

Laboratorio integrazione interprofessionale: una, cento, mille integrazioni?

"Materiale di lavoro"

Elenco dei partecipanti al laboratorio 'Integrazione interprofessionale'

Distretto Bologna: Elisabetta Cagliari, Silvia Cestarollo, Carla Dazzani, Antonella Tosarelli
Distretto Faenza (RA): Cristiana Bacchilega, Silvia Milini, Federica Zampighi, Annarita Loreti
Distretto Ravenna: Diana Tramonti
Distretto Modena: Federica Ferraresi
Distretto Parma: Veronica Gioia, Silvia Monica, Patrizia Vaccari, Bocchi Nadia
Distretto Rimini: Micaela Donnini, Tamara Galimberti
Distretto Rubicone Costa (FC): Milena Mami
Distretto San Lazzaro di Savena (BO): Daniela Del Gaudio
Distretto Sassuolo (MO): Federica Ferraresi, Marina Frigeri, Patrizia Intravaia
Distretto Sud-Est (FE): Alessandra Avanzi, Patrizia Buzzi, Bruna Fazio, Silvia Senigalliesi
Regione Emilia-Romagna: Michela Bragliani, Alberto Calciolari, Monica Malaguti, Monica Pedroni, Gemma Mengoli

Hanno condotto i laboratori Marisa Anconelli, Rossella Piccinini e Daniela Farini di IRESS



**L'integrazione
interprofessionale**

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 378/2010 la Regione ha attuato un finanziamento straordinario a favore degli Enti Locali per l'attuazione di un "Programma regionale per la promozione e la tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità" ai sensi della legge regionale n. 14/08 sulle giovani generazioni.

Inserito all'interno della programmazione dei Piani per la salute ed il benessere sociale per l'anno in corso, lo stesso, ha dato impulso ai territori nella riprogettazione complessiva dell'area dedicata al sistema dei servizi socio-educativi e sanitari dedicati ai bambini ed alle famiglie.

Tra i temi di grande attualità al centro delle indicazioni regionali alcune "urgenze" legate alla complessità dell'essere famiglia oggi ed alla necessità di ripensare e qualificare il sistema dei servizi e delle opportunità offerte.

In particolare si chiedeva agli enti titolari delle funzioni di programmazione di sviluppare azioni nell'ambito della promozione del benessere e dell'attivazione del contesto comunitario; nella prevenzione e sostegno alle situazioni a rischio di emarginazione sociale; nella messa in atto di interventi tempestivi di protezione, cura, riparazione a favore dei bambini e adolescenti in situazioni di grave pregiudizio.

Tra le innovazioni introdotte la definizione di alcune azioni da sviluppare in ogni distretto, quali requisiti per poter garantire una maggior omogeneità di offerta su tutto il territorio regionale nell'ambito del sostegno alla domiciliarità, della qualificazione di interventi di presa in carico multidisciplinare e della messa a punto di un sistema di accoglienza in emergenza.

Al fine di valorizzare l'esperienza maturate dai diversi territori ed accompagnare la realizzazione del programma regionale, nel corso del 2010, la Regione ha attivato un percorso formativo in forma di laboratori, che ha visto la partecipazione di una nutrita rappresentanza degli operatori dei 39 distretti socio-sanitari.

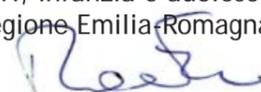
I laboratori organizzati sono stati quattro: uno sul tema del lavoro di comunità con famiglie, bambini e adolescenti; uno sul lavorare nelle situazioni che richiedono interventi d'emergenza; un laboratorio sul sostenere il lavoro di cura domiciliare ed uno sulle modalità di attuare l'integrazione interprofessionale.

I partecipanti, con diversi profili professionali (assistenti sociali, educatori, psicologi, pedagogisti, ostetriche, pediatri ecc,) si sono confrontati attivamente favorendo, oltre ad uno scambio delle esperienze, una riflessione puntuale sulle attuali criticità e potenzialità del loro operato.

Con l'intento di creare una documentazione fruibile agli addetti ai lavori, utile, anche ai fini programmatori e alla messa in circolo di esperienze ed orientamenti comuni, ogni laboratorio ha prodotto un documento finale che ne sintetizza i contenuti. Completa il documento un dossier delle pratiche che raccoglie attività e progettazioni dei territori presentate dagli stessi in sede di autocandidatura al laboratorio. Il dossier è da intendersi come un documento non esaustivo della totalità delle esperienze locali ma uno strumento di lavoro in fieri.

L'intero percorso è stato progettato e realizzato con la collaborazione dell'IRESS, Istituto Regionale Emiliano-Romagnolo per i Servizi Sociali e Sanitari, che si ringrazia per la professionalità e disponibilità data alla realizzazione dell'intero percorso formativo.

Maura Forni
Dirigente Servizio Politiche
familiari, infanzia e adolescenza
Regione Emilia-Romagna



Laboratorio integrazione interprofessionale: una, cento, mille integrazioni?

DOCUMENTO DI LAVORO IN ESITO AL LABORATORIO FORMATIVO SUL TEMA
“INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE”

1. Premessa

Il presente documento trae origine da quanto emerso nel corso dei laboratori attivati nel “Percorso formativo di accompagnamento e confronto ‘Programma regionale per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità’ ai sensi della L.R. n.14/08 “Norme in materia di giovani generazioni”- Azioni regionali di accompagnamento e monitoraggio del programma”.

I contenuti, opportunamente sintetizzati ed elaborati, sono stati validati dai componenti il gruppo laboratoriale.

Dal punto di vista metodologico si è proceduto cercando di arrivare all’identificazione di un glossario comune in tema di integrazione interprofessionale che consentisse di focalizzare alcuni aspetti:

- ✓ le diverse modalità di lavoro integrato interprofessionale
- ✓ l’appropriatezza della scelte di una specifica modalità di lavoro integrato interprofessionale
- ✓ l’individuazione degli elementi minimi per una buon lavoro integrato interprofessionale.

Le esperienze portate in sede di laboratorio dai distretti (*cf. Dossier di pratiche*) hanno costituito poi il materiale concreto – opportunamente valorizzato e ‘ricollocato’ secondo le definizioni via via condivise – cui rimandare per confronti ed esemplificazioni.

N.B

La scelta del gruppo di lavoro si è indirizzata verso l’integrazione interprofessionale sviluppando suggerimenti e definizioni rispetto al **livello gestionale sul campo (sul caso, sul progetto)** riconoscendo, tuttavia, che questo livello di integrazione presuppone e si legittima attraverso forme efficaci di integrazione (secondo le definizioni correnti) istituzionale ed organizzativa.

2. Integrazione interprofessionale. Cosa è, cosa non è

Premessa

Quando si affronta il tema dell’integrazione interprofessionale sembra di assistere ad una sorta

di paradosso: è una delle tematiche rispetto alla quale si ‘scrive’ e sulla quale si riflette molto (basti guardare la pluralità di definizioni rintracciabili sia in letteratura, sia in una miriade di documenti istituzionali a vari livelli – nazionale, regionale, locale) da quando si parla di ‘welfare’, il che denota la sua importanza.

Al contempo, l’attenzione che l’integrazione assorbe da parte degli attori delle politiche è anche segno del fatto che essa può dirsi non ancora pienamente acquisita, raggiunta, implementata in maniera diffusa ed omogenea nei vari comparti dei servizi alla persona. In altre parole, lavorare in modo integrato è necessario e fondamentale (e questo assunto appartiene alla cultura corrente dei servizi) ma è anche faticoso – talvolta estremamente faticosa - e difficile da realizzare in modo efficace. Perché è tanto difficile integrarsi?

L’approccio esperienziale...

Quanto segue è l’esito di una riflessione che parte da un ‘**approccio esperienziale**’ per arrivare a condividere una delle possibili definizioni di integrazione.

In generale, l’integrazione interprofessionale si presenta nel vissuto degli operatori come un ‘oggetto’ a più facce, non di rado ‘contrastanti’. Alcune parole-chiave associate al termine esemplificano efficacemente questo dato: fatica/risorsa, valorizzazione delle diversità/conflicto da diversità, potere/impotenza, conditio sine qua non/pratica difficile da realizzare, unione/separazione, cura/presa in carico vs prevenzione del benessere.

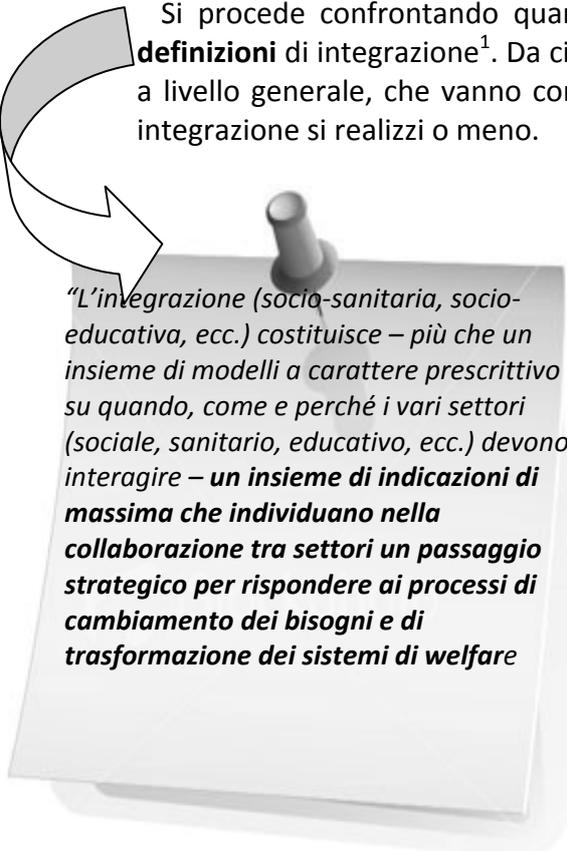
L’integrazione è ‘profondamente’ connessa alla mission del ‘servizio alla persona’ genericamente inteso, in un quadro di politiche e servizi per il benessere della persona.

Il lavorare in modo integrato richiama la condivisione (di obiettivi, di saperi), la valorizzazione di diversità di approcci e linguaggi professionali, ma anche il **conflitto**, laddove queste stesse diversità non si riescano a ricomporre in un unico obiettivo: il contrasto fra gli elementi che sostanziano integrazione può potenzialmente generare un conflitto, conflitto che però ha ‘ragioni’ diverse che attendono ai mandati sovrastanti il livello operativo (sul caso) ma che riguardano anche la “disponibilità alle relazioni interistituzionali”, quasi una ‘predisposizione’ caratteriale dei vari soggetti coinvolti. C’è una sorta di integrazione verticale (fra istituzioni) e orizzontale (fra professioni) che deve essere realizzata contestualmente. Difficilmente a lungo si resiste nel perseguimento dell’obiettivo se l’una o l’altra si indeboliscono o vengono a mancare. Non si può negare che spesso il ‘sistema’ (istituzionale, dei servizi) si irrigidisca, si opponga ad una effettiva integrazione.

N.B

Dall'esperienza all'individuazione di elementi definitivi...

Si procede confrontando quanto emerso dall'approccio esperienziale con una delle possibili **definizioni** di integrazione¹. Da ciò scaturiscono una serie di elementi e punti di attenzione, ancora a livello generale, che vanno considerati per circoscrivere gli elementi che fanno sì che effettiva integrazione si realizzi o meno.



“L'integrazione (socio-sanitaria, socio-educativa, ecc.) costituisce – più che un insieme di modelli a carattere prescrittivo su quando, come e perché i vari settori (sociale, sanitario, educativo, ecc.) devono interagire – un insieme di indicazioni di massima che individuano nella collaborazione tra settori un passaggio strategico per rispondere ai processi di cambiamento dei bisogni e di trasformazione dei sistemi di welfare

a. Una prima riflessione attiene **al livello di prescrizione del 'lavoro integrato'**: secondo la definizione proposta, non ci sono modelli di carattere prescrittivo 'dati', ma un insieme di indicazioni di massima basati sulla collaborazione. In generale, l'integrazione si è andata costruendo in tempi, modalità profondamente diverse (a seconda dei settori di intervento dei servizi alla persona, della normativa di riferimento, dei tipi di intervento da implementare, ecc.). Rispetto però all'area famiglia e minori e al contesto regionale, i modelli prescrittivi ci sono: la normativa regionale esplicita in modo chiaro che le funzioni di integrazione e coordinamento debbano essere garantite. Nel rispetto delle autonomie locali e delle pratiche territoriali, tuttavia viene lasciata libertà ai territori di corrispondere all'obiettivo di integrarsi attuando modalità appropriate alla propria realtà. **N.B**

Tuttavia, si rileva come 'prescrizione rigida/libertà di individuare modelli pratici di integrazione' rappresenti una sorta di 'arma a doppio taglio': infatti se da un lato ciò è spesso fatto intenzionalmente dal legislatore per consentire ai singoli contesti di trovare modalità specifiche di realizzazione degli adempimenti, dall'altro, il non indicare concretamente una strategia di integrazione apre al rischio di una integrazione non realmente praticata. **In buona sostanza, i modelli prescrittivi esistono, ma occorre risocializzarne la conoscenza e proporre anche una 'traduzione in pratiche concrete'.**

b. La definizione proposta lega la necessità di integrarsi alla necessità di rispondere ai processi di **cambiamento dei bisogni**: integrarsi è complesso anche perché i bisogni cui trovare una risposta comune sono sempre più complessi, in un contesto che muta continuamente per ragioni sociali, economiche, culturali, ecc.

c. Inoltre, dare una risposta 'unitaria' implica **armonizzare gli approcci professionali** che nascono come distanti (nascono, perché in oltre trent'anni di politiche di welfare uno degli obiettivi che si è cercato di perseguire è proprio quello di avvicinare gli approcci di tipo 'sanitario' con quelli di tipo 'sociale'): l'approccio sanitario è stato per lungo tempo ed è ancora quello della 'cura' (in inglese *cure*, e quindi l'attività di esplica sulla componente biologica dell'individuo. Obiettivo: produrre guarigione), quello sociale è quello del 'prendersi cura' (in inglese *care*, e quindi l'attività di esplica con riferimento alle relazioni con la componente **N.B**

¹ Rispetto ai richiami teorici o definitivi si fa qui ampio riferimento a Bissolo G., Fazzi L. *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori strumenti, metodi*, Carocci, 2005, di cui si sono presi e riassunti per lo stimolo alla discussione del gruppo di lavoro.

psicosociale della persona: obiettivo fornire aiuto e sostegno). Avvicinare gli approcci diversi non significa 'fondere' gli approcci diversi e perdere le specificità che sono fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi del lavoro integrato: occorre pertanto trovare una 'giusta misura' nel lavorare insieme. Talvolta, il rischio è che si confondano troppo i ruoli rispetto all'approccio che professionalità diverse hanno nel lavoro sul caso: è importante invece che assistente sociale e psicologa, ad esempio, mantengano ruoli distinti. Questo importante tema sollecita una riflessione sul **metodo di lavoro**: probabilmente, occorre seguire un metodo che porti ad **evitare la confusione di ruoli**, ma anche a **evitare di confondere gli specifici 'contesti'** di appartenenza. Diventa pertanto fondamentale adottare una metodologia di lavoro che conduca il gruppo in prossimità o al raggiungimento dell'obiettivo di lavoro comune.

d. Ancora: **l'azione integrata** si riferisce al miglioramento delle condizioni della persona. Quindi al **benessere della persona**. Il concetto di benessere è un concetto relativamente nuovo: è strettamente legato alla trasformazione del concetto di malattia-salute, ecc. Oggi si possono dare per acquisiti nel dibattito culturale che presiede alla definizione di salute alcuni principi:

- ✓ la salute, il cui soddisfacimento non è di esclusiva responsabilità dei professionisti sanitari, viene considerata un diritto di tutti i cittadini;
- ✓ alla salvaguardia della salute sono chiamati anche tutti gli altri soggetti che detengono un potere decisionale per sviluppare le competenze degli individui e dei gruppi sociali nel mantenimento e nella preservazione del proprio stato di salute (politiche educative e scolastiche, ambientali, ecc.);

In base a queste considerazioni la salute viene concepita come esito dell'azione degli individui



nella loro capacità di relazionarsi con l'ambiente fisico e sociale e con l'adattamento che essi sono in grado di sviluppare rispetto alle influenze ambientali. Il **benessere**, intrinsecamente connesso, ma più ampio del concetto di salute, costituisce l'obiettivo più comprensivo ed 'alto' delle politiche integrate e degli interventi messi in campo.

