

*La relazione tra le diverse
professionalità presenti nell'area
sociale “famiglia, infanzia” e l'area
specialistica di “Neuropsichiatria
Infantile”*



Autori

Nome Cognome Sirocchi Giannina
Servizio Azienda Sociale Sud – Est di Parma

Nome e Cognome Sebastiani Barbara
Servizio Sociale Integrato – Unione Val D'Enza

Nome e Cognome Schirosi Gabriella
Servizio Unione Tresinaro Secchia – Servizio Sociale Associato



Corso di Alta Formazione “Il Lavoro sociale nel settore dell'infanzia e della famiglia:
verso nuovi saperi”
A.A. 2008/2009

" ...la prospettiva della progettazione
è volgere lo sguardo verso il futuro.
La progettazione guarda
verso qualcosa che non c'è ..."

Dott. Bellamio Dante

***La relazione tra le diverse professionalità presenti
nell'area sociale "famiglia, infanzia" e l'area
specialistica di "Neuropsichiatria Infantile"***

SCOPO

la co-costruzione di una "visione condivisa"

BENEFICI

*facilitare: l'incontro tra le diverse professionalità dei Servizi
interessati, il reciproco ascolto, analizzando anche i pregiudizi
verso l'altro*

creare un nuovo linguaggio per un terreno operativo "fertile"

Indice.

Introduzione. pag. 3

Integrazione socio – sanitaria nella realtà del territorio. pag. 4

Inquadramento del contesto di riferimento. pag. 7

Individuazione dei fattori favorenti e dei fattori ostacolanti relativi all'implementazione delle azioni di cambiamento proposte. pag. 19

Individuazione delle possibili azioni di miglioramento/cambiamento. Analisi dei costi e dei benefici. pag. 20

Pianificazione delle azioni. Tempi di realizzazione. pag. 21

Questionario. pag. 22

Bibliografia pag. 24

Introduzione.

In ragione delle riscontrate difficoltà di relazione tra il Servizio “Famiglia, Infanzia” ed il Servizio specialistico di “Neuropsichiatria Infantile”, gli operatori partecipanti al corso di alta formazione “Il lavoro sociale nei contesti della complessità – Gli assistenti sociali verso nuovi saperi” – per l’anno 2008/2009 – hanno pensato di strutturare un project work di “sviluppo”, che prenda in esame proprio queste criticità nelle zone sociali di Langhirano (PR), Val d’Enza e Scandiano (RE).

Queste - pur essendo realtà territoriali distanti tra loro ed anche appartenenti a Province diverse - hanno riscontrato una assonanza “a doppio senso” in materia di:

- a. conoscenza “limitata” delle specifiche competenze operative, tale da alimentare false aspettative sull’operato altrui;*
- b. utilizzo di un linguaggio diverso, non necessariamente per l’esercizio di professionalità diverse, ma – a volte – per andare incontro alla mera esigenza di tutelare il proprio ruolo professionale dall’eccessiva mole di lavoro e dalla scarsa presenza di risorse alternative sui territori;*
- c. vissuto di solitudine, in connessione stretta con la mancanza o con la non ottimale comunicazione e pertanto anche con la non sufficiente condivisione di intenti, da impedire un reale lavoro di collaborazione in una ottica di rete.*

Il gruppo di lavoro del project work si è così interrogato su “*cosa fare insieme al vicino*”, investendo sul contributo degli operatori sociali e degli operatori sanitari, per ridurre i confini tra due Servizi sempre più indispensabili l’uno all’altro, per i costanti ed inevitabili intrecci sulle problematiche che interessano la cittadinanza, senza contare i richiami all’integrazione delle attuali leggi quadro ed alle richieste delle Autorità Giudiziarie Civili e Minorili.

Nel lavoro quotidiano delle due realtà operative, per evitare interventi di risposta frammentari e teorici, è fondamentale il confronto sui casi pervenuti, condividendone la lettura e la sequenza temporale degli eventi.

Rammentandosi che lo scopo condiviso è la possibilità di indicare agli utenti una alternativa al loro modo di vivere faticoso, rispettando la loro individualità.

Si tratta pertanto che l'agito multi – professionale evolva in modelli sicuri e funzionali, per essere una risorsa supportiva all'utenza.

Integrazione socio – sanitaria nella realtà del territorio.

L'integrazione socio - sanitaria è la condizione indispensabile per superare prassi settoriali ed integrare competenze, servizi diversi, grazie all'unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

Gli attori dell'integrazione sono: la *Regione* - nella veste di Ente di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo delle attività socio - assistenziali e sanitarie - gli *Enti Locali* e l'*Azienda USL* - gestori dei servizi.

L'integrazione socio - sanitaria riguarda “*tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*” (D.lgs 229/99).

Le prestazioni socio - sanitarie vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali. Si avranno pertanto prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori sociali.

Si avranno prestazioni sociali a rilevanza sanitaria quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute, che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi di inserimento ed integrazione sociale.

L'integrazione socio – sanitaria ha diverse aree di azione (materno-infantile, anziani, disabili, salute mentale, tossico e alcol dipendenza), in questo documento tratteremo quella relativa al settore materno – infantile.

L'integrazione socio - sanitaria si attua a tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale.

L'*integrazione istituzionale* si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (Regione, Azienda Sanitaria, Enti locali), che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute.

