Merhy, Emerson Elias, Baduy, R.S., Seixas, C.T., Almeida, D.E.S. e H.S. Júnior (a cura di), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 1*, Hexis, Rio de Janeiro: pp. 423-427.

Marmocchi, Paola, Raffuzzi, Loretta e Strazzari, Eleonora (a cura di) (2018), *Percorsi di educazione affettiva e sessuale per preadolescenti. Il progetto "W L'amore"*, Edizioni Centro Studi Erickson: Trento.

Melega, Corrado (2014), "Prefazione", in Fattorini, Giovanni, pp. VII-XVIII.

Merhy, Emerson Elias, Camargo Macruz Feuerwerker, Laura, Cerqueira, Paula e Franco, Túlio Batista (2014), "Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde", *Lugar Comum (UFRJ)*, 1: pp. 89-104.

Moini, Giulio (2012), *Teoria critica della partecipazione. Un approccio sociologico*, FrancoAngeli, Milano.

Rodeschini, Giulia (2019), "Un passo avanti verso una maggiore accessibilità alla contraccezione d'emergenza farmacologica", rubrica "Calendario Civile", la rivista *il Mulino*.

https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:4689

Rodeschini, Giulia e Nicoli, Maria Augusta (2018) "Consultori Familiari e procreazione consapevole: uno studio di caso", in Ghigi, R. (a cura di), *I suoi primi quarant'anni. L'aborto ai tempi della 194*. Associazione Neodemos, ISBN 978-88-32003-01-7, pp. 72-76.

Signani, Fulvia (2016), *La salute su misura. Medicina di genere non è medicina delle donne*, Este Edition, Ferrara.

Simoni, Simonetta (2001) "Le parole chiave dei Consultori familiari in Emilia-Romagna", giugno 2001, report Regione Emilia-Romagna.

Stake, Robert (1994), "Case Studies", in Denzin, Norman e Lincoln, Yvonna (a cura di), *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks: 236-247.

Sturlese, Vittoria, Bisagni, Miriam e Nicoli, Maria Augusta (a cura di) (2017), *Benvenuti al mondo! Ascolto e narrazione dei "Percorsi Nascita"*, Format Edizioni, Bologna.

Toth, Federico (2014), *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna.

SITOGRAFIA

<https://www.epicentro.iss.it/Consultori/familiari>

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/936>

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/962>

www.wlamore.it

https://drive.google.com/file/d/1r_YsRopDAqxCCvyKd4icBqbMhHVNEcNI/view

<http://www.educarealledifferenze.it/>

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/supporto-governance-cl/clab>

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/Consultori/>

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/attivita-internazionali/lab-ita-bra>

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/diario-bor-do-conflitti-specchio>

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1248>