Integrazione interprofessionale e lavoro di rete: connessioni e specificità

Mentre la parola 'rete' costituisce un paradigma per ambienti applicativi molto ampi (compreso quello sociale, ma non solo!) la parola 'integrazione' appartiene al campo semantico degli operatori dei servizi e, almeno in origine, prevalentemente dei servizi sociali e sanitari.

Nelle metodologie di servizio sociale professionale la prospettiva di rete assume come oggetto il lavoro sociale: esso implica la connessione di servizi del medesimo settore (creazione di circuiti), la connessione dei diversi settori sociale, educativo, ecc. (creazione di aggancio) sulla stessa area territoriale, la connessione tra professioni e/o all'interno di una professione.

La radice della parola 'integrazione' richiama la parola 'intero': questo significato è alla base delle motivazioni storico-culturali per cui tale termine è stato essenziale nei processi di lavoro dei servizi, in cui si tenta di conferire unitarietà nelle risposte ai bisogni sempre più complessi e diversificati delle persone: a bisogni unitari, risposte unitarie. Il paradosso è che a bisogni sempre più complessi, sempre più specializzazioni professionali cercano di dare risposta e ciò rende sempre più problematico il lavoro di integrazione.

Quindi?

La complessità degli aspetti sviscerati (punti a, b, c, d) rende ragione della questione posta ad inizio del presente paragrafo. È tanto difficile integrarsi perché per integrarsi devono trovare una almeno sufficiente risposta tutta una serie di 'istanze' complesse:

- ➔ chiarezza dei mandati istituzionali in termini di volontà politiche-amministrative e risorse adeguate ('testa', ma anche 'gambe'...),
- ➔ condivisione di una idea di benessere 'sostenibile',
- ➔ appropriatezza di un monitoraggio del cambiamento dei bisogni delle persone,
- ➔ armonizzazione di approcci professionali diversi, individuazione di metodologie appropriate e monitorate.

3. Integrazione interprofessionale: verso un glossario comune

L'analisi delle esperienze presentate (cfr *Dossier di pratiche*) in sede di laboratorio ha fornito un importante elemento: i territori che si sono candidati a partecipare al laboratorio integrazione-interprofessionale lo hanno fatto con esperienze diverse (protocolli d'intesa, progettualità specifiche, strumenti operativi per il lavoro di équipe, ecc.) che hanno evidenziato **varie modalità di lavoro integrato**, che differiscono in ordine al diverso comporsi di tre variabili

N.B

- 'chi si integra', in termini di qualifiche professionali (**tipo di professionalità**)
- 'in quale contesto ci si integra' (all'interno di una organizzazione/servizio, fra più servizi di enti diversi, ecc.) (**appartenenza organizzativa**)
- 'perché ci si integra' (**l'oggetto di lavoro**)

Il comporsi di queste tre variabili (*tipo di professionalità, appartenenza organizzativa, oggetto di lavoro*) può dare vita a diverse modalità di lavoro comune che, pur essendo comunque un lavoro-integrato, richiedono strumenti diversi, hanno ricadute diverse sul lavoro organizzativo degli operatori. Di seguito si propongono alcune modalità di lavoro integrato, determinate dal diverso comporsi delle variabili sopra evidenziate:

- **coordinamento**: si attua attraverso lo sviluppo di connessioni tra diverse organizzazioni e professionalità, per rafforzare gli effetti degli interventi sulle persone che richiedono i servizi
- **collaborazione**: si attua attraverso un lavoro per progetti che mira a far convergere su obiettivi comuni strutture e professionalità diverse
- **integrazione in senso stretto**: si attua quando esiste un unico progetto di intervento di cui sono responsabili un ente e le sue unità organizzative
- **reciproca consultazione**: si attua quando i soggetti agiscono in autonomia, attivando però forme di comunicazione reciproca.

N.B

Tali modalità – quanto si lavora su un caso (persona, famiglia) o su un progetto – non sono da intendersi implementate in via esclusiva: anzi, molto spesso convivono, pur essendoci una modalità prevalente che caratterizza il lavoro comune.

Per schematizzare:

Appartenenze organizzative	Tipo di professionalità	
	uguali	diverse
Lavoro intra-organizzativo		INTEGRAZIONE
Lavoro inter-organizzativo		COORDINAMENTO
Lavoro intra-organizzativo	REC. CONSULT.; COLLABORAZIONE	REC. CONSULT.; COLLABORAZIONE
Lavoro inter-organizzativo	REC. CONSULT.; COLLABORAZIONE	REC. CONSULT.; COLLABORAZIONE

N.B

Inoltre, a determinate modalità di lavoro integrato corrispondono strumenti maggiormente appropriati: i protocolli d'intesa e gli accordi di programma per il 'coordinamento', le linee guida per la 'collaborazione'. La reciproca consultazione può esserci quando e se si costruiscono relazioni professionali entro percorsi prescritti e definiti da regolamenti oppure in progetti in cui 'ci si è conosciuti professionalmente, ci si è collocati, si è condiviso in qualche modo un percorso'.

Nello schema che segue si propone una 'rilettura' delle esperienze presentate in sede di autocandidatura al laboratorio connotate secondo **le Modalità di lavoro integrato PREVALENTE**, lo strumento, il livello di prescrizione, l'output e le Modalità operative indicate (vedi legenda).

Legenda

Distretto di: si considerano sia i progetti presentati in sede di autocandidatura, sia i progetti citati dai referenti in aula (compresi quei referenti che si sono aggiunti in corso d'opera).

Il progetto in super sintesi: si fa riferimento al titolo dove presente dei progetti presentati dai referenti

Modalità di lavoro integrato prevalente: si fa riferimento al glossario minimo condiviso

Strumento: si fa riferimento al 'documento' che sancisce una determinata modalità di lavoro integrato

Livello di prescrizione: si fa riferimento alla 'obbligatorietà' della modalità di lavoro integrato, a quale livello (nazionale, regionale, provinciale, distrettuale) si stabilisce una determinata modalità di lavoro integrato. Le etichette possono essere (normativa sovraordinata al distretto, regolamentazione distrettuale, regolamentazione comunale)

Output della modalità di lavoro integrato. Le etichette possono essere: relazione sul caso, ecc.

Modalità operative:

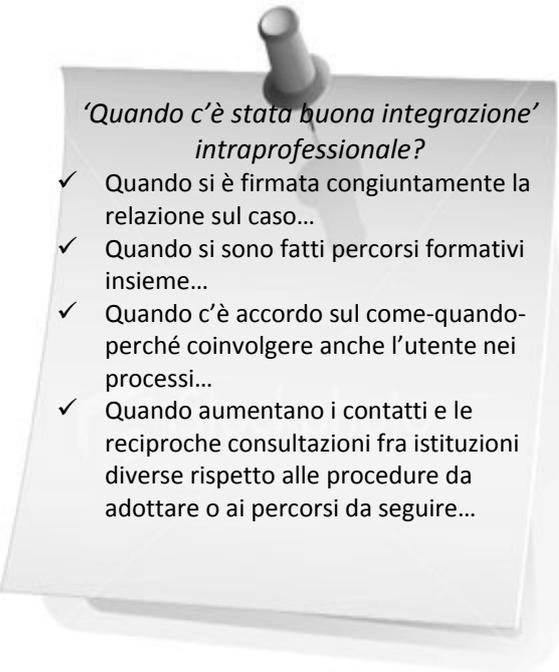
- **(1) come si lavora insieme** (in équipe, via mail, via telefono, ecc.)
- **(2) con quali strumentazioni specifiche** (verbali, test, schede di rilevazione della domanda, schede di monitoraggio, visite domiciliari, ecc.)

Distretto di:	Il progetto in super sintesi	Modalità di lavoro integrato PREVALENTE secondo la definizione condivisa	Strumento	Livello di prescrizione	Output	Modalità operative (1)	Modalità operative (2)
Parma (PR)	Protocollo operativo per la tutela minori nei Poli Sociali Territoriali tra l'Amm. Comunale di Parma e l'AUSL di Parma	COORDINAMENTO (sul caso)	protocollo	Normativa sovraordinata regionale e locale	Analisi/valutazione/progettazione/monitoraggio e verifica integrata del caso	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)
Parma (PR)	Protocollo operativo	COORDINAMENTO (sul caso)	protocollo	Normativa sovraordinata regionale e locale	Relazione sul caso; progetto individualizzato	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)
Sassuolo (MO)	Equipe dedicata, specializzata per la valutazione dei 'conflitti per l'affidamento e separazioni giudiziali'	COORDINAMENTO (sul caso)	Micro-équipe multiprofessionale		Relazione socio-psico-educativa dettagliata	Incontri (colloqui, osservazione interazione genitori/figli, visita dal domicilio, verifica scolastica)	
Comacchio (FE)	"Scuola a tutoreaggio"	COORDINAMENTO (sul progetto)	Protocollo	Regol. distrettuale	Relazione sul caso	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)

Bologna (servizi sociali territoriali)	Scheda tecnica dal Contratto di servizio Comune di Bologna- Asp Irides	È una forma di ‘reciproca consultazione’ e di coordinamento sul caso: però in realtà, attiene ai processi organizzativi e non gestionali sul caso o sul progetto	Contratto di servizio	Regol. comunale	Organigramma e funzionigramma		
Bologna, Quartiere S. Stefano	Incontri protetti disposti dal Tribunale presso CBG	COORDINAMENTO (sul caso)	Collaborazione intra-servizi comunali	Regol. distrettuale		(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)
Faenza (RA)	“Il bambino e il villaggio”	COORDINAMENTO (sul progetto), ma anche RECIPROCA CONSULTAZIONE	Progetto	Regol. regionale, provinciale, locale	Output di progetto; declinazione delle azioni specifiche	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)
Rimini (RN)	Protocollo per la diagnosi clinica e il trattamento della famiglia nei casi di maltrattamento e abuso minori	COORDINAMENTO (sul caso)	linee guida in situazioni multiproblematiche	Regol. provinciale	Relazione sul caso	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)
San Lazzaro	<i>Protocollo d’Intesa</i> per realizzare collaborazioni e interventi integrati per l’istruzione e la formazione	COORDINAMENTO (sul caso)	Protocollo	Normativa nazionale e regionale e linee di indirizzo provinciale	Relazione sul caso	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)
Parma (PR)	Linee guida per contrasto abuso	COLLABORAZIONE	Linee guida				
Azienda Usi (Bologna)	Protocollo operativo sulle procedure di raccordo e comunicazione tra ospedale e servizi in caso di maternità e parto di donne in difficoltà e di possibile pregiudizio per il nascituro	Si configura come COLLABORAZIONE – sulla carta - ma potrebbe anche essere un caso più ‘forte’ di COORDINAMENTO SUL CASO	Protocollo operativo	Regol. provinciale	Concordare metodologie e criteri di raccordo tra ospedali e servizi e rimando ad ulteriori specifici protocolli	(vedi dossier pratiche)	(vedi dossier pratiche)

4. Gli elementi da presidiare per una buona integrazione

- L'integrazione interprofessionale non può prescindere dalla necessità che livelli istituzionali decisionali diversi trovino un **accordo** su come corrispondere al 'diritto di benessere' delle persone, come già evidenziato (cfr. par. 2).
- L'integrazione interprofessionale è un processo che si inserisce nella '**storia**', e nella cultura organizzativa e professionale dei soggetti che si devono integrare: occorre allora conoscere i tratti distintivi di storia e cultura organizzativa per una integrazione efficace (soprattutto quando si ricoprono funzioni apicali o di coordinamento).
- L'integrazione interprofessionale avviene e dà vita ad una relazione inter-professionale diversa in un campo d'azione nuovo rispetto a quelli di provenienza delle singole professionalità. È quindi necessario concentrarsi sul progetto che interessa la persona nella sua **unità** psico-fisico-relazionale.
- Una condizione che facilita estremamente l'integrazione interprofessionale e pertanto la creazione di una 'relazione inter-professionale nuova' è la **formazione** congiunta. L'integrazione ha possibilità di maggiore successo se si riesce a co-progettare insieme, una volta condivisi linguaggi, un percorso comune di crescita, un obiettivo comune.
- L'integrazione è un processo che va anche sperimentato in una logica di **miglioramento** dei processi e delle modalità di lavoro comune. La formazione, ma anche la riflessione in itinere (monitoraggio) sul funzionamento dell'équipe o del gruppo di lavoro, costituiscono elementi fondamentali per una buona riuscita del lavoro integrato.



'Quando c'è stata buona integrazione' intraprofessionale?

- ✓ Quando si è firmata congiuntamente la relazione sul caso...
- ✓ Quando si sono fatti percorsi formativi insieme...
- ✓ Quando c'è accordo sul come-quando-perché coinvolgere anche l'utente nei processi...
- ✓ Quando aumentano i contatti e le reciproche consultazioni fra istituzioni diverse rispetto alle procedure da adottare o ai percorsi da seguire...

- Quando si lavora sul caso è anche fondamentale avere **verifiche intermedie** per poter eventualmente ri-programmare l'intervento stesso. Così facendo aumenta anche la possibilità di 'contaminazione professionale'.

Alcune **caratteristiche/condizioni al confine fra il personale e il professionale** sono fondamentali:

- ✓ fiducia reciproca, disponibilità all'ascolto, cui deve sommarsi anche la disponibilità a mettersi in gioco, a rinegoziare l'oggetto di integrazione senza però derogare alla propria identità professionale che deve essere solida. L'obiettivo che si vuole raggiungere come professionisti integrati non va dato per scontato. Occorre che

ogni professionista abbia quantomeno chiaro questo punto.

Alcuni assetti organizzativi/operativi sono altrettanto fondamentali:

- ✓ definizione dei tempi, delle scadenze, delle modalità di verifica, delle modalità comunicative.

Di fondamentale importanza risulta il poter contare su coordinatori efficaci:

- ✓ il coordinamento deve infatti essere 'fatto bene': occorrono professionalità e 'buon senso', inteso come capacità di 'calarsi' nel contesto in cui si opera, contesto inteso come sistema di istituzioni, soggetti, relazioni. Pensando ad un coordinamento non solo di equipe interprofessionale, ma di processi interorganizzativi, diventa fondamentale sapersi orientare fra le diverse organizzazioni che devono coordinarsi e conoscerne i tratti costitutivi e le mission. In tutti questi ragionamenti, tuttavia, deve essere chiaro a quale coordinatore ci si riferisce: se al coordinatore di una equipe/gruppo di lavoro, oppure ad un coordinatore quale può essere il responsabile del caso: in entrambi i casi, tuttavia, dovrebbe essere chiaro **'chi' si assume la responsabilità del 'potere decisionale' quando soprattutto ci si trovi in situazioni di 'conflitto'**.