Può avvalersi di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma.

L'integrazione gestionale, sia a livello centrale che distrettuale, riguarda le seguenti unità operative: la struttura competente in materia di politiche sociali e gli uffici ad essa facenti capo, da un lato, ed i Servizi dell'Azienda USL dall'altro.

Ciò comporta l'individuazione di configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Per ciascuna area dell'integrazione socio sanitaria, è opportuno quindi costituire un gruppo tecnico interistituzionale, composto, in maniera equilibrata, di rappresentanti dell'Azienda USL, degli Enti locali e della struttura regionale competente in materia di politiche sociali.

L'integrazione professionale avviene a livello di operatori sociali e sanitari.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono:

- la costituzione di unità valutative integrate,
- la gestione unitaria della documentazione,
- la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato.

La Regione incentiva la collaborazione istituzionale entro un ambito territoriale adeguato, che è quello distrettuale mediante il Piano di Zona dei servizi, che diviene strumento per ottimizzare le risorse e facilitare le responsabilizzazioni e le collaborazioni.

La ricerca di una piena integrazione socio - sanitaria - per quanto riguarda gli interventi rivolti ai minori - emerge anche alla luce delle indicazioni della normativa nazionale (Piano Sanitario Nazionale, L. 285/97) e regionale. L'integrazione socio-sanitaria a livello gestionale comporta l'attivazione di intese ed accordi tra la struttura regionale competente in materia di politiche sociali, l'Azienda USL, nelle sue articolazioni ospedaliere e territoriali, la struttura regionale competente in materia scolastica, gli Enti locali (Comuni e Comunità Montane) e gli organismi del terzo settore attuatori degli interventi, finalizzati a concordare comuni obiettivi di tutela dei minori da realizzarsi mettendo in campo le rispettive competenze e risorse.

L'integrazione professionale tra operatori sociali e sanitari deve essere facilitata dalla maggiore definizione e conoscenza circa le rispettive competenze e responsabilità e dalla costruzione condivisa di prassi operative e dall'utilizzo di strumenti.

In questo senso il tema del project work invita/sollecita e vuole promuovere *una idea comune, un bisogno trasversale* ai diversi Servizi Sociali e Sanitari di migliorare il rapporto esistente, al fine di co - costruire una “visione condivisa” della presa in carico del soggetto, per facilitare il reciproco ascolto tra i professionisti coinvolti, con l’obiettivo di creare un nuovo linguaggio ed un terreno operativo fertile.

Tale necessità nasce proprio dalla lettura dell’esperienza quotidiana, in cui spesso ci si trova a contatto con diverse professionalità, che hanno linguaggi diversi dal “nostro” e che, nel reciproco errore, non conoscendo sempre a pieno le competenze altrui, spesso non riescono a trovare un punto d’incontro.

Inquadramento del contesto di riferimento.

Servizio Famiglia, Infanzia ed Età Evolutiva – Servizio Sociale Integrato dell’Unione dei Comuni della Val d’Enza (Reggio Emilia)

Il Servizio Famiglia, Infanzia ed Età Evolutiva è un Servizio sovracomunale, inserito in un contesto Sociale Integrato della Val d’Enza - ossia dei Comuni di Montecchio Emilia, Bibbiano, Cavriago, S. Ilario d’Enza, Gattatico, Campegine, S. Polo d’Enza e Canossa – in cui afferiscono anche il Servizio Assistenza Anziani, il Servizio Persone Disabili Adulti, il Coordinamento Adulti, il Coordinamento Immigrazione, il Centro per le Famiglie, il Coordinamento Politiche Educative, l’Ufficio Giovani e lo Staff Amministrativo.

Il Servizio F.I.E.E. è costituito al suo interno da una equipe multidisciplinare composta dalla Responsabile – a.s. *Gianotti AnnaMaria*, la Coordinatrice di area – a.s. *Veltri Marietta* (che svolge anche funzioni di assistente sociale), sette assistenti sociali – aa.ss. *Cavalli Muzzi Laura*, *Fugnitto Incoronata*, *Gallani Davide*, *Pomentale Rossella*, *Scotti Ilaria*, *Sebastiani Barbara* e *Tesauri Antonella* - referenti per ogni Comune della Val d’Enza – di cui una a 30 ore settimanali (24 sulla casistica e 6 sul progetto Affidato), una a 18 ore settimanali (in quanto le restanti 18 ore vengono impiegate presso il Centro per le Famiglie della Val d’Enza, in qualità di mediatrice familiare) e le restanti a 36 ore; una psicologa a 38 ore settimanali ed una psicologa a 14 ore settimanali (in quanto il restante monte ore è impiegato nel Servizio di N.P.I. del distretto A.USL di Castelnovo ‘Ne Monti – RE) entrambe afferenti al Servizio di N.P.I..

L’equipe di area si riunisce ogni settimana nella mattinata del mercoledì, con un suo ordine del giorno - predisposto dalla Responsabile – ed un suo verbale (curato, a rotazione, da ogni operatore del Servizio).

In taluni momenti, precedentemente individuati e condivisi dal gruppo di lavoro, all’equipe di area partecipa anche la Responsabile del Servizio Sociale Integrato – dott.ssa *Cristiana Bellini*.

I principali “prodotti” offerti dal Servizio F.I.E.E. sono:

- la **FACILITAZIONE** – l’intervento è finalizzato a rendere più agevole all’utente/cliente l’accesso alle risorse possibili.

L'obiettivo è anche quello di individuare strategie organizzative più consone ai bisogni rilevati;

- l'*ACCOMPAGNAMENTO* – si condivide con la famiglia la lettura di un problema ed il percorso da attivare per tollerarlo o superarlo.

Il progetto prevede l'affiancamento agli utenti/clienti per la costituzione di obiettivi condivisi;

- il *SOSTEGNO* – gli operatori svolgono nei confronti delle famiglie una funzione più “specialistica”, attraverso l'utilizzo di tecniche finalizzate all'acquisizione di nuove competenze.

La tipologia degli utenti/clienti è relativa a famiglie con:

- a. disagio sociale, economico – abitativo;
- b. figli coinvolti in separazioni conflittuali;
- c. minori esposti a situazioni di trascuratezza e/o maltrattamento psico – fisico e/o abuso sessuale;
- d. uno o più componenti che presentano disabilità e/o dipendenza e/o patologia psichiatrica o neuropsichiatria;
- e. famiglie affidatarie ed adottive;
- f. tipologia articolata che comprende: segnalazioni della Procura e del Tribunale per i Minorenni/Tribunale Ordinario; minori clandestini non accompagnati; minori abbandonati alla nascita; nubendi; interruzione volontaria della gravidanza

(materiale tratto dalla formazione con la dott.ssa *Morlini*).

Da molti anni il Servizio F.I.E.E. ha una valenza sovracomunale, probabilmente connessa al fatto che la materia della tutela dei minori era stata comandata all'Azienda Sanitaria Locale, almeno sino all'arientamento del ritiro delle deleghe, che in Val d'Enza si è realizzato con il primo gennaio del 2007.

Questa strutturazione ha favorito una forte specializzazione degli operatori dell'area minori, a discapito di un lavoro di integrazione con la realtà territoriale ed un lavoro di comunità.

Infatti le assistenti sociali pur avendo uno o più Comuni di riferimento, avevano l'indicazione di seguire gli orientamenti e le indicazioni della sede centrale del Servizio.

Oggi la situazione è in mutamento in quanto ogni operatore è sollecitato a calarsi nella quotidianità lavorativa del suo territorio di riferimento, partecipando sempre più alle equipe integrate e di settore del proprio Comune (dove si incontrano le assistenti delle aree sociali anziani, adulti, minori, con la

Responsabile delle Politiche Sociali e la figura competente per lo Sportello Sociale), mantenendo l'equipe dell'area minori un ambito specialistico e di orientamento su indirizzi comuni.

Questo ha aperto la porta anche a nuove sperimentazioni di lavoro, come ad esempio nel Comune di Montecchio Emilia: l'assistente sociale degli adulti sta iniziando a gestire la materia dello svantaggio sociale anche per quei nuclei familiari dove sono presenti dei minori.

In modo che la collega del Servizio F.I.E.E. si occupi di difficoltà genitoriali (anche in ragione del fatto che questa assistente sociale ha solo 24 ore settimanali da dedicare alla casistica).

L'accesso al Servizio F.I.E.E. avviene sostanzialmente in due modalità: in modo spontaneo o con invio (da parte di autorità giudiziarie, istituzioni scolastiche di vari livelli, enti locali, familiari, raggio amicale, etc.).

Da poco tempo è nata una figura – allo stato attuale – con una connotazione/inquadramento più amministrativo addetta allo Sportello Sociale, che ha il compito specifico di accogliere la prima domanda dell'utenza, per svolgerne una prima valutazione ed indirizzare la persona interessata al Servizio competente, in una ottica di lavoro sociale sempre più integrato nelle sue aree e con i diversi collaboratori.

La Struttura Operativa Semplice di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (S.O.S. di N.P.I.) dell'A.USL. Reggio Emilia Distretto Montecchio Emilia e Castelnovo 'Ne Monti afferisce al Dipartimento di Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (D.S.M. – D.P.).

Il Servizio di N.P.I. in Montecchio Emilia è costituito da due ambulatori: *neuropsichiatrico* – composto da tre neuropsichiatre infantili (di cui una con anche funzioni di Responsabile), due educatrici professionali, cinque logopediste, tre fisioterapiste; *psicologico* – composto da due psicologhe - collocate negli ambienti aziendali del territorio di Cavriago.

Il Servizio specialistico ha una sua sede centrale nel Comune di Montecchio Emilia e due sedi decentrate nei Comuni di S. Ilario d'Enza e S. Polo d'Enza.

Si riunisce in equipe circa ogni due mesi, in sottogruppi (ad es.: solo le educatrici professionali con le neuropsichiatre infantili) e per talune necessità anche una volta al mese; in entrambi i casi vi è un ordine del giorno definito.

La Responsabile del Servizio di N.P.I. è la dott.ssa *Pirani Graziella*.