**coordinatore
efficace**

- Più in generale, il coordinatore efficace è un **facilitatore** delle dinamiche di gruppo, giunge con tutto il gruppo a conclusioni efficaci ed efficienti. Laddove il coordinamento non è efficace si inficiano i risultati del lavoro.
- Gli operatori dovrebbero essere **di ruolo** per evitare un eccessivo turn over che cambia gli assetti del gruppo di lavoro rischiando di pregiudicarne l'efficacia; inoltre la stabilità all'interno di una organizzazione – oltre a fare sedimentare conoscenze e competenze – può aumentare anche il senso di appartenenza degli attori coinvolti in percorsi integrati.

I punti sopra elencati – **gli elementi da presidiare per una buona integrazione** – sono stati individuati nella consapevolezza che spesso, nella pratica quotidiana, non sempre sono presidiati e considerati e ciò pone a rischio l'efficacia dell'integrazione interprofessionale stessa. Si è scelto pertanto di lasciare in evidenza **alcuni nodi critici** che certamente emergono laddove non sono presidiati i punti sopra indicati. Essi possono essere così sintetizzati:

- **L'assunzione del potere** in caso di disaccordo fra professionisti: a livello di lavoro interprofessionale sul caso, chi si assume la responsabilità delle decisioni sul caso quando le visioni sul bene della persona non coincidono e i riferimenti scientifici in base ai quali assumere le decisioni non sono in equilibrio?
- **L'assunzione del potere fra istituzioni coinvolte**: la responsabilità delle decisioni non è sempre chiaramente individuata. Ad esempio, rispetto ai rapporti fra Assistente sociale e Tribunale, o tra assistente sociale e psicologo
- **La difficile risoluzione del conflitto**: come è possibile 'trasformare' in risorsa la difficoltà che deriva dal possedere approcci professionali e scientifici differenti? Può un sistema di regole condivise superare i problemi derivanti dalla necessità di condividere decisioni sulle persone?
- **Quando non ci si integra nemmeno...**: è particolarmente difficile integrarsi soprattutto con la Neuropsichiatria (questo tipo di integrazione viene segnalato come problematica questa integrazione, non sempre, ma frequentemente)
- **Chi valuta**: come valutare l'efficacia dell'intervento integrato e l'appropriatezza degli strumenti (protocolli, linee guida, accordi di collaborazione, ecc.) rispetto agli obiettivi del lavoro integrato.

Quindi?

→ Va detto che la situazione concreta nel territorio regionale si presenta 'a macchia di leopardo': a realtà che sono riuscite a praticare un sufficiente livello di integrazione interprofessionale si affiancano situazioni in cui si rileva un deficit di presenza di quegli elementi minimi per realizzare integrazione e pertanto favorire il benessere delle persone.

→ Va anche ricordato che il momento storico enormemente faticoso che i servizi alla persona stanno attraversando rischia tuttavia di inficiare anche i buoni livelli raggiunti.

→ Pertanto è opportuno più che mai presidiare e garantire quantomeno i buoni livelli dove raggiunti e guardare a queste stesse esperienze più positive per individuare i possibili elementi di trasferibilità

5. Per concludere: il 'coordinatore efficace' in caso di emparse critico...

La strada pratico-operativa per far sì che si realizzi un buon lavoro integrato punta l'attenzione su alcuni elementi (*cf. par. 4*). Il coordinamento efficace è uno degli elementi che sembra garantire maggiore possibilità di raggiungimento di un obiettivo, sia quando si lavora sul caso (persona) che sul progetto (processo, intervento).

Si propongono di seguito tre situazioni critiche di un momento del lavoro integrato rispetto al quale si indicano:

- **i passaggi prioritari per risolvere la situazione di emparse che impedisce un buon lavoro integrato**
- **le indicazioni/condizioni che favorirebbero il NON presentarsi dell'emparse stessa**

Prima situazione critica: *si insedia un nuovo gruppo integrato: il coordinamento tecnico ex art. 21 legge 14/08. Sono presenti professionalità diverse: assistente sociale ente locale (dell'ente locale e del consorzio locale), assistente sociale ministero grazia e giustizia, referenti provinciali, referente della Prefettura, referente pediatria, referente del coordinamento pedagogico, referente dell'Ufficio scolastico provinciale, referente associazionismo e comunità di accoglienza del privato sociale, ecc. È la prima riunione e c'è il rischio che le persone non comprendano bene il 'senso' del loro lavoro comune. Cosa fa il COORDINATORE EFFICACE per far lavorare bene questo nuovo gruppo?*

Elementi di criticità:

Si incontrano professionisti diversi e non tutti hanno già lavorato insieme.

Mancanza di un glossario comune: forte il rischio di non capirsi anche a fronte di un obiettivo declinato adeguatamente.

I passaggi prioritari per risolvere la situazione di impasse:

Presentarsi in modo completo e chiaro può essere un elemento positivo che facilita integrazione. Definire il livello organizzativo e tecnico di ciascuno, ossia chiarire i due livelli e cosa si chiede ai partecipanti al gruppo. Ciò per consentire ad ognuno di mettersi in gioco in base alle proprie competenze. Questo passaggio è anche strategico per blandire (affascinare) le persone e invogliarle a partecipare.

Condizioni per non ripresentarsi dell'impasse:

Fermarsi nel primo incontro ad un livello organizzativo perchè questo può affascinare, attrarre e non spaventare. Il professionista è messo così in grado di capire quale può essere il suo contributo, di riportare i contenuti del lavoro anche all'interno della propria organizzazione e di mettersi in gioco sul piano pratico-operativo.

Occorre fare una sorta di 'mappatura' delle organizzazioni rappresentate nel gruppo e capire quale attinenza esse hanno rispetto all'oggetto di lavoro del tavolo integrato. Tale attinenza può variare a seconda dell'obiettivo che il tavolo si pone. Tale obiettivo va ri-condiviso di volta in volta.

Seconda situazione

Seconda situazione critica: *l'assistente sociale e la psicologa non sono d'accordo in un determinata fase di lavoro. Cosa propone il coordinatore efficace?*

Elementi di criticità:

nel parlare dei casi spesso ci si trova in situazioni ad alto impatto emotivo che pregiudicano la possibilità di 'ascoltare' che fanno emergere l'ansia e l'onnipotenza (mix pericoloso e micidiale: tutti fattori che dipendono anche dalle caratteristiche personali e/o dai ruoli esercitati)

l'integrazione non avviene in un luogo preciso previsto dalle istituzioni (es. le équipe)

I passaggi prioritari per risolvere la situazione di empasse:

assistenti sociali e psicologo devono avere adeguati spazi e tempi per incontrarsi (non è scontato in tutti i territori): questi momenti devono essere previsti dalle rispettive organizzazioni.

Se la controversia non si compone tra i professionisti è il coordinatore dell'équipe che deve prendere una decisione per fare andare avanti il lavoro in relazione alla mission del servizio.

I diversi enti devono dare mandato ai singoli professionisti di lavorare insieme.

Condizioni per non ripresentarsi dell'empasse:

La presenza stessa di un coordinatore dell'equipe: essa non è scontata. Spesso ogni professionista fa capo ad un coordinamento intra-professionale e intra-servizio e ciò può generare conflitti quando ci si trova a lavorare in un gruppo di lavoro integrato. La figura del coordinatore aiuterebbe a dirimere tali conflitti. Se manca il coordinatore dell'équipe la responsabilità dell'integrazione è lasciata alla volontà dei singoli.

Il coordinatore deve essere nominato ed è necessario che gli venga riconosciuto questo ruolo.

L'assunzione di questa responsabilità e l'esercizio di questo ruolo deve portare il gruppo a vedere come continuare a lavorare insieme dopo il superamento del conflitto, assumendo un orientamento il più possibile condiviso.

Il coordinatore deve essere un tecnico (può anche essere un operatore sociale opportunamente formato per questo ruolo).

Fondamentale è il rispetto reciproco tra professionisti.

Protocolli e altri strumenti sono fondamentali ma evidentemente non sufficienti affinché si realizzi integrazione. Ed inoltre essi vanno comunque conosciuti da parte dei professionisti, cosa affatto scontata.

Terza situazione

Terza situazione critica: *c'è malumore nelle riunioni di équipe sul caso in particolare perché la discussione del gruppo viene assorbita da alcuni casi portati da un collega, sempre quello. Cosa propone il 'coordinatore efficace'?*

Elementi di criticità:

manca di una chiara definizione dell'oggetto dell'incontro di équipe.

Le problematiche specifiche vanno trattate in opportuni incontri.

I passaggi prioritari per risolvere la situazione di impasse:

Il coordinatore deve essere preparato su come trattare la 'richiesta d'aiuto' da parte di un professionista dell'équipe, di un collega. L'équipe può servire per aiutare un professionista, ma deve essere esplicitato l'obiettivo, in questo caso, cioè condividere e risolvere una specifica situazione critica. Questo è solitamente l'obiettivo della 'supervisione': aiuto rispetto all'oggetto.

Il coordinatore efficace deve avere in mente i confini e questi devono essere ribaditi rispetto al caso.

Occorre capire se il problema è da ricollegarsi all'ansia della persona e di conseguenza attuare dei correttivi.

Occorre allora provare a dare la parola a tutti, provando a tenere una dimensione 'super partes' valorizzando il ruolo professionale di tutte le persone presenti, anche sottolineando i ruoli professionali.

Condizioni per non ripresentarsi dell'impasse:

Occorre definire a monte un ordine del giorno chiaro: cosa si tratta, con quali priorità, chi porta i casi, ecc.

Durante l'incontro occorre definire i tempi degli interventi, moderare l'incontro e proporre delle conclusioni. Tutto ciò è anche utile per la ri-programmazione degli incontri successivi.

Non necessariamente chi porta i casi deve essere l'assistente sociale che può essere più emotivamente coinvolta.

Non tutte le problematiche devono essere trattate in équipe, ma possono anche prevedere microéquipe, coordinate da una figura specificamente formata.

La formazione del coordinatore è 'ad hoc' non necessariamente legata ad una tipologia di figura professionale.

Quindi?

→ Perché il lavoro sia davvero integrato, soprattutto in presenza di situazioni di conflitto, di criticità dovute sia alla complessità dell'oggetto di lavoro, sia alle complessità delle organizzazioni di appartenenza, è fondamentale che vi sia una 'regia', esercitata da un coordinamento efficace. Non è scontato che tale coordinamento ci sia nella prassi quotidiana del lavoro integrato.

→ Gli strumenti (i protocolli d'intesa, i protocolli operativi) non sempre sono conosciuti, e anche se conosciuti, davvero applicati. E spesso tali protocolli non risolvono davvero il problema di come superare i conflitti che spesso si verificano.

→ La funzione di coordinamento non si improvvisa ma richiede capacità e propensioni specifiche. Un suo esercizio corretto facilita e rende possibile l'integrazione.

Percorso formativo di accompagnamento e confronto

'Programma regionale per la promozione e tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità' ai sensi della L.R. n.14/08 "Norme in materia di giovani generazioni"- Azioni regionali di accompagnamento e monitoraggio del programma

Laboratorio "Integrazione interprofessionale"

Dossier delle pratiche

Materiale di lavoro

Analisi dei materiali messi a disposizione del gruppo di lavoro

da parte dei Distretti di Parma (PR), Comacchio (FE), Bologna (Comune e Azienda Usl), San Lazzaro (BO), Faenza (RA), Rimini (RN)

Guida alla lettura:

Si sono voluti valorizzare i documenti prodotti dai territori in sede di autocandidatura al laboratorio, oppure prodotti in corso d'opera durante la discussione emersa in sede di laboratorio.

Dei documenti/esperienze riportate, segue una descrizione sintetica (Carta d'identità) che riprende alcuni elementi strutturali del documento – Territorio, Denominazione strumento, Data/Durata, Oggetto generico/finalità, Contesto, Normativa di riferimento e iter burocratico, Soggetti promotori/firmatari, Strumenti/allegati, Specificità.

Seguono infine degli estratti (talvolta 'letterali', contrassegnati in corsivo), talvolta riassunti (non in corsivo) che esemplificano le specificità del documento. Si fa infine riferimento alla documento nella sua interezza.

In allegato al presente dossier, si riporta infine nel Box 1 - *Una lettura trasversale dei progetti: esito di un lavoro di laboratorio* – la discussione emersa e rielaborata nei primi due incontri di laboratorio in cui si sono analizzate le esperienze portate dai territori.

- ✓ **Parma (PR)**
 1. Protocollo operativo per la riorganizzazione nei processi e nelle metodologie – dei percorsi di integrazione degli interventi sociali e sanitari a tutela del minore e a sostegno delle famiglie
- ✓ **Comacchio (FE)**
 2. Protocollo d'intesa per l'integrazione educativo-scolastica dei bambini in età prescolari con problematiche medio-lievi. Accordo tra l'Amministrazione comunale di Ferrara, provveditorato agli Studi, Azienda USL di Ferrara, Fism
 3. Progetto Scuola e Tutoraggio: tavoli interistituzionali con vari soggetti che a vario titolo si occupano di infanzia e adolescenza sul territorio
- ✓ **Bologna, Quartiere S. Stefano**
 4. Incontri protetti disposti dal Tribunale presso il Centro bambini e genitori alla presenza di educatori del CBG
- ✓ **Azienda USL di Bologna**
 5. Protocollo operativo sulle procedure di raccordo e comunicazione tra ospedale e servizi in caso di maternità e parto di donne in difficoltà e di possibile pregiudizio per il nascituro
- ✓ **Faenza (RA)**
 6. "Il bambino e il villaggio" (2003-2004) a livello provinciale finalizzato all'accompagnamento delle famiglie nello svolgimento dei loro compiti di cura. A Faenza, l'obiettivo è sostenere le famiglie con minori con rete sociale critica nei loro momenti di difficoltà
- ✓ **Rimini (RN)**
 7. Protocollo operativo per la valutazione e la consulenza da parte dell'U.O. Dipendenze Patologiche ai genitori di minori inviati dai M.O Tutela minori e per la costruzione e la gestione di interventi integrati nei casi di minori con disturbo da uso di sostanze psicoattive
 8. Progetto Sperimentale Gruppo Aziendale di Approfondimento Diagnostico e Trattamento per le situazioni di Maltrattamento e Abuso sui Minori - GAMA
 9. linee guida in situazioni multiproblematiche modulo tutela minori – psicologia – salute mentale
 10. linee guida attività dei due moduli organizzativi: tutela minori e
- ✓ **San Lazzaro (BO)**
 11. Protocollo d'Intesa per realizzare collaborazioni e interventi integrati per l'istruzione e la formazione.
- ✓ **Sassuolo (MO)**
 12. *L'integrazione professionale nei casi di conflitto per l'affidamento*

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA 1



<http://www.ausl.pr.it/default.asp>

Territorio:

Distretto di Parma città

Denominazione strumento

Protocollo operativo

..per la tutela minori nei Poli sociali territoriali tra l'Amministrazione comunale di Parma e l'Ausl di Parma

Data/Durata

Data della firma della sottoscrizione del Protocollo, febbraio 2005

Oggetto generico/finalità

sviluppare ulteriormente processi e metodologie dei percorsi di integrazione degli interventi sociali e sanitari a tutela del minore e a sostegno delle famiglie.

Contesto:

protocollo tra Amministrazione comunale di Parma e AUSL di Parma - Distretto di Parma in continuità con il protocollo siglato nel 2003.

Normativa di riferimento e iter burocratico

Legge regionale 2/2003 e conseguente normativa relativa alla programmazione socio-sanitaria di Zona

Protocollo operativo adottato con Provvedimento del direttore di settore del Comune di Parma

Soggetti promotori/firmatari

Per l'Ausl il direttore di Distretto; per il Comune di Parma il direttore del settore sociale

Strumenti/allegati

Non presenti

Specificità

Descrizioni analitiche e puntuali di funzioni di integrazione delle diverse professionalità coinvolte, delle responsabilità in campo rispetto all'integrazione, delle attività da monitorare e valutare

Specificità dei contenuti proposti

*Si specificano gli **obiettivi generali condivisi** fra l'Azienda Usl e il Comune di Parma*

- *Praticare una cultura di affermazioni dei diritti del minore, di protezione e tutela dello stesso e di prevenzione del disagio*
- *Favorire e promuovere le competenze di cura, affettive ed educative delle famiglie*
- *Integrare i progetti di lavoro e i modelli operativi delle diverse professionalità che intervengono direttamente e indirettamente nei percorsi di promozione dei diritti e della tutela dei minori*

Si specificano i requisiti di un modello gestionale integrato:

1. *che l'intervento dei servizi pur partendo da una prima presa in carico di contatto anche di tipo settoriale sappia realizzare **percorsi integrati e organici nell'ambito dei poli garantendo:***
 - *informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari*
 - *valutazione comune delle situazioni problematiche*
 - *scelte operative ordinarie*
 - *verifica delle situazioni in carico*
 - *individuazione delle risorse e delle opportunità per i minore e le loro famiglie presenti e/o attivabili sul territorio*
 - *sostegno alle famiglie in difficoltà anche con progetti e interventi specifici*
 - *promozione della cultura dell'accoglienza, dell'integrazione e della solidarietà nei territori di competenza con il coinvolgimento dei soggetto della comunità locale.*

2. *che gli psicologi assegnati all'attività specifica del DSM dell'Ausl di Parma e gli operatori psicologi appositamente incaricati dal Servizio sociale del comune di Parma assumano le seguenti **funzioni di integrazione** con il Servizio sociale del Comune di Parma ognuno per quanto di competenza*

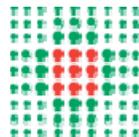
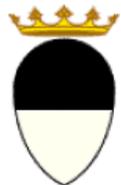
- *osservazione, valutazione della situazione ed eventuale invio per la presa in carico indicata, per le situazioni segnalate e presentate dagli Assistenti sociali in sede di Polo*

- ✓ Si fa riferimento alla collocazione presso le sedi territoriali di polo del Comune degli psicologi come elemento facilitante del processo *'che riconosce l'integrazione come scelta irrinunciabile'*
- ✓ Esplicita i principi che deve avere la dotazione organica:
 - *fra questi 'un livello minimo non comprimibile corrispondente alla fase di avvio del presente protocollo' e 'una unicità di attribuzione operativa per ognuno degli psicologi assegnati alle diverse sedi di servizio'*
 - *Una corresponsabilità fra le due amministrazioni per garantire quote parti per quanto di competenza attraverso un percorso condiviso (2005-2006) così sintetizzata: 4 unità a tempo pieno in quattro poli, 1 unità a tempo parziale (fino a 18 ore settimanali) per abuso e maltrattamento; 1 unità a tempo pieno al Centro per le famiglie (o dotazione corrispondente fornita da due diversi operatori)*
- ✓ Esplicita gli ambiti specifici del coordinamento degli interventi tecnici (a chi compete il coordinamento professionale dei componenti l'équipe) e i presupposti del coordinamento funzionale da parte del Servizio sociale del Comune:
 - Il responsabile del procedimento è l'as del Comune
 - Il responsabile delle attività di polo è il coordinatore di polo (Dirigente competente comunale)
 - La responsabilità complessiva delle attività del servizio (dirigente comunale o suo delegato) in cui rientrano determinati impegni: stabilire le priorità...garantire il monitoraggio periodico nel quadro dell'implementazione del sistema informativo, con l'utilizzo di opportuna modulistica, sulle **attività** svolte dall'équipe territoriale e/o centralizzata:
 - *Colloqui di approfondimento con adulti e minori;*
 - *Colloqui per terapie focali,*
 - *Colloqui per procedure di affido e di adozione*
 - *Colloqui periodici per gestione casi in carico*
 - *Gruppi di informazione per famiglie che abbiano dato la disponibilità all'adozione*
 - *Supporto alle famiglie pre-adottive*

- *Valutazione per famiglie che abbiano dato disponibilità all'affido*
- *Valutazione della capacità genitoriale*
- *Relazioni analitiche per famiglie problematiche*
- *Valutazione e/o supervisione in équipe*
- *Valutazione e/o supervisione individuale*
- *Relazioni psicologiche sui casi*
- *Invio e/o accoglienza di casi da e verso altri servizi*
- *Rapporti con il tribunale civile e/o penale*
- *Rapporti con il tribunale per i minorenni*
- Attivare valutazione periodica dell'équipe multi professionale, sviluppare programmi di formazione, supervisione, coordinare lo sviluppo del sistema informativo
- ✓ Si specifica che il monitoraggio periodico dell'accordo, per gli aspetti tecnico-professionali, sarà effettuato congiuntamente dal Direttore del Settore sociale del Comune e dal Direttore del Dipartimento di Salute mentale aziendale.

2

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Territorio:

Provincia di Ferrara

Denominazione strumento

Protocollo d'intesa

...per l'integrazione educativo-scolastica dei bambini in età prescolare con problematiche medio-lievi. Accordo tra l'Amministrazione comunale di Ferrara, il Provveditorato agli Studi, l'Azienda Usl di Ferrara e la F.I.S.M. (Federazione italiana scuole materne)

Data/Durata

Si fa riferimento di fare partire una attività di formazione-aggiornamento comune per gli operatori interessati a partire dall'anno scolastico 1994-/1995

Oggetto generico/finalità

I sottoscrittori del protocollo riconoscono la finalità di intervenire con strumenti educativi e riabilitativi fin dalla Scuola d'Infanzia (0-6) nei confronti dei bambini con disturbi di entità lieve e media in ordine al linguaggi, all'apprendimento, alla motricità, alla relazione, ecc.

Contesto:

La collaborazione tra le istituzioni nasce dal riconoscimento di un problema che sfugge all'attenzione di molti: quello dei bambini che a causa di deficit non specifici presentano delle difficoltà lievi che, se trascurate, finiscono per accumularsi aggravandone la possibilità di soluzione. Per affrontare questo problema è necessario prospettare e definire un modo di lavorare che rivaluti al massimo la 'prevenzione secondare'

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specifica

Soggetti promotori/firmatari

l'Amministrazione comunale di Ferrara, il Provveditorato agli Studi, l'Azienda Usl di Ferrara e la F.I.S.M. (Federazione italiana scuole materne)

Strumenti/allegati

Non presenti

Specificità

Proposta di due piste di lavoro: pista pratica-consulenze; pista teorica-formazione/aggiornamento

Specificità dei contenuti proposti

Si specifica di seguito come vengono sviluppate le due piste di lavoro:

- ✓ **Pista pratica:** *coinvolge insegnanti e coordinatori/direttori delle scuole d'infanzia nella osservazione e nella sperimentazione di strategie psicopedagogiche mirate ai bambini su cui si esprimono dubbi di sviluppo. In un secondo momento, dopo un confronto con il pediatra di comunità, gli operatori possono richiedere la consulenza del settore di NPI. La consulenza si realizza sul materiale di studio e di lavoro prodotto dal bambino attenzionato, garantendone l'anonimato.*
- ✓ *Dall'incontro possono scaturire due decisioni*
 - *Proseguire con intervento esclusivamente psico-pedagogico e didattico (e si devono rinnovare momenti di incontro e discussione)*
 - *Necessità di una visita e di una valutazione dell'équipe di NPI, dopo un graduale e progressivo coinvolgimento della famiglia*
- ✓ **Pista teorica:** *coinvolge insegnanti e coordinatori/direttori delle scuole d'infanzia e operatori sanitari di NPI e pediatria. Il Gruppo ha il compito di raccogliere i materiali elaborati e le metodologie adottate nelle piste pratiche al fine di elaborare una documentazione utile per arricchire le basi teoriche che sottendono le metodologie e i percorsi pratici adottati che affinché divengano patrimonio comune.*

3

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



Territorio:

Comune di Comacchio

Denominazione strumento

progetto

...Scuola e Tutoraggio

Data/Durata

Dal 2001 al 2008

Oggetto generico/finalità

L'oggetto specifico del progetto del distretto di Faenza è rappresentato dalle **famiglie in situazione di rete sociale critica** che sono state poste al centro della riflessione del gruppo di lavoro la cui attività è stata finalizzata a **trovare insieme alle famiglie soluzioni o sostegni** per arginare i problemi e prevenire evoluzioni più critiche. L'attenzione nei confronti del nucleo è funzionale alla prevenzione di effetti negativi sul percorso evolutivo del bambino.

Contesto:

Il progetto nasce nell'anno scolastico 2001/2002 su proposta della scuola secondaria di 1^a grado ed in particolare di un gruppo d'insegnanti, che misero in evidenza come si sentissero in difficoltà a raccogliere la delega educativa delle famiglie, specie laddove fosse presente un

disagio dell'alunno. Seguì una riflessione condivisa tra scuola ed Ente Locale e si decise di conferire dapprima un incarico ad una sociologa e successivamente ad una psicopedagoga che oggi operano in stretta collaborazione in diverse direzioni: verso gli alunni (ascolto attivo e costruzione progetti individuali), verso gli insegnanti (sostegno al loro lavoro educativo e sociale) famiglie (consulenza educativa).

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specifica

Soggetti promotori

Comune di Comacchio, Ufficio scuola

Strumenti/allegati

Presenti

Specificità

Punti di forza per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

- metodologia di lavoro adottata che ha creato una rete di relazioni tra le diverse istituzioni che si occupano a diverso titolo di disagio minorile e familiare, rendendo più efficaci le azioni e gli interventi sia di prevenzione che di recupero
- pieno riconoscimento del ruolo e dell'operato delle due professioniste incaricate da parte delle istituzioni (scuola, ente locale, ausl) e delle famiglie.

La criticità che più limita il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

- mantenere alto e costante il livello della rete di comunicazione e dialogo tra i diversi attori coinvolti, per cui è necessario un grande impegno da parte dell'Ente Locale che ha assunto il ruolo di regista dell'esperienza
- il ritiro dalla partecipazione del progetto della scuola secondaria di 1° grado dal progetto, peraltro soggetto attivo nella promozione ed attivazione dello stesso
- la difficoltà a trasformare il progetto, ormai pluriennale, in servizio
- difficoltà a produrre documentazione strutturata per dare visibilità e memoria al progetto, nonché per una eventuale trasferibilità dello stesso.

Il progetto ha avuto negli anni una evoluzione naturale, adattandosi alle esigenze del contesto.

Specificità dei contenuti proposti:

- ✓ **tipologie principali di intervento (colloqui; interventi di comunità e/o scolastici; formazione; interventi di promozione-informazione-sensibilizzazione):**
 - consulenza educativa alle famiglie
 - incontri tematici di approfondimento rivolti ai genitori ed insegnanti condotti dalla psicopedagoga su argomenti che riguardano la sfera educativa
 - formazione/informazione e consulenza agli insegnanti
 - consulenza-sostegno dentro alla scuola agli studenti, specie di quelli della scuola secondaria di 2^a grado
 - consulenza e supporto sociale ai giovani nei luoghi informali, specie in strada
 - interventi di prevenzione e recupero della dispersione e abbandono scolastico
 - metodologia operativa di rete.
- ✓ **Quali i principali destinatari (ragazzi, insegnanti, genitori) con qualche dato quantitativo sul numero di persone raggiunte dai diversi interventi nel corso dell'ultimo a.s. 2005/2006:**
 - ragazzi incontrati a scuola (secondaria di 2^a grado) e informalmente nei luoghi da loro frequentati, specie nella strada, n. 50 di cui il 20% seguiti dai Servizi Sociali perché in situazioni di forte disagio sociale
 - genitori tramite la consulenza educativa e sostegno/assistenza sociale n. 160
 - genitori partecipanti agli incontri tematici n. 120
 - insegnanti e educatori partecipanti agli incontri di formazione/informazione/consulenza/collettivi n. 5.
- ✓ **Età dei ragazzi cui si rivolge l'intervento (medie inferiori-preadolescenza - medie superiori):**
 - Prevalentemente tra gli 11-18 anni
- ✓ **Il servizio/intervento ha una precisa identità sul piano tecnico?**

Nello sportello di consulenza educativa alle famiglie viene seguito l'approccio sistemico. Gli interventi formali per le famiglie condotti dalla psicopedagoga sono prevalentemente di tre tipologie:

- facilitazione rispetto ai compiti evolutivi nel ciclo di vita familiare (formazione coppia, genitorialità)
- sostegno rispetto ad eventi critici inattesi (ospedalizzazioni lunghe, bocciature, crisi con insegnanti, calo motivazioni scolastiche)
- mediazione rispetto ai conflitti o eventi emotivi consistenti che variano gli assetti familiari, quali crisi della coppia, lutti, separazioni, allontanamento di uno dei due genitori. In tutti e tre i casi si cerca di sostenere e riattivare le risorse dei vari componenti, e della famiglia tutta. La metodologia utilizzata dalla sociologa : approccio sistemico relazionale, problem solving, lavoro di rete.

4

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



COMUNE DI BOLOGNA
Quartiere Santo Stefano

Territorio:

Quartiere S. Stefano, Comune di Bologna

Denominazione strumento

Collaborazione fra Servizio Sociale Territoriale (SST) e Servizio Scolastico Educativo Territoriale del quartiere S.Stefano ai fini dell'individuazione di buone prassi

Data/Durata

Aprile 2010

Oggetto generico/finalità

si è avviata una collaborazione fra Servizio sociale territoriale e servizio educativo territoriale per sperimentare un protocollo con il gruppo di pedagogisti per la gestione del PAI (Piano di intervento individualizzato) sui casi e una riflessione con il gruppo degli educatori in merito alla suddivisione delle funzioni fra i due servizi ed individuazione delle connessioni operative e alla individuazione di una metodologia di lavoro condivisa.

Contesto:

Il processo di decentramento delle competenze in materia sociale ai Quartieri posto in essere dall'Amministrazione comunale (settembre 2008)

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specificata

Soggetti promotori

Servizio sociale minori e Sportello sociale

Strumenti/allegati

Non presenti

Specificità

Individuazione di tre tipologie di funzioni educative professionali che prevedono la collaborazione con il SST (vedi oltre).

Individuazione di una definizione condivisa di incontri 'vigilati' e 'protetti'. Gli incontri strutturati sono gestiti da personale afferenti ai Centri bambini e genitori e attuato in forma diretta con la coppia genitorie-figlio o inserito in piccolo gruppo di genitori figli (vedi oltre).

Individuazione degli elementi che richiedono una integrazione di competenza sociale ed educativa.

Individuazione di aree di intervento che richiedono la collaborazione e degli obiettivi di tali interventi.