Il Servizio specialistico si occupa della diagnosi, cura e riabilitazione dei minori dai 0 ai 18 anni con disturbi di apprendimento di linguaggio, intellettivi, neurologici, neuromotori e psicologici – pertanto – effettua:

- a. diagnosi neuropsichiatriche, neuropsicologiche, psicodiagnosi;
- b. trattamenti di riabilitazione per: disturbi neuropsicologici - cognitivi e di apprendimento, fisioterapia – disturbi neuromotori, logopedia – disturbi di linguaggio, psicoeducativa;
- c. interventi con counseling individuali e di coppia, consulenze psicologiche, terapie farmacologiche;
- d. consulenza ad istituzioni scolastiche (anche in relazione al percorso di integrazione scolastica dei disabili ai sensi della legge 104/92) ed al Servizio Sociale.

L'accesso al Servizio avviene in seguito ad invio da parte del pediatra o del medico di medicina generale, con certificazione medica, consegnata al genitore del minore interessato, dove viene indicato il bisogno rilevato.

La prenotazione dell'appuntamento avviene attraverso il C.U.P. o FARMACUP.

La prestazione è soggetta al pagamento del ticket.

La storia dei Servizi “Famiglia, Infanzia ed Età Evolutiva” e “Neuropsichiatria Infantile” in Val d'Enza si caratterizza da rapporti che potrebbero essere definiti di “buon vicinato”, dove non si è sempre arrivati ad articolare dei protocolli di lavoro – non tanto per ingessare/irrigidire la pratica, ma con il fine ultimo di renderla più fluida.

In cui il Servizio di N.P.I. si è sempre più strutturato in un ambito più clinico – specialistico, anche nel suo ambulatorio psicologico – favorito anche dall'appartenenza all'Azienda Unità Sanitaria Locale; mentre il Servizio F.I.E.E. ha mantenuto una natura più “sociale”, anche in tempi di comando alla stessa A.USL., pur avendo – in quel momento storico - al suo interno una figura psicologica.

Rapporti spesso lasciati alla discrezionalità degli operatori, alla loro capacità di intrecciare buone relazioni e non da accordi condivisi o sommariamente accennati, questo ha determinato una eccessiva soggettività nel decidere a monte l'erogazione o meno di una prestazione – ad esempio: quando e come utilizzare l'intervento dello psicologo della Neuropsichiatria Infantile, piuttosto che la figura psicologica del Servizio Sociale?

Interrogativo ancora oggi attuale, davanti: alla svolta subita dal Servizio F.I.E.E. ad inizio anno 2009, con la costituzione dell'Unione dei Comuni della Val d'Enza, l'istituzione del Servizio Sociale Integrato ed il conseguente passaggio/assorbimento della figura psicologica interna al Sociale dal Servizio F.I.E.E. al Servizio di N.P.I.; nonché la prossimità del pensionamento proprio di quest'ultima figura per dicembre 2009.

Unione Tresinaro Secchia – Servizio Sociale Associato – zona sociale di Scandiano (Reggio Emilia)

L'Unione Tresinaro Secchia – Servizio Sociale Associato – zona sociale di Scandiano (RE) comprende i comuni di: Scandiano, Casalgrande, Rubiera, Castellarano. Attraverso una convenzione, anche i comuni di Viano e Baiso hanno delegato all'Unione i Servizi socio – assistenziali area minori e disabili, il Servizio di Polizia Municipale ed il Servizio del Difensore Civico.

L'Unione Tresinaro Secchia gestisce i servizi socio – assistenziali rivolti ai minori, ai disabili e alle loro famiglie, residenti presso i comuni del distretto. All'interno del servizio vi è la presenza del Centro per le famiglie, inaugurato nel corso del 2009.

Le funzioni esplesate del Servizio Sociale riguardano principalmente: vigilanza e tutela del minore; prevenzione primaria (politiche di sostegno del processo evolutivo e di aiuto al superamento di condizioni di disagio); funzioni assistenziali.

All'interno del Servizio, nell'area minori, lavorano sette assistenti sociali, un coordinatore, due psicologhe (di cui una in comando dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile).

Quotidianamente il Servizio intrattiene rapporti con gli altri enti del territorio: Ser.T., C.S.M., N.P.I.E.E., lavorando in un'ottica di integrazione per garantire la tutela dei minori a rischio o in situazione di bisogno.

Al fine di valorizzare la collaborazione fra il Servizio Sociale Associato ed il Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva è stato stilato un protocollo nel marzo del 2009 (con validità fino al 31/12/2010), per estendere le opportunità di sostegno alla domiciliarità a favore di minori disabili e delle loro famiglie residenti nel territorio del Distretto di Scandiano. In particolare attraverso l'erogazione di interventi educativi, quali attività integrative alle funzioni della famiglia e complementari alle funzioni riabilitative dei bambini stessi. Tali interventi dovranno essere predisposti tenendo conto del progetto

individualizzato, dei bisogni sanitari, sociali, educativi ed assistenziali evidenziati in accordo con la famiglia.

Per ogni minore disabile riconosciuto in situazione di handicap grave o gravissimo c'è una presa in carico integrata fra S.S.A. e Neuropsichiatria Infantile e la costituzione di equipe multidisciplinari, nelle quali sono coinvolti i referenti dell'area sociale e dell'area sanitaria con il compito di definire la programmazione degli specifici interventi.

Gli interventi attivati sono volti a facilitare l'integrazione sociale del disabile, a sostenere le autonomie, a garantire l'accesso ai normali luoghi di vita e di socializzazione, a sostenere la famiglia nei compiti di cura.