Specificità dei contenuti proposti:

✓ **A partire da tre tipologie individuate:**

1. *minori con richieste della Procura e/o Provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria riguardanti maltrattamento grave e/o abuso (fascia d'età 0-18 anni)*
2. *minori che presentano dispersione/evasione scolastica appartenenti a nuclei multiproblematici con o senza provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (fascia 6/18 anni)*
3. *minori stranieri con difficoltà di integrazione appartenenti a nuclei familiari multiproblematici con o senza provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (fascia 6/18 anni)*

...ed in particolare riguardo alla prima tipologia, l'equipe opera al fine di attuare azioni di sostegno alla genitorialità complessa nell'ambito di un progetto di intervento multidisciplinare (pedagogista, psicologo...) e valuta caso per caso sulla base del criterio condiviso dell'esistenza di un pregiudizio/danno in capo al minore.

Nei casi in cui si condivide una presa in carico comune, che preveda anche l'attivazione degli incontri protetti a scopo valutativo, tale intervento è in capo agli educatori del servizio, con i quali si procede a stabilire obiettivi, tempi e modalità. Nel caso degli incontri vigilati, si valuta caso per caso la possibilità di richiedere l'intervento ad una cooperativa educativa.

✓ **Modalità di attuazione degli incontri genitori-figli**

- *L'Autorità Giudiziaria può dare mandato al Servizio Sociale Territoriale di valutare la situazione di pregiudizio/danno in capo ai minori per i quali emette i decreti. Tali situazioni di pregiudizio hanno la loro origine prevalentemente nelle famiglie d'origine, oggi appartenenti a tutti i ceti sociali, caratterizzate da gravi carenze educative, da grave deprivazione socio relazionale, da grave conflittualità quale sintomo non della crisi coniugale, ma di una patologia relazionale, da patologia individuale, da maltrattamento fisico, psicologico (anche violenza assistita) e da abuso. Tale intervento è comprensivo anche della valutazione dell'adeguatezza genitoriale.*
- *Gli indicatori che rendono necessaria la integrazione della competenza sociale ed educativa riguardano:*
 - *l'esistenza di una condizione di pregiudizio/danno/trauma in capo al minore*
 - *l'esistenza di una situazione di inadeguatezza genitoriale*
- *Le aree di intervento che richiedono la collaborazione e la presa in carico condivisa tra il SST (PAI) e Servizio Scolastico Educativo Territoriale (PEI), in questa tipologia di situazioni, e che vanno indagate sono:*
 - *potenzialità affettive ed educative della famiglia d'origine*
 - *qualità della relazione di attaccamento*
 - *eventuale esperienza traumatica*
 - *criticità/risorse manifestate dal bambino*
 - *risorse del sistema familiare (anche allargato)*
- ✓ ***Incontro vigilati, protetti, strutturati***
 - *[...] Nell'ambito di tale contesto di intervento la relazione fra il genitore ed il figlio può avvenire attraverso l'attuazione di modalità di incontro differenti, quali gli incontri protetti, gli incontri vigilati, gli incontri strutturati. Queste tre modalità di incontro possono rappresentare specifici interventi a sé stanti oppure possono costituire un processo evolutivo della relazione genitoriale finalizzata alla ripresa di rapporti in forma autonoma e spontanea.*
 - ***INCONTRI PROTETTI***
Il contesto relazionale è caratterizzato da una condizione di rischio di pregiudizio-danno nel rapporto genitore-figlio. L'incontro avviene in luogo protetto in presenza di un educatore del servizio, che assume funzione di garante della relazione.
Gli obiettivi dell'intervento sono:
 - *garantire la protezione del bambino nella relazione disfunzionale col genitore/familiare*

- *osservare/valutare/intervenire sulle dinamica relazionale in atto*
- *favorire il cambiamento*

In questi casi dal punto di vista metodologico la tecnica individuata a seguito di una formazione specifica è quella dello "spazio neutro". Data la delicatezza e l'importanza di questo intervento fortemente connotato sul piano valutativo si ritiene indispensabile che la sua attuazione sia in capo ad operatori del servizio pubblico in quanto garanti di una funzione super partes indispensabile.

- **INCONTRI VIGILATI**

Il contesto relazionale è caratterizzato da significative difficoltà affettive, educative, relazionali o dal rischio di triangolazione del figlio nella conflittualità esistente fra i genitori. L'incontro avviene in ambiente scelto dall'equipe responsabile del caso e condotto dall'educatore del servizio o della cooperativa, che assume funzione di facilitatore.

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- *osservare le dinamiche relazionali tra il bambino ed il genitore/familiare*
- *favorire la comunicazione*
- *promuovere l'acquisizione di competenze e responsabilità educative*
- *facilitare il cambiamento*
- *contenere gli aspetti disfunzionali/distruttivi della relazione fra il bambino ed il genitore o tra i genitori/familiari in presenza del bambino.*

- **INCONTRI STRUTTURATI**

Il contesto relazionale è caratterizzato da lievi difficoltà educative e comunicative ancora presenti pur all'interno di un percorso evolutivo della relazione fra il genitore ed il figlio. L'incontro avviene in contesto strutturato (e che può essere contenitivo) presso servizi educativi del territorio aperti anche a utenza libera e normale e rivolti in particolare a bambini nella fascia 0/8 anni.(es. centri-gioco, ludoteche..). L'incontro è gestito da personale afferente ai centri per bambini e genitori e attuato in forma diretta con la coppia genitore-figlio o inserito in piccolo gruppo di genitori-figli, mediante attività guidate di tipo educativo-ludico-ricreativo (ad es. proposta di giochi, narrazione di favole, attività espressivo-laboratoriali....).

Il percorso evolutivo richiesto ai genitori, al fine di potere intraprendere gli incontri strutturati, deve avere raggiunto i seguenti obiettivi:

- *l'acquisizione da parte del genitore di competenze affettive, educative e relazionali,*

- *l'adesione ad un progetto di aiuto,*
- *la disponibilità dell'altro genitore ad un progetto genitoriale condiviso*
- *il miglioramento della modalità comunicativa con il figlio*
- *il livello di gradimento del bambino-ragazzo*

Tale esperienza è in via di sperimentazione.

Il passaggio a questa ultima fase dell'attuazione degli incontri non può prescindere dal coinvolgimento e consenso dell'autorità giudiziaria.

Gli obiettivi sono:

- *favorire la assunzione di responsabilità genitoriale*
- *promuovere modalità di incontro spontanee e autonome*
- *facilitare una funzione genitoriale caratterizzata dall'ascolto e dal contatto emotivo nella relazione con il figlio.*

Per l'attuazione di tali interventi si auspica la possibilità di partecipare in modo congiunto a percorsi formativi aperti alle professioni coinvolte nella presa in carico (assistente sociale, educatore del servizio e della cooperativa, pedagogo, psicologo....) e di supervisione specifici sui casi oggetto della sperimentazione.

5

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



Azienda Usl città di Imola

Policlinico S.Orsola-Malpighi



Territorio:

Alcuni territori della provincia di Bologna VERIFICARE

Denominazione strumento

Protocollo operativo

...sulle procedure di raccordo e comunicazione tra ospedale e servizi in caso di maternità e parto di donne in difficoltà e di possibile pregiudizio per il nascituro

Data/Durata

Senza data, tranne il protocollo in allegato n. 4. "Procollo SERT-Consultorio maternità Ospedale Maggiore – Servizi G. e I. Comune di Bologna, datato giugno 2003

Oggetto generico/finalità

Individua procedure concordate in caso di ricovero per parto di donne in difficoltà tali da prevedere possibili situazioni di pregiudizio per il nascituro. Per tutela il neonato. Con il documento si concordano metodologie e criteri di raccordo tra Ospedali e Servizi e si rimanda e sollecita la stesura di specifici protocolli dettagliati (quali quello che viene esemplificativamente allegato al numero 1: Protocollo SERT-Consultorio-Maternità Osp. Maggiore: assistenza alla donna tossicodipendente in stato di gravidanza curato dall'Ausl di Bologna).

Contesto:

Non specifica

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specifica

Soggetti sottoscrittori

Provincia di Bologna, L'Azienda Usl di Bologna e quella di Imola, l'azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Consorzio servizi sociali di Imola, Comune di Anzola, di Bologna, di Calderara di Reno, di Zola predosa.

Strumenti/allegati

Presenti:

Allegato 1: Protocollo SERT-Consultorio-Maternità Osp. Maggiore: assistenza alla donna tossicodipendente in stato di gravidanza curato dall'Ausl di Bologna

Allegato 2: Il servizio con a carico una gravida minorenni con età maggiore di 16 anni.

Allegato 3: Protocollo operativo del Comune di Bologna, tribunale per i minorenni e aziende sanitarie sulle procedure da attivare a fronte della nascita di bambini non riconosciuti

Allegato 4: Procollo SERT-Consultorio maternità Ospedale Maggiore – Servizi G. e I. Comune di Bologna

Specificità

Specifica le situazioni si ritiene vada attivato con particolare attenzione il raccordo e la sollecita comunicazione fra servizi (vedi oltre)

Specificità dei contenuti proposti:

✓ **situazioni si ritiene vada attivato con particolare attenzione il raccordo e la sollecita comunicazione fra servizi:**

- tossicodipendenza attiva o sottoposta a cura con metadone
- patologie psichiatriche
- grave disagio sociale
- disabilità
- pregresso abbandono allontanamento grave trascuratezza di minori
- minorenni
- non riconoscimento

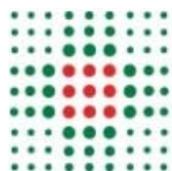
E si specifica per le prime quattro situazioni le **procedure**

- se la donna è conosciuta dai servizi sociali....[...]
- Se la donna arriva all'ospedale e dichiara di essere seguita dai servizi....[...]

- A fronte di nessuna segnalazione dei servizi di territorio e di nessuna dichiarazione della donna....[...]
- In caso di pregresso abbandono allontanamento grave trascuratezza di minori: **procedure**
 - [...]
- In caso di minorenni: **procedure**
 - [...]
- In caso di non riconoscimento: **procedure**
 - [...]

6

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



Azienda Unità Sanitaria Locale
Ravenna



Territorio:

Provincia di Ravenna

Denominazione strumento

progetto

....regionale di ricerca-intervento nell'Ausl di Ravenna "il bambino e il villaggio"

Data/Durata

Si fa riferimento di fare partire una attività di formazione-aggiornamento comune per gli operatori interessati a partire dall'anno scolastico 1994-/1995

Oggetto generico/finalità

L'oggetto specifico del progetto del distretto di Faenza è rappresentato dalle **famiglie in situazione di rete sociale critica** che sono state poste al centro della riflessione del gruppo di lavoro la cui attività è stata finalizzata a **trovare insieme alle famiglie soluzioni o sostegni** per arginare i problemi e prevenire evoluzioni più critiche. L'attenzione nei confronti del nucleo è funzionale alla prevenzione di effetti negativi sul percorso evolutivo del bambino.

Contesto:

Il progetto è nato dalla ricerca "Dalla pediatria di comunità all'unità pediatrica di distretto" (2003-2004) della Regione Emilia Romagna e si è sviluppato nell'Azienda Sanitaria Locale di Ravenna nel periodo 2006/2010. L'obiettivo di fondo della ricerca intendeva **mettere a punto interventi a sostegno alla genitorialità attraverso il lavoro integrato di operatori di più istituzioni** (Servizi educativi e socio sanitari del

territorio) che vengono a contatto con famiglie con bambini piccoli (0-3 anni). Le tappe del lavoro degli operatori interessati hanno previsto un percorso formativo diviso nei 3 Distretti (Ravenna, Lugo, Faenza) e si sono definiti in corso d'opera tre differenti percorsi di ricercazione sul tema del disagio, delle relazioni con le famiglie, della prevenzione e della rete di relazione fra i diversi professionisti.

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specifica

Soggetti promotori

L'Azienda Usl di Ravenna, i distretti della Provincia. Altri soggetti attivamente coinvolti: le istituzioni educative del territorio

Strumenti/allegati

Presenti

Specificità

Progetto di ampio respiro temporale, di scala provinciale con specificità distrettuali.

In particolare il lavoro del Distretto di Faenza ha prodotto ampia strumentazione – allegata in file al presente dossier – che vuole fornire una modalità 'comune' e costruita in modo condiviso, di lettura di una domanda complessa, come quella espressa dalle famiglie in condizioni di rete critica.

Altra specificità è la composizione del gruppo di lavoro attivo sul progetto, composto da 11 operatori afferenti all'area sociale, sanitaria, educativa. Le professionalità coinvolte sono psicologi, assistenti sociali, Npi, pediatra (di consultorio e di libera scelta), assistente sanitaria, ostetrica, pedagoga (di nido e di centro per le famiglie).

Oltre alla griglia di osservazione di cui sotto si esplicano contenuti, da rilevare anche la definizione dei *percorsi da attivarsi* in seguito all'osservazione: tali percorsi sono previsti a partire da una pluralità di punti di osservazione: servizi educativi, ostetricia (ambulatorio e degenza), pediatria (ambulatorio e degenza).

Specificità dei contenuti proposti: gli strumenti elaborati e le loro funzioni

✓ **Scopi e finalità della griglia di osservazione:**

essa compendia brevemente una serie di fattori di rischio, emersi all'interno dei vari casi illustrati e che mostravano elementi costanti.

Lo scopo della griglia è di permettere la raccolta di una serie di informazioni sul nucleo in grado di allertare o meno l'operatore circa la potenziale situazione di disagio di quella famiglia. Questo strumento vuole configurarsi non tanto come strumento cartaceo da compilare in ogni sua parte, quanto al contrario come un mezzo per sviluppare una forma mentis in grado di stimolare, durante il colloquio, l'osservazione da parte dell'operatore e di conseguenza l'individuazione di casi a rischio.

✓ **Utilizzatori della griglia:**

Gli operatori che fanno parte della rete dei servizi che possono avere un contatto con il bambino e la famiglia, sono gli utilizzatori dello strumento e sono rappresentati da :

- *medici, ostetriche e infermieri del Reparto di Ginecologia Ostetricia e di Pediatria dell'Ospedale di Faenza ,*
- *dagli operatori dei servizi territoriali, pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, assistenti sanitari e infermieri del consultorio pediatrico, ostetriche, ginecologi e psicologi del consultorio familiare, psicologi, neuropsichiatri infantili, logopediste ed educatori della NPI,*
- *dal personale educativo e dai pedagogisti dei nidi per l'infanzia del Comune di Faenza e*
- *paritari,*
- *dalle assistenti sociali del Servizio Sociale del Comune di Faenza.*

✓ **Uso della griglia: quando**

La griglia viene utilizzata indistintamente da tutti i servizi all'interno di una prima raccolta delle informazioni sul nucleo che lì si rivolge. Cercando di fotografare a 360° gradi la situazione familiare la griglia è composta da indicatori talora riscontrabili da tutti gli operatori, talora invece tipici della lettura di un singolo servizio.

La si può utilizzare all'interno di visite e colloqui, per esempio quelli a cui le famiglie si sottopongono , in occasione delle vaccinazioni di routine al consultorio pediatrico, in occasione delle visite domiciliari che l'ostetrica del territorio esegue dopo il parto, in sede di richieste specifiche (v. colloquio del pedagogo con i genitori al nido, richiesta di consultazione dallo psicologo presso NPI) e anche in occasione di degenza ospedaliera per il parto o per ricoveri presso il Reparto di Pediatria.

✓ **Quando la griglia ci mette in allarme e metodologia**

Sviluppando il colloquio con l'utente, o attraverso il suo racconto spontaneo, o stimolando specifiche domande, l'operatore, facendo un bilancio di quanto emerso, può iniziare a ipotizzare o avere un'impressione dello stato di disagio di un nucleo.

Qui si innesta quindi la parte di progetto integrata con gli altri servizi.

Si possono presentare diverse situazioni:

- dubbio sulla presenza di significativi fattori di rischio del nucleo: per il tempo disponibile o per la parzialità di informazioni emerse si ritiene opportuno rivedere il nucleo per capire meglio la situazione e valutare l'effettivo bisogno;
- richiesta di consulenza: dalle informazioni emerse l'operatore ritiene importante confrontarsi con il collega dello stesso servizio o di un altro circa il problema riscontrato. La consulenza deve essere anonima e in quella sede l'operatore può chiarirsi, grazie all'aiuto del collega, quali sono gli eventuali step da intraprendere.

Una volta che la situazione appaia maggiormente chiara sia rispetto alle informazioni complessive del nucleo, sia rispetto agli eventuali passaggi e si ritenga necessario avviare un intervento, è possibile intraprendere il percorso con gli altri servizi. Partendo dal presupposto che l'utente è il protagonista della sua situazione e deve aver la possibilità di scegliere gli interventi per lui più opportuni (a meno che non vi sia una situazione di grave pregiudizio dei minori coinvolti), l'operatore lo mette a conoscenza dei servizi che potrebbero rispondere alle sue specifiche esigenze. Attenendoci alla legislazione sul consenso informato, l'operatore può farsi mediatore della richiesta e mettere in contatto diretto l'utente e l'altro servizio. Questo può facilitare l'accesso e rendere la richiesta più semplice e meno farraginoso da un punto di vista burocratico.

Può permettere inoltre, sempre con l'accordo dell'utente, di svolgere sia una verifica complessiva sullo stato di avanzamento dell'iniziativa (è andato effettivamente all'altro servizio?), sia di mantenere un monitoraggio continuativo sulla situazione, per una presa in carico che può risultare maggiormente efficace. Per quanto riguarda la metodologia della segnalazione e della eventuale presa in carico da parte dei servizi, sono stati definiti tre percorsi specifici, uno per la Ostetricia (all.1), uno per la Pediatria ospedaliera (all.2),e uno per i servizi educativi (all.3), in cui vengono illustrate le modalità della comunicazione fra i diversi operatori coinvolti.

✓ **Indicatori di verifica**

gli indicatori di risultato individuati che permettano di valutare l'andamento del progetto e la sua efficacia sono i seguenti:

- n° situazioni rilevate
- n° situazioni in cui si è attivato il passaggio con un altro servizio
- n° situazioni monitorate in contemporanea da più servizi

✓ **Referenti dei servizi**

All'interno del progetto è importante che siano indicati i referenti (e numeri telefonici) per ogni servizio a cui rivolgersi in caso di necessità. I referenti possono essere i responsabili o altri operatori da loro indicati.

7

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



U.O. Dipendenze Patologiche e M.O. Tutela Minori

Territorio:

Provincia di Rimini

Denominazione strumento

Protocollo operativo

...per la valutazione e la consulenza da parte dell'U.O. Dipendenze Patologiche ai genitori di minori inviati dai M.O Tutela minori e per la costruzione e la gestione di interventi integrati nei casi di minori con disturbo da uso di sostanze psicoattive

Data/Durata

Novembre 2006

Oggetto generico/finalità

Obiettivi generali:

1. Individuare un percorso di valutazione tossicologica per i soggetti inviati all'U.O. Dipendenze Patologiche (genitori con sospetto uso di sostanze psicoattive per i quali sia in corso una valutazione delle capacità genitoriali o minori con sospetto disturbo da uso di sostanze psicoattive);
2. Miglioramento del coordinamento tra U.O. Dipendenze patologiche e i M.O. Tutela minori nella costruzione e nella gestione di interventi integrati nei casi di minori con DUS.

Obiettivi specifici:

1. Attuare un percorso di valutazione tossicologica per i genitori con sospetto uso di sostanze psicoattive per i quali sia in corso una valutazione delle capacità genitoriali o per minori segnalati dall'Autorità giudiziaria con sospetto disturbo da uso di sostanze psicoattive inviati all'U.O. Dipendenze Patologiche.
2. Definizione di progetti integrati per il trattamento di minori con DUS.

Contesto:

Il protocollo regola l'interfaccia tra l'U.O. Dipendenze patologiche e i M.O. Tutela Minori distrettuali

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specifica

Soggetti promotori

Direttore U.O. Dipendenze Patologiche; Responsabile M.O. Tutela Minori Distretto di Rimini; Tutela Minori Distretto di Riccione

Strumenti/allegati

- ✓ Modulo per Richiesta di consulenza tra l'U.O. Dipendenze Patologiche e i Moduli Organizzativi Tutela Minori (Dati utente, dichiarazioni utente, Motivazione della richiesta, Servizio richiedente, Esito)
- ✓ Scheda progetto (Case Manager (operatore/i di riferimento), Tempi di verifica, Chi fa che cosa (Operatori e servizi coinvolti nel progetto e loro funzioni), Azioni/interventi, Caratteristiche progetto, Obiettivi, Finalità, Dati utente)

Specificità

Il protocollo si basa su due diverse procedure organizzative:

1. Percorso diagnostico e/o consulenziale per soggetti inviati dal M.O. Tutela Minori.
2. Definizione di progetti integrati per il trattamento di minori con DUS.

Specificità dei contenuti proposti:

- ✓ **Rispetto alla procedura organizzativa "Percorso diagnostico e/o consulenziale tra M.O. Tutela Minori e U.O. Dipendenze patologiche", individuazione delle RESPONSABILITÀ**

Consulenza effettuata da M.O. Tutela Minori all'U.O. Dipendenze Patologiche

n.	Attività	Figure professionali	Assist. Sociale o Educatore U.O. Dipendenze Patologiche	Medico U.O. Dipendenze Patologiche	Assist. social e M.O Tutela minori	Responsabil e M.O. Tutela minori	Responsabil e U.O. Dipendenze Patologiche
1	Richiesta consulenza		R		I	I	I
2	Espletamento consulenza		I		R	I	I
3	Certificazione		I		R	I	I

✓ ***Rispetto alla procedura organizzativa “Percorso diagnostico e/o consulenziale tra M.O. Tutela Minori e U.O. Dipendenze patologiche”, individuazione delle procedure di Certificazione***

Gli operatori che hanno effettuato la consulenza redigono una certificazione con l'esito della consulenza in più copie:

- per la cartella clinica di consulenza
- per il protocollo
- per il cittadino che è stato sottoposto alla valutazione specialistica
- per il responsabile del settore inviante (M.O. Tutela Minori o U.O. Dipendenze patologiche).

✓ ***Rispetto alla procedura organizzativa “Percorso diagnostico e/o consulenziale tra M.O. Tutela Minori e U.O. Dipendenze patologiche”, individuazione di Indicatori***

Numero di consulenze effettuate dall'U.O. Dipendenze Patologiche e dal M.O. Tutela minori.

✓ ***Rispetto alla procedura organizzativa “Percorso diagnostico e/o consulenziale tra M.O. Tutela Minori e U.O. Dipendenze patologiche”, individuazione di standard qualitativi***

- nel 90% dei casi il certificato deve essere rilasciato entro 30 giorni dall'effettuazione del primo colloquio di consulenza;
- qualora nel corso della consulenza emerga la necessità di prolungare la fase di valutazione clinica oltre i 30 giorni previsti dallo standard, verrà comunque data comunicazione al Servizio richiedente la consulenza;
- qualora il cittadino non si presenti all'appuntamento fissato trascorso un periodo di 10 giorni, verrà data comunicazione della mancata presentazione al Servizio richiedente la consulenza;
- qualora durante la fase consulenziale emergano problematiche di particolare rilevanza ed urgenza verrà attivato un contatto diretto con Servizio inviante per la definizione di un eventuale intervento.

N.B. Analoga strutturazione ha anche la procedura organizzativa “Definizione di progetti integrati per il trattamento di minori con DUS”.

8

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



U.O. Dipendenze Patologiche e M.O. Tutela Minori

Territorio:

Provincia di Rimini

Denominazione strumento

Progetto Sperimentale Gruppo Aziendale di Approfondimento Diagnostico e Trattamento per le situazioni di Maltrattamento e Abuso sui Minori - GAMA

Data/Durata

Ottobre 2007

Oggetto generico/finalità

il Gama: definizione, struttura dell'equipe gama, criteri di accesso al gama, strumenti e modalità per gli interventi di supervisione, diagnosi e trattamento, criteri di eleggibilità, documenti di registrazione, riferimenti bibliografici

Contesto:

non specifica

Normativa di riferimento e iter burocratico

"Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori" della Regione Emilia Romagna dell'anno 1999, nelle linee di indirizzo dell'AUSL Rimini dell'anno 2000, nel modello teorico del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) e

del CBM (Centro del Bambino Maltrattato). Rispetto agli strumenti, gli psicologi seguono le modalità indicate nei Protocolli prodotti dal Programma di Psicologia dell'Azienda USL di Rimini (Quaderni ASRI N. 102 Ottobre 2007).

Soggetti promotori
Azienda Usl di Rimini

Strumenti/allegati
non specifica

Specificità dei contenuti proposti:

- ✓ Il gruppo aziendale di approfondimento diagnostico e trattamento del maltrattamento e abuso sui minori (Gruppo-Aziendale-Maltrattamento-Abuso), è un'équipe multiprofessionale costituita da 4 psicologi e da 1 assistente sociale. L'attività dell'équipe è mirata alla supervisione, all'approfondimento diagnostico, al trattamento dei casi di violenza su minori, nelle tipologie seguenti:
 - Abuso sessuale
 - Maltrattamento fisico
 - Grave abuso psicologico, violenza assistita, separazioni ad alta conflittualità che comportano rischio psicopatologico e grave trascuratezza
 - Audizioni protette
- L'équipe del gruppo aziendale di approfondimento è composta dai seguenti operatori:
- 2 Psicologi che si occupano di valutazione psicologica e psicopatologica del bambino e dell'adolescente, trattamenti psicologici del bambino e dell'adolescente.
 - 2 Psicologi che si occupano di valutazione psicodiagnostica e psicopatologica dei genitori o altri parenti rilevanti, valutazione delle capacità genitoriali e della loro recuperabilità, trattamenti familiari e dei genitori:
 - 1 Assistente Sociale che si occupa di supervisione sulla valutazione sociale, sulla valutazione della presenza di elementi che qualificano la segnalazione come "notizia di reato", di consulenza giuridico-istituzionale rispetto alle diverse fasi del processo di tutela del minore.

- ✓ L'invio al GAMA è vincolato al mandato dell'Autorità Giudiziaria (Procura del Tribunale dei Minori o del Tribunale per i Minorenni o della Procura Ordinaria o del Tribunale Ordinario), che richiede di compiere, oltre alla valutazione sociale, anche interventi sanitari / psicologici: valutazione delle capacità genitoriali, indagini psicodiagnostiche con i bambini, gli adolescenti, la coppia genitoriale e la famiglia, trattamenti psicologici individuali per i minori e i genitori, terapie familiari.

Accedono al GAMA le seguenti situazioni:

- Casi in carico all'équipe territoriale di Tutela Minori
 - Casi in carico all'équipe territoriale di Tutela Minori e Rete dei Servizi coinvolti in regime di alta complessità
 - Minori per i quali viene richiesta un'audizione protetta dalla Procura e Tribunale Ordinario
- ✓ Di seguito sono illustrati i punti relativi ai compiti specifici e all'intervento del GAMA.
 - 1) Ascolto del minore in caso di sospetto abuso e/o maltrattamento (audizione protetta)
 - 2) Supervisione clinica e sociale
 - 3) Valutazione e costruzione del progetto in collaborazione con l'équipe territoriale
 - 4) Trattamento

- ✓ **CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

L'équipe territoriale referente del caso, in quanto primo livello di accesso e responsabile delle funzioni di rilevazione delle situazioni di violenza nel territorio e dell'attivazione di interventi di protezione e tutela dell'infanzia, può richiedere l'intervento del GAMA quando si trova ad affrontare:

- situazioni multiproblematiche
- situazioni ad alta criticità dove sono necessari interventi plurimi e complessi
- situazioni giunte ad una critica definizione nelle varie fasi del processo operativo

- ✓ **Documenti di registrazione**

- Cartella del minore e della famiglia con dati anagrafici, operatori coinvolti, rete di servizi, provvedimento dell'autorità giudiziaria, incarico dell'autorità giudiziaria.
- Relazione clinica contenente elementi sulla valutazione della famiglia, sulla recuperabilità delle competenze genitoriali, sull'appropriatezza dell'intervento, sul progetto terapeutico, sul monitoraggio del trattamento.

9

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



U.O. Dipendenze Patologiche e M.O. Tutela Minori

Territorio:

Provincia di Rimini

Denominazione strumento

linee guida

.... in situazioni multiproblematiche modulo tutela minori – psicologia – salute mentale

Data/Durata

Maggio 2007

Oggetto generico/finalità

Favorire l'integrazione a vari livelli tra il DSM e il DCP nei suoi moduli di Psicologia e Tutela Minori nella gestione di situazioni multiproblematiche.

Obiettivi specifici

Realizzare percorsi condivisi per l'attività di consultazione e/o consulenza tra i servizi coinvolti. Stabilire modalità per la presa in cura congiunta di nuclei familiari che presentino le problematiche indicate in premessa.

Contesto:

Sempre più spesso i servizi si confrontano con situazioni multiproblematiche che necessitano dell'intervento a vario titolo di differenti competenze specialistiche. Non fanno eccezione i Servizi di Salute Mentale e quelli per la Tutela dei Minori i quali sempre più

frequentemente necessitano di confronto nell'attività quotidiana e sono chiamati ad intervenire congiuntamente su situazioni di persone con disturbi psichici ed al contempo genitori.

Normativa di riferimento e iter burocratico

Non specifica

Soggetti promotori

Responsabile M.O. Tutela Minori, Responsabile M.O. Psicologia Clinica, f.f. Direttore CSM Rimini

Strumenti/allegati

Scheda di richiesta intervento in situazioni multiproblematiche con progetto integrato socio-sanitario ad alta complessità (Allegato 1 – cfr file)

Scheda di progetto congiunto (Allegato 2 - cfr file)

Specificità

Alla luce di quanto affermato nella premessa, le articolazioni aziendali coinvolte stabiliscono tre diversi livelli di collaborazione/integrazione (indiretta, diretta e congiunta) da cui scaturiscono determinate modalità operative:

Specificità dei contenuti proposti:

✓ **1) Attività di consultazione (collaborazione indiretta):**

è da considerarsi come rivolta unicamente al servizio richiedente e non prevede una valutazione diretta dell'utente o del nucleo familiare; è da considerarsi quindi come un'attività di supporto all'equipe nella gestione del caso.

I Servizi coinvolti stabiliscono di fornire attività di consultazione previa richiesta scritta indirizzata al Responsabile del servizio, o suo delegato.