In particolare l'intervento educativo potrà essere orientato:

direttamente a favore del minore disabile per:

- aiuto nello studio e nei compiti scolasti, in collaborazione con i servizi educativi territoriali;
- inserimento in attività ludiche;
- inserimento in attività sportive;
- inserimento in attività extrascolastiche pomeridiane, in contesti educativi;
- verifica ed attivazione di competenze sociali ed autonomie personali;
- percorsi di sostegno per garantire la continuità scuola/domicilio dei percorsi educativi rivolti a minori gravissimi;

a favore della sua famiglia per:

- accudimento del bambino presso il domicilio a sostegno della famiglia;
- sollievo alla famiglia in alcuni momenti della giornata/settimana;
- orientamento ed accompagnamento nella rete dei servizi;
- aiuto nella gestione degli impegni quotidiani (fare la spesa, dedicarsi ad eventuali altri figli non disabili).

Ciò rappresenta soltanto una piccola parte del lavoro che il Servizio di Neuropsichiatria Infantile ed il Servizio Sociale Associato svolgono insieme.

Definire ruoli e competenze non significa segmentare il lavoro ma considerarlo come l'uno parte integrante dell'altro in un'ottica di lavoro basata sull'integrazione socio – sanitaria.

Azienda Sociale Sud – Est – zona sociale della Comunità Montana est (Parma)

L'*Azienda Pubblica alla Persona, Azienda Sociale Sud-Est* (A.S.P.) trae origine dalla trasformazione dell'I.P.A.B. Casa Protetta Val Parma.

L'A.S.P. è stata costituita con Provvedimento della Giunta Regionale n. 952 del 23/06/2008, organizza ed eroga servizi rivolti a minori e famiglie, adulti, disabili (gestiti, fino al 1990 fino a tale data, con funzioni delegate dall'Azienda U.S.L.) ed anziani.

L'area geografica dell'A.S.P. è composta di due zone:

1. una Pedemontana, precollinare, con un territorio meno esteso, ma a più alta densità di popolazione e con servizi più accessibili dai cittadini.
2. Una montana, con un territorio più esteso ma, a minore densità di popolazione e con servizi di conseguenza più faticosamente accessibili dai cittadini.

L'A.S.P. - su mandato della committenza (i Comuni) - vuole essere luogo di riferimento per tutto il territorio distrettuale e allo stesso tempo concorrere all'avvio di una trasformazione culturale che possa potenziare l'energia e la vitalità del territorio.

Sono soci dell'A.S.P. tutti e 13 i Comuni del Distretto:

§ gli 8 Comuni appartenenti alla Zona Montana (Caestano, Corniglio, Langhirano, Lesignano de' Bagni, Monchio delle Corti, Neviano degli Arduini, Palanzano, Tizzano Val Parma che sono committenti diretti per la gran parte dei servizi, in particolare quelli dei minori, famiglie, età evolutiva;

§ i 5 Comuni della zona Pedemontana (Collecchio, Felino, Sala Baganza, Traversetolo) hanno conferito solamente il settore degli Inserimenti Lavorativi, il Laboratorio Arti e Mestieri, l'attività di inserimento e monitoraggio in laboratori/centri semi-residenziali.

Obiettivo generale dell'A.S.P. è la tutela del benessere della persona attraverso interventi che tengano conto dei bisogni dell'individuo nel suo contesto familiare, sociale e ambientale. Inoltre, accoglie e interviene a favore di tutte le situazioni di disagio sociale presenti sul territorio cercando di promuovere l'autonomia delle persone, evitando la cronicizzazione di percorsi di tipo assistenzialistico.

L'A.S.P. ha una sede centralizzata presso la Casa Protetta a Langhirano e delle sedi territoriali presso ognuno dei Comuni Soci.

La struttura organizzativa dell'A.S.P. si caratterizza in aree e quella che interessa questo project-work è l'area minori e responsabilità familiari.

In tale area - ogni Comune che ha delegato le competenze sociali all'A.S.P. - ha a disposizione un'Assistente Sociale di riferimento, che è incaricata di svolgere l'accoglienza e la progettazione individualizzata sul caso, con l'attribuzione/destinazione e per il numero di ore definito nel progetto operativo (assistente sociale come responsabile di caso).

Al momento le assistenti sociali di riferimento sono due sul territorio degli otto comuni.

Nell'area Minori e Famiglie e dei relativi interventi l'integrazione sociosanitaria con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Età Evolutiva si realizza sulla base di un Protocollo Operativo stipulato tra A.USL e Azienda Sociale Sud-Est nel 2008, nel quale vengono indicate le funzioni e le attività in ambito socio-sanitario:

- collaborazione nelle istruttorie per le coppie adottive e nel post-adozione;
- collaborazione nelle istruttorie per la valutazione delle coppie affidatarie e nei percorsi di affidamento;
- collaborazione nei casi di minori in cui siano intervenute disposizioni dell'autorità giudiziaria (con richiesta di valutazione psicologica delle relazioni familiari e delle capacità genitoriali, nonché del minore e prognosi delle sue condizioni di rischio);
- interventi di appoggio scolastico con Educatori.

L'ambito operativo in cui si individuano e progettano, in modo integrato, gli interventi su nuclei familiari e su minori è l'Equipe Socio-Sanitaria costituita dal Direttore dell'A.S.P., dalle Assistenti Sociali del settore minori, dalla Coordinatrice degli Educatori e - per l'Unità Operativa di N.P.I. - dalla Responsabile, dalla Neuropsichiatria Infantile, dallo Psicologo, dalla Logopedista, con possibilità di variare la suddetta composizione, invitando altre figure professionali coinvolte nei processi di aiuto e sostegno (educatori, ecc.) Gli incontri hanno cadenza quindicinale.

La richiesta di collaborazione ad un progetto integrato avviene tramite la compilazione di un'apposita scheda da compilare a cura del Servizio Sociale per la Responsabile dell'U.O. di N.P.I. o viceversa la scheda sarà compilata dall'Operatore della N.P.I. al Direttore Azienda Sociale Sud-Est.

C'è un aspetto innovativo importante nell'Equipe Socio-sanitaria: una nuova prospettiva operativa, che comprende non solo il minore portatore di una patologia o disagio, ma anche il suo ambiente di vita, con tutte le implicazioni

in termini relazionali ed affettive e soprattutto la valutazione congiunta delle risorse familiari presenti e potenzialmente in grado di produrre cambiamenti.

La descrizione “sintetica” delle zone sociali di Langhirano (PR), Scandiano e Val d’Enza (RE) ha suggerito in noi operatori sentimenti di: preoccupazione, difesa, propositività, voglia di sperimentare e curiosità.

Questi sentimenti accompagnano quotidianamente il nostro lavoro di ricostruzione e confronto nelle diverse rappresentazioni del contesto di riferimento in cui si interviene (caratteristiche, risorse, soggetti,...).

Dall’analisi delle tre realtà territoriali si evidenziano delle importanti *diversità organizzative*, sintetizzate nello schema sotto riportato:

	<i>Val d’Enza</i>	<i>Scandiano</i>	<i>Langhirano</i>
<i>Composizione dell’equipe Servizio Famiglia Infanzia</i>	Responsabile Coordinatrice 7 aa.ss. 2 psicologhe (entrambe afferenti al Servizio di N.P.I.) n.b.: in taluni momenti è presente anche la Responsabile del S.S.I.	Coordinatrice 7 aa.ss. 2 psicologhe (di cui una dell’A.USL.) n.b.: al bisogno partecipano anche gli educatori dom.	Direttore 2 aa.ss educatore n.b.: una psicologa dell’A.USL. esclusivamente per istruttorie affidi/adozioni; n.b.: al bisogno partecipano anche gli educatori scolastici/dom.
<i>Frequenza delle equipe area minori</i>	Settimanale	Settimanale	Settimanale
<i>Composizione equipe N.P.I.</i>	In sottogruppi professionali, legati alle necessità del caso (es.: educatrici con np)	3 np 3 psicologi 4 fisioterapisti 1 educatrice 1 psicomotricista 3 logopedisti	Responsabile 1 np 1 psicologo 1 logopedista 1 educatore

	<i>Val d'Enza</i>	<i>Scandiano</i>	<i>Langhirano</i>
<i>Frequenza dell'equipe N.P.I.</i>	Ogni 2 mesi (per casistica più complessa anche una volta al mese)	Settimanale	Settimanale
<i>Attività effettuate in collaborazione Servizio Sociale e N.P.I.</i>	Osservazione della relazione genitori–figli e condivisione dei relativi orientamenti progettuali; monitoraggio dell'andamento scolastico del minore; progetti dom. per disabili e/o minori certificati.	Colloqui; visite domiciliari (per situazioni particolari); progetti dom. per disabili.	Progetti dom. per disabili; colloqui; istruttorie adozione.
<i>Esistenza di un protocollo operativo tra i due Servizi</i>	Protocollo sull'emergenza, per attivare l'intervento in un tempo limitato, rispetto al passaggio ordinario con il Cup	Educativa domiciliare	Tutte le attività effettuate in collaborazione

Le principali diversità organizzative nell'equipe del Servizio Famiglia, Infanzia sono legate alla presenza/assenza di talune figure professionali, ad es.: l'*educatore* - nella zona sociale di Langhirano - partecipa in modo stabile alle riunioni, a differenza delle zone sociali della Val d'Enza e di Scandiano; la *Responsabile* è presente solo nell'equipe della Val d'Enza.

E' pertanto utile porsi l'interrogativo su quanto sia strategico "massimizzare" i tempi burocratici per la presa di una decisionalità condivisa, alla presenza di tutti i livelli interessati e garanti della medesima progettualità.

Ne consegue l'esigenza di esplicitare un interrogativo: in Val d'Enza vi è un tempo di risposta ai bisogni "tempestivo" rispetto al tempo delle altre zone sociali? Oppure le figure dei coordinatori in Scandiano e Langhirano hanno un mansionario ed un conseguente potere decisionale paragonabile al ruolo di responsabile?

Di fatto comunque sono tutte equipe multiprofessionali, che permettono di avere un'analisi d'insieme sui temi trattati, arrivando a decisioni condivise e chiare.

E' altrettanto indicativo notare la frequenza delle equipe del Servizio Famiglia, Infanzia a cadenza settimanale in tutte le zone sociali coinvolte.