Nei casi urgenti potrà essere sufficiente una richiesta telefonica, cui seguirà successivamente la relativa richiesta scritta. Nella richiesta di consultazione (all. 1) dovrà essere specificato:

- generalità del soggetto,
- succinte notizie anamnestiche che si ritengano utili per la definizione del quadro,
- eventuale terapia,

- quesito per cui viene richiesta la consultazione,
- operatori di riferimento
- eventuale urgenza della consultazione

I servizi coinvolti stabiliscono che i tempi della consultazione saranno a cadenza stabilita (quindicinale).

Da queste sono escluse le richieste urgenti per le quali la consultazione dovrà essere effettuata entro i cinque giorni successivi la richiesta.

L'esito della consultazione produrrà un verbale (allegato 1) che, controfirmato dagli operatori intervenuti, verrà redatto in duplice copia per i servizi coinvolti.

Le equipe delle due articolazioni aziendali si impegnano a nominare un operatore di riferimento (ed un sostituto in caso di assenza del primo) i cui compiti saranno quelli di:

- a) costituire un punto di collegamento e di accesso (per il servizio richiedente) certo e definito
- b) monitorare periodicamente l'andamento del percorso e di proporre le eventuali modifiche.

✓ **Attività di consulenza (collaborazione diretta):**

è da intendersi come un'attività rivolta all'utente e costituisce momento di valutazione diretta della situazione. Può scaturire per richiesta diretta o in seguito ad un intervento di consultazione.

I Servizi coinvolti stabiliscono di fornire questa attività previa richiesta scritta indirizzata al Responsabile del servizio, o suo delegato (allegato 1).

Nei casi urgenti potrà essere sufficiente una richiesta telefonica, cui seguirà successivamente la relativa richiesta scritta. Nella richiesta di consulenza dovrà essere specificato:

-
- generalità del soggetto,
- succinte notizie anamnestiche che si ritengano utili per la valutazione,
- eventuale terapia,
- quesito per cui viene richiesta la consulenza,
- sede ove si ritiene opportuno effettuare la valutazione,
- operatori di riferimento

I servizi coinvolti stabiliscono che i tempi dell'effettuazione dell'intervento sarà definita concordemente in relazione alle necessità cliniche o di progetto. Da queste sono escluse le richieste urgenti per le quali la valutazione dovrà essere effettuata entro i tre giorni successivi la comunicazione.

L'esito della consulenza produrrà una relazione/referto che verrà redatto in triplice copia per i due servizi coinvolti e per l'utente (la consegna del referto al paziente è obbligatoria solo per il CSM).

Le equipe delle due articolazioni aziendali si impegnano a nominare un operatore di riferimento (ed un sostituto in caso di assenza del primo) i cui compiti saranno quelli già indicati nel precedente punto 1.

✓ **Presa in cura congiunta:**

In alcuni casi, dopo valutazione consulenziale, può rendersi necessaria la realizzazione di un progetto congiunto di presa in cura dell'utente; in particolare questo potrà avvenire nei casi in cui:

- l'attività di consulenza, benché ripetuta nel tempo, non appare risolutiva delle problematiche
- l'attività di consulenza comporta l'attivazione di percorsi di trattamento complessi che necessitano del coinvolgimento di operatori e/o strutture proprie di ambedue i servizi.

In questo caso le due equipe coinvolte stabiliranno nel progetto:

- servizio cui spetta il compito del "coordinamento del progetto di cura" e, al suo interno, nome del case manager,
- rispettive competenze,
- risorse impiegate,
- nome degli operatori coinvolti
- tempi di verifica

Tali aspetti verranno descritti nell'apposita scheda di progetto congiunto (allegato 2) che verrà redatta in duplice copia e firmata, per condivisione, dai due Responsabili di Servizio.

10

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA



U.O. Dipendenze Patologiche e M.O. Tutela Minori

Territorio:

Provincia di Rimini

Denominazione strumento

linee guida

... attività dei due moduli organizzativi: tutela minori e

Data/Durata

Marzo 2004

Oggetto generico/finalità

Modulo organizzativo 'tutela minori'; modulo organizzativo 'psicologia'. Riorganizzazione delle attività connesse ai due moduli. Sono state prese in esame le tematiche prevalenti del Modulo Tutela Minori (Disagio Familiare, Separazione-Divorzio, Abbandono, Trascuratezza, Maltrattamento, Abuso) rispetto alla problematica dell'inadeguatezza genitoriale, differenziando il percorso dell'utente e gli interventi afferenti alle diverse professionalità dell'Assistente Sociale e dello Psicologo. Ciò attraverso attraverso: Individuazione di chi fa cosa; Superamento della territorialità; Offerta di risposte omogenee a livello provinciale; Gruppi aziendali (supporto specialistico).

Contesto:

non specifica

Normativa di riferimento e iter burocratico
non specifica

Soggetti promotori

Responsabile M.O. Tutela Minori Rimini; Responsabile M.O. Tutela Minori Riccione; Responsabile M.O. Psicologia, Responsabile M.O. Psicologia

Strumenti/allegati
non specifica

Specificità

Analizza le varie procedure organizzative in conseguenza delle modalità di accesso della famiglia (diretto/indiretto)

Attribuisce i vari compiti (assistente sociale, équipe, psicologo) a seconda dell'intervento messo a punto nel progetto individualizzato: permanenza del bambino in contesto familiare; allontanamento del bambino; inserimento in struttura o casa famiglia; inserimento in affido familiare

Specificità dei contenuti proposti:

✓ **Permanenza del bambino in contesto familiare**

ASSISTENTE SOCIALE	EQUIPE	PSICOLOGO
<ul style="list-style-type: none">- Individuare e favorire l'inserimento in contesti socializzanti.- Favorire l'inserimento in contesti educativi.- Attivare, se necessario, l'educatore	<ul style="list-style-type: none">- Elaborazione del progetto e articolazione dei diversi interventi afferenti alle due professioni.- Valutazione e sostegno delle funzioni genitoriali.	<ul style="list-style-type: none">- Effettuare il supporto terapeutico all'adulto, alla coppia, al bambino, alla famiglia.

<p>domiciliare.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuare verifiche sul contesto di vita. - Valutare la necessità di contributi economici o di altri interventi di supporto materiale alla famiglia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del cambiamento. - Verifica del progetto. 	
--	--	--

✓ **Inserimento in struttura o casa famiglia**

ASSISTENTE SOCIALE	EQUIPE	PSICOLOGO
<ul style="list-style-type: none"> - Ricerca della struttura più idonea. - Presentazione del caso, anche attraverso una relazione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione e articolazione del progetto di inserimento: obiettivi, tempi, regole. (Da presentare alla famiglia e alla struttura). - Accompagnamento in struttura - Verifiche in struttura (l'equipe valuta la necessità della presenza di entrambi o di un solo professionista). - Verifiche con la scuola (l'equipe valuta la necessità della presenza di entrambi o di un solo professionista). - Supporto al minore. - Supporto alla famiglia. - Monitoraggio dell'evoluzione degli impegni e delle scelte dei genitori. - Valutazione del cambiamento della famiglia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione psicodiagnostica e trattamento del minore. - Valutazione psicodiagnostica e trattamento della famiglia.

✓ **Inserimento in affido familiare**

(Vedi procedura definita dal gruppo aziendale dell'affido familiare)

ASSISTENTE SOCIALE	EQUIPE	PSICOLOGO
<ul style="list-style-type: none"> - Cura della pratica amministrativa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura del contratto di affido 2. Predisposizione delle comunicazioni tecniche 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione e articolazione del progetto di inserimento: obiettivi, tempi, regole. (Da presentare alla famiglia di origine e alla famiglia affidataria). - Relazione che motiva la scelta dell'intervento. - Supporto al bambino. - Supporto all'evoluzione della funzione genitoriale della famiglia d'origine. - Verifiche, monitoraggio dei cambiamenti (l'equipe valuta la necessità della presenza di entrambi o di un solo professionista). - Sostegno e verifiche con la famiglia affidataria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione psicodiagnostica, trattamento al minore. - Valutazione psicodiagnostica, trattamento alla famiglia d'origine.

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA ① ①



Territorio:

Comune di San Lazzaro di Savena

Assessorato alla Qualità Educativa

Assessorato alla Qualità Socio-culturale

Adozione successiva dell' Ambito Territoriale n° 6

Distretto:

San Lazzaro di Savena

Denominazione strumento

Protocollo d'Intesa per realizzare collaborazioni e interventi integrati per l'istruzione e la formazione.

Data/Durata

Due anni dalla data di sottoscrizione (gennaio 2010) rinnovabile alla scadenza.

Oggetto generico/finalità

Collaborazione in RETE tra Istituzioni e soggetti altri del Territorio coinvolti nei processi educativi e formativi, al fine di individuare, definire e condividere strategie, strumenti e procedure integrate di intervento per *fronteggiare il fenomeno emergente della dispersione scolastica e dell'insuccesso formativo di minori comunitari e non tra i 14 ei 18 anni*. Ha lo scopo favorire l'interazione e consentire l'utilizzo ottimale delle risorse educative, formative ed economiche in un ottica di integrazione dei diversi sistemi e nella logica dell'Educazione Permanente.

Contesto:

Si pone in continuità con il *Patto per la Scuola* del Comune di San Lazzaro di Savena e le *Linee d'Indirizzo provinciali per il contrasto dispersione scolastica e formativa*;

Normativa di riferimento e iter burocratico

La L. n. 59/1997 art 21; il D.P.R. n. 275/1999; il D. Lgs. 112/1998 art. 139; la Legge Regionale n.12 del 2003;

Soggetti promotori/firmatari

Il Vice Sindaco del Comune di San Lazzaro di Savena; il resp. del Servizio Minori dell'AUSL; i Dirigenti Scolastici delle scuole secondarie di 1°e2°grado del territorio; i Centri di Formazione Professionale e il C.T.P. del territorio; il sindacato.

Strumenti/allegati

Non presenti

Specificità dei contenuti proposti:

L'Accordo intende realizzare:

1) azioni integrate di orientamento e ri-orientamento anche individualizzato, che dovranno offrire a minori, comunitari e non comunitari, a rischio di abbandono scolastico e alle loro famiglie:

- un servizio di accoglienza orientativa al momento dell' iscrizione a scuola;
- tutte le informazioni e la consulenza necessaria alla costruzione di percorsi personalizzati di orientamento / ri-orientamento;
- la possibilità di accedere a corsi specifici (licenza media, Italiano L2, formazione professionale, ecc.) per la regolarizzazione del percorso scolastico;
- un' offerta formativa specifica e personalizzata.

2) un' offerta organica e coordinata d' istruzione e formazione sul Territorio del Distretto di San Lazzaro certificata e più ampia possibile;

3) interventi integrati di "presa in carico" e "accompagnamento" personalizzati con particolare attenzione ai minori a rischio di dispersione scolastica.

A tal fine: Il Comune di San Lazzaro di Savena (Assessorati alla Qualità Educativa e Socio-culturale:

- istituirà un Tavolo di Coordinamento con i rappresentanti della Rete per la progettazione, la realizzazione, il monitoraggio e la valutazione dei diversi interventi;
- avvierà le attività previste nel rispetto delle direttive e delle normative vigenti;
- convocherà gli incontri con i partner della Rete;
- gestirà i rapporti di ordine amministrativo e gestionale con i soggetti della Rete;
- opererà le eventuali modifiche delle attività formalizzando le richieste e seguendo l'iter di approvazione delle stesse;
- sosterrà il monitoraggio e la valutazione delle attività svolte;
- affiderà alla Figura di Sistema Distrettuale il coordinamento generale dell'azioni necessarie alla realizzazione del suddetto protocollo;

Le Istituzioni Scolastiche e le altre parti coinvolte:

- individueranno un referente che partecipi agli incontri periodici del Tavolo di Coordinamento;
- si impegneranno affinché le attività siano realizzate secondo quanto stabilito in fase di progettazione e ad effettuare, in accordo con il coordinatore, un monitoraggio in itinere per verificarne la corretta realizzazione;
- metteranno a disposizione i locali e le dotazioni strumentali dei loro Istituti per la realizzazione delle attività necessarie al successo delle azioni previste.
- opereranno sinergicamente con l'Ente Locale e tra di loro;

CARTA D'IDENTITA' DELL'ESPERIENZA ① ②



Comuni di Fiorano Modenese, Formigine, Frassinoro
Maranello, Montefiorino, Palagano, Prignano, Sassuolo
UFFICIO COMUNE

Territorio:

Comuni del Distretto di Sassuolo (Mo)

Distretto:

Sassuolo

Denominazione strumento

L'integrazione professionale nei casi di conflitto per l'affidamento all'interno del servizio tutela minori, équipe multi professionale comuni e Asl

Data/Durata

Modello attivo da oltre 10 anni

Oggetto generico/finalità

Modello operativo per la valutazione dei casi e la successiva presa in carico

Contesto:

Il modello operativo è stato derivato dall'esperienza del C.T.A. di Milano portata dal dott. Vadilonga nel corso di una formazione presso la AUSL di Modena nel 1996.

Normativa di riferimento

--

Soggetti promotori/firmatari

Équipe multi professionale del servizio sociale minori dell'Ufficio comune di Sassuolo

Strumenti/allegati

Approfondimento teorica del modello operativo rispetto al ruolo dei servizi e alla rete allargata attiva nella valutazione e nella presa in carico dei minori

Specificità dei contenuti proposti:

In premessa al documento vengono citati i più importanti vantaggi evidenziati nell'utilizzo di tale modello:

- *Semplicità e chiarezza* nell'impostazione del percorso valutativo: vengono definiti fin dall'inizio il numero dei colloqui, l'ordine con cui si vedono le persone, i tempi della valutazione. Viene stilato un calendario di appuntamenti "rigido", che non verrà modificato in seguito.
- *Efficacia* nel contenere la conflittualità degli utenti durante la fase di valutazione: l'uso di questo contenitore predefinito consente di ottenere un clima di sufficiente "calma", che rende possibile effettuare tutto il lavoro che è stato programmato.
- *Efficacia* rispetto all'obiettivo di riportare il focus dell'intervento e l'attenzione di tutti sul bambino
- *Valenza preventiva*. Talora, già durante la valutazione si osservano dei veri e propri movimenti evolutivi e dei cambiamenti che, seppur piccoli, sono significativi per ridurre il malessere del bambino. L'applicazione di questo modello può avere delle buone implicazioni preventive rispetto al cronicizzarsi delle dinamiche conflittuali. Il modello consente, in ogni caso, di evidenziare le potenzialità evolutive e i movimenti verso il cambiamento; movimenti che possono aprire la strada a percorsi di aiuto successivi e più specifici.
- *Utilità* nelle situazioni di manipolazione, rifiuto indotto, interruzione dei rapporti tra il bimbo e uno dei genitori. L'osservazione dell'interazione tra il bimbo e il genitore rifiutato è infatti obbligatoriamente prevista nel calendario di appuntamenti, anche laddove gli incontri sono sospesi da tempo. A prescindere dall'andamento positivo o negativo di tale incontro, si viene a creare un importantissimo "precedente" le cui potenzialità e i cui effetti pragmatici possono essere ampiamente sfruttati per un successivo lavoro di ripristino dei rapporti.
- *Efficacia nel contenimento del controtransfert conflittuale e del burn-out*. L'utilizzo di un modello così ben definito aiuta non solo gli utenti a contenere le proprie ansie e la propria conflittualità dilagante, ma anche gli operatori a tenere sotto controllo le emozioni "controtransferali" che sempre si innescano quando si ha a che fare con situazioni di questo tipo. La conflittualità espressa dagli

utenti, la rabbia, la sofferenza viva che esprimono sono emozioni fortemente sollecitanti, che rischiano di innescare negli operatori chiamati a fare la valutazione reazioni altrettanto forti e disfunzionali (rabbia, frustrazione ed impotenza, desiderio di evitamento e dimissione rapida, ansia, tentazione di mettersi “a far mediazione” o altri interventi confusi ed affrettati prima di aver concluso la valutazione; alleanze con l’una o l’altra parte con conseguenti spaccature e conflitti all’interno dell’équipe di lavoro, ecc...). Si è osservato che con l’uso di questo modello si mantiene più facilmente una situazione di condivisione e accordo nella micro – équipe, e si giunge ad una decisione finale in termini di prognosi che sia realmente condivisa tra l’Assistente Sociale e lo Psicologo, con redazione ed invio di una relazione a firma congiunta.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

- **ASSISTENTE SOCIALE:** è responsabile del caso (case manager).