Questo elemento se preso in modo isolato solleva diverse riflessioni (come ad es.: la necessità di riunirsi in tempi ravvicinati ed in modo multiprofessionale, in considerazione della particolare delicatezza della tipologia di utenza che si accoglie e si ha in carico), ma se connesso alla frequenza delle equipe nel Servizio di N.P.I. sollecita altri interrogativi (come ad es.: da quale esigenza/presupposto si parte per trattare taluni temi rispetto ad altri in un contesto allargato? E di conseguenza decidere il tempo di trattazione?, che nella realtà territoriale della Val d'Enza è molto dilazionato – una volta ogni uno o due mesi).

Le principali diversità organizzative nell'equipe del Servizio di N.P.I. sono anch'esse connesse alla presenza/assenza di alcune figure professionali – nella Val d'Enza l'adesione di tutti gli operatori sanitari o solo di alcuni è valutata in base alle necessità del Servizio/caso – a differenza delle altre zone sociali dove vi è sempre una dimensione multiprofessionale costante e periodica.

Emerge in modo nitido che non vi è un momento strutturato di incontro/confronto tra i due Servizi, pertanto è utile porsi il quesito su come avvengono i passaggi di informazione, per le situazioni in cui si collabora?

Si avverte come esigenza "migliorativa" il prevedere la partecipazione alle equipe dell'uno o dell'altro Servizio di una o più professionalità? (es.: l'assistente sociale che entra nell'equipe del Servizio di N.P.I., oppure la neuropsichiatria infantile e/o la psicologa che entra nell'equipe del Servizio Famiglia, Infanzia?)

A livello teorico i presupposti organizzativi e strutturali sono ottimi, ma nella realtà operativa quotidiana permane l'impressione che la comunicazione, tra i due Servizi, non sia fluente e dinamica.

Si parla delle situazioni, ma manca una visione condivisa delle stesse.

In pratica gli interventi procedono su piani paralleli, che ogni tanto si incrociano, ma tendono nuovamente a tornare paralleli.

Non si tratta di attribuire responsabilità o colpe, ma piuttosto capire “*cosa funziona*”, come punto di partenza, per capire cosa, “*va bene...non va bene...e manca*”.

Da questo presupposto la scelta - nel project work - di proporre un questionario da somministrare ai colleghi dei due Servizi con l'obbiettivo “alto” di riuscire a *percepire le situazioni come “le sente l'altro”*.

Il compito non è facile, ma non deve essere perfetto dall'inizio, è un percorso lungo e complesso e soprattutto, di confronto e co – costruzione.

Individuazione dei fattori favorenti e dei fattori ostacolanti relativi all'implementazione delle azioni di cambiamento proposte.

Fattori favorenti:

- presenza stabile della figura psicologica all'interno dell'equipe Servizio Famiglia – Infanzia (allo stato attuale nel Servizio dell'Azienda Sociale Sud – Est non è prevista tale figura), con *“la possibilità che possa assolvere – in futuro – un ruolo di “facilitatore” tra sociale e sanitario?”*;
- esistenza di protocolli di collaborazione tra Sociale e N.P.I. più o meno specifici (dal confronto dalle diverse realtà territoriali è emerso che dell'Azienda Sociale Sud – Est ha un protocollo “complessivo”, a differenza delle altre due zone sociali dove tali accordi riguardano solo specifiche tematiche);
- presenza del nucleo operativo di valutazione (N.O.V.), presso l'Azienda Sociale Sud – Est, composto dagli operatori dell'equipe sociale ed i colleghi dell'equipe di N.P.I., che si riunisce con cadenza quindicinale, per un confronto sulle situazioni in carico ad entrambi i Servizi (tale modalità operativa non è presente nelle altre due zone sociali, dove ogni singolo operatore sociale – all'occorrenza – si incontra con il singolo specialista).

Fattori ostacolanti:

- elevato carico di lavoro di entrambi i Servizi coinvolti – sia sul piano operativo, sia sul piano psicologico – che sempre più spesso porta alla mera gestione dell'emergenza;
- conoscenza parziale della “filosofia” e dell'operatività di entrambi i Servizi coinvolti;
- mancanza di un linguaggio comune;
- discrezionalità lavorativa – intesa come l'esistenza di collaborazioni legate alla disponibilità “personale” e non ad un presupposto teorico/organizzativo;
- formazione e supervisione separate.

Individuazione delle possibili azioni di miglioramento/cambiamento.

- Creazione e/o potenziamento di formazione – supervisione condivisa tra sociale e sanitario (a tal proposito si precisa che nell’ Azienda Sociale Sud – Est esiste un piano formativo connesso alla materia dell’adozione, che prevede anche la partecipazione ad un tavolo di coordinamento provinciale);
- creazione e/o potenziamento di una equipe stabile ed integrata, in cui operatori sociali e sanitari si incontrano in modo sistematico e non “casuale”, per discutere e confrontarsi sui casi, ma anche come possibilità di “consulenza reciproca”;
- iniziale/preliminare stesura e confronto dei verbali scritti da un operatore sociale ed un operatore sanitario, nell’intento di mettere a confronto cosa viene percepito per le singole situazioni dalle due professionalità, al fine di co – costruire un linguaggio comune.

Analisi dei costi e dei benefici.