[...]

- **PSICOLOGO:** è consulente del caso, pertanto il suo contributo non sempre dura tutto il tempo della presa in carico.

[...]

EDUCATORE PROFESSIONALE[...]

[...]

PROCEDURA

Fase della Valutazione

Nei casi di “conflitto per l’affidamento” l’Autorità Giudiziaria (*Tribunale Ordinario* nel caso di genitori coniugati che intraprendano una separazione giudiziale; *Tribunale per i Minorenni* nel caso di genitori conviventi che facciano ricorso per l’affidamento del/i figlio/i o per limitazioni alla potestà dell’altro) chiede al Servizio Sociale di effettuare una valutazione sulla situazione del minore e sui suoi rapporti con i genitori.

➤ La valutazione comporta la presa in carico congiunta da parte dell’Assistente Sociale e dello Psicologo per un’istruttoria, definita e condivisa dagli operatori, che prevede le seguenti tappe:

- 1) **colloquio preliminare con entrambi i genitori** di presentazione del lavoro successivo - 45/60 minuti - Assistente Sociale, ed eventualmente Psicologo
- 2) **colloquio/i con il bambino**¹ - 1 ora (2 ore se si programma un secondo colloquio) - Psicologo
- 3) **osservazione del bimbo insieme al padre**² - 2 ore – Assistente sociale e Psicologo
- 4) **osservazione del bimbo insieme alla madre** - 2 ore – Assistente Sociale e Psicologo
- 5) **colloquio con il padre** - 1 ora - Assistente Sociale e Psicologo

¹ Il colloquio con lo Psicologo va previsto nel caso il minore abbia più di 3 anni; se ci sono più fratelli occorrerà prevedere uno spazio per ognuno. Nel caso di minori al di sotto dei 3 anni si potranno integrare le informazioni con una verifica all’Asilo Nido (se frequentato) e in ogni caso sarà esaustiva l’osservazione dell’interazione.

² L’osservazione delle interazioni dovrebbe avvenire preferibilmente in una stanza con specchio unidirezionale, o se assente, in altro spazio dotato di videocamera per la registrazione (previo consenso dei genitori).

- 6) **colloquio con la madre** - 1 ora - Assistente Sociale e Psicologo
- 7) **colloquio con il padre** - 1 ora - Assistente Sociale e Psicologo
- 8) **colloquio con la madre** - 1 ora - Assistente Sociale e Psicologo
- 9) **visita domiciliare** - 1 ora - Assistente Sociale
- 10) **stesura della relazione per l'Autorità Giudiziaria richiedente** - 3/4 ore circa- Assistente Sociale e Psicologo
- 11) **lettura delle relazione e/o restituzione clinica** di quanto emerso ai genitori - 1 o 2 ore a seconda che la restituzione sia congiunta o disgiunta - Assistente Sociale e Psicologo
- 12) **restituzione clinica al bambino** - 1 ora - Psicologo

Esiti della valutazione

- Gli esiti della valutazione possono essere due:
 1. l'Autorità Giudiziaria assume una decisione con Decreto o Sentenza, e successivamente i genitori sono in grado di gestire la situazione autonomamente senza arrecare pregiudizio al minore, per cui al Servizio non viene demandato nessun intervento;
 2. la conflittualità tra i genitori rimane alta ed arreca pregiudizio al minore, per cui si valuta opportuna una presa in carico. A volte è la stessa Autorità Giudiziaria, Civile o Minorile, che incarica il Servizio di fare degli interventi. In tali casi si passa alla fase della presa in carico.

Fase della Presa in Carico

- La **presa in carico** dei casi di conflittualità genitoriale, successiva alla valutazione, è estremamente onerosa sul piano degli interventi che possono essere sintetizzati come segue:
 - colloqui con i genitori finalizzati a riportare l'attenzione sui bisogni del bambino e sul ruolo genitoriale nonché alla mediazione dei conflitti;
 - preparazione ed invio dei genitori ad un percorso di Mediazione Familiare (presso il Centro per le Famiglie);
 - colloqui con il bambino per monitorare il suo grado di disagio;
 - regolamentazione degli incontri tra il bambino e il genitore non collocatario;
 - incontri protetti o in spazio neutro (ove specificamente richiesti dall'A.G.) finalizzati a salvaguardare il diritto di visita del bambino col genitore non collocatario (con il coinvolgimento dell'educatore);
 - rapporti con gli Avvocati delle parti in conflitto;
 - obbligo di aggiornamento periodico all'Autorità Giudiziaria.
- Nei casi in cui la conflittualità sia cronica, questa casistica va a confluire nei casi di Tutela Minori riconducibili a Maltrattamento psicologico/emozionale, Violenza Assistita e trascuratezza/incuria, cui fanno seguito gli specifici interventi.

Allegato (N.B tratto dalla rielaborazione del I e II laboratorio)

Box 1 - Una lettura trasversale dei progetti: esito di un lavoro di laboratorio

Tipo di esperienza [L'esperienza è: consolidata, innovativa, in via di sviluppo]

Le esperienze di integrazione interprofessionale riportate, riferendosi come detto sopra a tipologie diverse di interventi (corsi di accompagnamento, protocolli d'intesa regolativi di équipe territoriali, gruppi di lavoro, progetti con diverse finalizzazioni) vengono connotate in maniera abbastanza indifferenziata rispetto alla 'temporalità' (*'consolidati', 'innovativi', 'in via di sviluppo'*). La caratteristica 'in via di sviluppo' viene addebitata anche al protocollo portato dal distretto di Parma o di Rimini che, pur consolidati nel tempo, necessitano di un monitoraggio costante in itinere. Viene anche messo in rilievo come spesso più che consolidare si tratti di 'resistere', a testimonianza della fatica ad integrarsi nonostante gli assetti organizzativi dei servizi di appartenenza e la progressiva ed endemica riduzione di risorse (umane e finanziarie). Sempre a proposito della temporalità dell'esperienza, sempre Rimini segnala che sono stati necessari molti anni per giungere a quel documento. Pur essendo tutt'altra esperienza, anche Faenza segnala la 'variabile tempo' come fondamentale per la messa a punto del processo che ha portato ad una effettiva condivisione di pratiche e modelli operativi (in particolare per quanto riguarda la creazione degli strumenti che il progetto ha comportato).

Livello territoriale [Il livello è: provinciale, distrettuale, comunale, quartiere/circoscrizione/polo]

Il lavoro integrato interprofessionale si pratica a tutti i livelli e spesso dipende da chi promuove l'esperienza di integrazione riportata. Dal livello comunale (assistenti sociali del servizio sociale territoriale di Bologna e Parma), al distrettuale (Centro per le famiglie di Rubicone Costa, figura di sistema di Sassuolo), al provinciale (Ausl di Rimini, con competenze in materia delegate). L'esperienza del distretto di Faenza, essendo un progetto di azione provinciale con specifiche distrettuali, si riferisce ad entrambi i livelli di azione.

Ambito e destinatari [violenza, disagio conclamato, affido, adozione, sostegno alla genitorialità nella quotidianità, benessere familiare]; [0-6, 0-12, altre età, minori stranieri non accompagnati, famiglie affidatarie, in difficoltà, insegnanti 0-6, insegnanti scuola primaria e secondaria]

L'esperienze di integrazione riportate agiscono nei vari ambiti, dall'agio al disagio conclamato, dal sostegno alla genitorialità difficile, all'individuazione precoce dei fattori di rischio delle competenze genitoriali ed educative. Di conseguenza, anche il ventaglio dei destinatari è molto ampio: sembra ormai passata nelle prassi operative la consapevolezza della 'specificità degli interventi' che il 'macro oggetto' famiglie e minori richiede. La famiglia, intesa in una sua ampia accezione, ha molti volti: la famiglia nel quotidiano, la famiglia che affronta nuove situazioni, come la nascita di un figlio, la famiglia che ha fortemente compromesso il suo ruolo educativo, la famiglia che vuole aprirsi all'accoglienza, la famiglia in cui il ruolo della coppia è in crisi, ecc. E i bambini e adolescenti, altrettanto, non possono e non sono più considerati un 'unico' blocco. La forte articolazione dei destinatari risponde al complessificarsi delle problematiche e, al contempo, alla maturazione di consapevolezza da parte dei servizi. Tutte le esperienze riportate testimoniano questa complessità. Ad esempio, il caso riportato da Bologna-Quartiere S. Stefano (in estrema sintesi: incontri protetti disposti dal Tribunale presso il CBG alla presenza di personale educativo del servizio pubblico). L'elemento innovativo è dato dall'aver distinto fra incontro protetto e vigilato: il primo più centrato sulla valutazione della relazione genitore-figlio, il secondo volto a favorire la relazione fra genitore e figlio, avendo presente l'evoluzione di tale

relazione e cercando di offrire un contesto 'caldo e accogliente'. Dalla narrazione si evince come questa sperimentazione sia stata preceduta da una profonda riflessione degli operatori che a partire dalla consapevolezza della delicatezza dell'intervento e di come renderlo il più possibile 'rispettoso' delle esigenze del bambino, ha portato all'individuazione di questa modalità ritenuta come innovativa ed efficace. Anche l'esperienza riportata da Sassuolo (in estrema sintesi, équipe specializzata per la valutazione dei 'conflitti', per l'affidamento e separazioni giudiziali) è emblematica della necessità di attrezzarsi da parte dei servizi a rispondere a domande sempre più complesse e specifiche: l'équipe portata dal distretto, infatti, non è nata esplicitamente per questa funzione ma ha dovuto nel tempo specializzarsi. Il progetto del distretto di Faenza è un ulteriore esempio di individuazione di una tipologia di destinatario mirata e 'ragionata': le famiglie con rete sociale critica.

Rete di soggetti [elenco attori dei servizi coinvolti direttamente e indirettamente dall'azione integrata]

La rete dei soggetti è molto ampia e presenta elementi di discontinuità, dovuti a monte alla differenziazione degli 'oggetti integrazione': le esperienze di integrazione riportate vedono al primo posto soggetti appartenenti al settore sociale e sanitario. Poco indicati come rete diretta i servizi educativi. Sono le due esperienze dei Protocolli (Parma e Rimini) ad avere la rete (sia diretta che indiretta) più ampia. Ma anche il progetto "Il bambino e il suo villaggio" scommette sull'ampiezza della rete di soggetti da coinvolgere come punto di forza per rispondere al meglio alle criticità espresse da famiglie sole, carenti di sostegno parentale o amicale: le agenzie educative, sociali, sanitarie, la comunità intera è coinvolta nel disegno progettuale. Anche la scuola rientra nella rete di soggetti coinvolti in progetti integrati. Si sottolinea altresì che la scuola chiede spesso di integrarsi come 'richiesta di aiuto' rispetto alla risoluzione di problematiche nella gestione di casi difficili.

Formalizzazioni esistenti [protocollo, indicazioni operative, accordi formalizzati]

Le formalizzazioni, pur non garantendo di per sé l'avvenuta integrazione (come emerso dal brainstorming) si confermano necessarie. Il racconto porta all'evidenziazione di formalizzazioni diffuse anche se diverse: protocolli, indicazioni operative, accordi formalizzati. Può essere interessante approfondire quali di queste modalità di formalizzare e ratificare la collaborazione sia più appropriata rispetto al tipo di integrazione professionale che si deve agire. Come si diceva, le formalizzazioni richiedono tempo anche per organizzare in un 'tutto sistematico' che abbia come riferimento le persone in difficoltà: famiglie, minori, adulti, ecc. Il distretto di Rimini è giunto infatti nel tempo ad un protocollo unico che poi si articola in varie specifiche: *Diagnosi clinica e il trattamento della famiglia nei casi di maltrattamento e abuso minori; La valutazione clinica e il trattamento della famiglie affidataria; la diagnosi e il trattamento delle famiglie disfunzionali (Verificare)*. Al di là della formalizzazione tradizionale che sancisce i processi, le responsabilità, le prassi di intervento, è emersa più volte nei racconti la necessità di 'manutenere' lo strumento formalizzato, di migliorarlo e renderlo sempre più efficace. Tutto ciò non può prescindere anche dalla motivazione degli operatori e dei funzionari a vario titolo e livello coinvolti. L'entrata nel gruppo (dal secondo incontro) di nuovi referenti fa emergere il racconto di esperienze di integrazione che si fondano sull'implementazione di 'tavoli' interistituzionali come altra modalità di integrazione.

Strumentazione [Scheda invio, griglie osservazione, interviste, focus group, verbalizzazione incontri]

La strumentazione specifica maggiormente indicata nelle esperienze di integrazione riportata è la verbalizzazione degli incontri. Il protocollo stesso costituisce tuttavia uno strumento 'principe' di integrazione: oltre ad indicare 'chi fa che cosa' riporta spesso al suo interno gli strumenti che devono

supportare il processo integrato. Emerge quindi la differenziazione a livello di strumenti fra ciò che 'governa' l'integrazione e ciò che 'documenta' il lavoro integrato. La strumentazione può scaturire anche da un processo condiviso fra operatori coinvolti nel lavoro integrato: è il caso emblematico di Faenza (Griglie di osservazione). La strumentazione aiuta a capire come si deve procedere nell'attuazione dell'intervento: è il caso di Rimini che dice che un determinato modulo che arriva al servizio è già una indicazione della pista di lavoro da seguire.

Professionalità coinvolte [elenco professionalità]

Data la natura dei progetti presentati le professionalità maggiormente indicate sono l'assistente sociale, lo psicologo, l'educatore. Più di un progetto è riuscito anche a coinvolgere l'ospedale, il consultorio, la pediatria (di base e di comunità). In generale, niente affatto scontato il coinvolgimento del neuropsichiatra, con cui comunque si deve collaborare in determinati interventi, o di professionalità di area educativa (insegnanti, educatori). Con esperti di area giuridica (consulenti o Esperti giuridici) le testimonianze divergono: certamente c'è costante necessità di tali competenze, niente affatto scontato riuscire ad attuare collaborazioni.

L'esperienza di Rubicone Costa (in sintesi corsi per neo-mamme presso i consultori, promossi dal Centro per le famiglie, che hanno anche l'obiettivo di aprire potenzialmente una rete di collaborazioni con altri servizi territoriali – ad esempio il Counselling o le tagersmutter – laddove si individuino segnali di disagio nelle neo-mamme) mette in rete tutta una serie di professionalità: dalla pedagoga del Centro per le famiglie, allo psicologo, al personale del Consultorio, con finalità specifiche (relative alla cura della relazione, educativa, ecc.) ma anche con finalità di orientamento nella rete di opportunità del territorio per le neo-mamme.