<i>Costi</i>	<i>Benefici</i>
Tempo di lavoro impiegato nella realizzazione del p.w. (es.: spostamenti delle aa.ss.; presentazione nelle diverse equipe; stesura materiale; ...).	Incontro e strutturazione del gruppo delle aa.ss. che hanno collaborato nella stesura del p.w., che ha determinato una maggiore conoscenza delle organizzazioni delle diverse zone sociali di appartenenza.
Maggior carico di lavoro (in quanto il p.w. si inserisce nella routine di lavoro quotidiano).	Creazione di un nuovo gruppo di lavoro: dove sono coinvolti sia gli operatori dell’equipe famiglia – infanzia, sia i colleghi dell’equipe specialistica.
	L’avvio della co – costruzione di una migliore conoscenza reciproca e di un linguaggio comune.
<i>L’investimento professionale ed emotivo</i>	

Pianificazione delle azioni.

- *presentazione del project work all'interno delle equipe dei tre Servizi Sociali*: le operatrici che hanno ideato il project work – insieme – illustreranno i suoi contenuti e gli obiettivi all'interno di ogni singola equipe;
- *presentazione del project work all'interno delle equipe dei tre Servizi di Neuropsichiatria Infantile*: in accordo con i Responsabili dei Servizi di N.P.I. le operatrici del project work illustreranno i suoi contenuti e gli obiettivi all'interno di ogni singola equipe del Servizio specialistico;
- *somministrazione del questionario*;
- *lettura, registrazione, elaborazione dei dati raccolti ed analisi dei risultati*;
- *individuazione degli obiettivi di sviluppo comuni*;
- *sviluppo del project work*.

Tempi di realizzazione.

Si ipotizza un tempo utile per la realizzazione dello sviluppo del project work da otto a dodici mesi.

Questionario

La relazione tra le diverse professionalità presenti nell'area sociale "famiglia, infanzia" e l'area specialistica di "Neuropsichiatria Infantile"

Neuropsichiatria Infantile

- q Scandiano (RE)
- q Val d'Enza (RE)
- q Langhirano (PR)

Servizio Sociale

- q Scandiano (RE)
- q Val d'Enza (RE)
- q Langhirano (PR)

Il suo contributo, le sue opinioni e le sue impressioni personali saranno utilissime.

Esprima il suo giudizio con una crocetta relativamente al seguente aspetto:

1. In base alla sua esperienza come definirebbe il livello di integrazione fra i Servizi Sociali del territorio di appartenenza ed il servizio di N.P.I?

Giudizio	1	2	3	4	5
	per nulla soddisfacente	poco soddisfacente	abbastanza soddisfacente	molto soddisfacente	ottimo

2. Come e cosa potrebbe cambiare? (possibili più risposte)

- q Creare e/o aumentare gli incontri programmati tra i due servizi.
- q Utilizzare una scheda comune ai due servizi che sinteticamente contenga tutti gli interventi attivati sul singolo caso.
- q Individuare momenti e occasioni di formazione e aggiornamento comuni.
- q Supervisione esterna congiunta sui casi particolarmente problematici.
- q Altro : _____

3. Indichi con una crocetta come valuta gli interventi del Servizio Sociale?

Giudizio	1 per nulla soddisfacente	2 poco soddisfacente	3 abbastanza soddisfacente	4 molto soddisfacente	5 ottimo
-----------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------

4. Indichi con una crocetta come valuta gli interventi del Servizio di Neuropsichiatria Infantile?

Giudizio	1 per nulla soddisfacente	2 poco soddisfacente	3 abbastanza soddisfacente	4 molto soddisfacente	5 ottimo
-----------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------

5. Come valuta la collaborazione operativa tra i due servizi?

Giudizio	1 per nulla soddisfacente	2 poco soddisfacente	3 abbastanza soddisfacente	4 molto soddisfacente	5 ottimo
-----------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------------	-------------

6. A suo parere cosa potrebbe migliorare tale collaborazione?

- Maggiori occasioni di confronto in aggiornamenti congiunti.
- Scambio sulle modalità e tecniche operative (colloquio, visita domiciliare).
- Supervisione esterna separata.
- Supervisione esterna congiunta.
- Individuazione ed utilizzo di una nuova modulistica comune.
- Altro : _____

Osservazioni e consigli: _____

Grazie per la collaborazione.

Bibliografia.

Legge quadro n. 328/2000

Legge Regionale n° 2 del 12 marzo 2003 Emilia – Romagna

Legge Regionale Regione Valle d'Aosta - L.R. 5/2000

Decreto Legislativo n° 229 del 1999

Piano Sanitario Nazionale 285 del 1997

Piano socio – sanitario 2002/2004 Regione Valle d’Aosta

Piano sociale e sanitario regione Emilia - Romagna 2008-2010, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale 22 maggio 2008, n. 175

Formazione Servizio F.I.E.E. – dott.ssa Morlini

Convenzione dell’Unione Tresinaro Secchia – Servizio Sociale Associato – zona sociale di Scandiano (RE) con comuni di Viano e Baiso per la delega area minori, disabili e difensore civico

Provvedimento della Giunta Regionale n° 952 del 23.06.2008

Protocollo operativi:

- sull’emergenza tra Servizio F.I.E.E., Servizio N.P.I., Ser.T., C.S.M. in Val d’Enza;
- sull’educativa domiciliare tra Servizio Famiglia, Infanzia e Servizio N.P.I.E.E. in Scandiano;
- su tutte le attività effettuate in collaborazione tra A.S.P. e Servizio N.P.I.