



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Project Work

PERCORSO DI OMOGENEIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DELLE PRESE IN CARICO CONGIUNTE TRA SERVIZIO SOCIALE E CENTRO NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA NEI DISTRETTI DI LUGO FAENZA E RAVENNA

Autore

Raffaella Ballardini

Servizio Sociale e Socio-Sanitario



Corso di Alta Formazione "Il Lavoro sociale nel settore dell'infanzia e della famiglia:

verso nuovi saperi"

A.A. 2008/2009

Project Work

Indice

- pag. 3** Introduzione
- pag. 5** Capitolo 1 “Inquadramento del contesto di riferimento”
- pag. 7** Capitolo 2 “Inquadramento dell’argomento: analisi della situazione operativa di partenza”
- pag. 12** Capitolo 3 “Individuazione degli obiettivi di miglioramento e/o cambiamento”
- pag. 14** Capitolo 4 “Analisi di fattibilità”
- pag. 15** Capitolo 5 “Azioni di miglioramento individuate”
- pag. 25** Capitolo 6 “Individuazione dei fattori favorenti od ostacolanti relativi alle azioni di cambiamento proposte ed analisi costi/benefici”
- pag. 26** Capitolo 7 Pianificazione delle azioni per realizzare il progetto; criteri di valutazione e tempi di realizzazione”
- pag 27** Conclusioni
- pag. 28** Bibliografia

Introduzione

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria 2009/2011 individua alcune criticità sul fronte dei Servizi sociali e sanitari presenti nel territorio provinciale. Tra essi alcuni paiono particolarmente significativi:

- l'impreparazione dei servizi nell'affrontare bisogni nuovi e nell'approntare modelli nuovi di azione capaci di fronteggiarli, associata a scarsità di risorse professionali e di progettualità che spesso porta i servizi a riprodurre tipologie e strutture consuete e a muoversi con logiche di corto raggio o a lavorare sull'onda della cronica emergenza;
- la difficoltà a rompere lo schema 'bisogni/risposte' che ha creato grandi aspettative, difficilmente soddisfatte, e conseguenti frustrazioni sia nell'utenza che negli operatori; la difficoltà di non sapere fare leva sufficientemente sulle capacità e sulle risorse piuttosto che solo sui bisogni dei singoli, dei nuclei familiari, dei gruppi e delle comunità
- sistemi di accesso e presa in carico che non sono sufficientemente supportati da modelli, metodi e strumenti capaci di garantire il cittadino nelle sue esigenze di ascolto e sostegno, di accompagnarlo lungo i percorsi assistenziali definendo le responsabilità tra i professionisti delle varie organizzazioni coinvolte.
- la difficoltà di arrivare prima che malattia o malessere sociale possano compromettere la condizione di benessere e salute o le condizioni di fragilità; la difficoltà di 'lettura' e valutazione dei bisogni espressi e dell'individuazione degli interventi che caratterizza la società complessa attuale

A questo quadro possono essere aggiunte le valutazioni relative alla necessità stringente di fare i conti con le minori risorse economiche dei Comuni e degli enti gestori degli interventi sociali.

La consapevolezza di tali criticità, ormai diffusa sia nei livelli dirigenziali che tra gli stessi operatori dei Servizi, rappresenta probabilmente un'occasione da sapere sfruttare: il terreno potrebbe essere sufficientemente fertile per accogliere e sviluppare i necessari cambiamenti o le migliorie apportabili al sistema dei servizi stessi.

Nell'Azienda Usl di Ravenna negli ultimi anni si è evidenziata tra le altre criticità la mancanza di procedure operative unificate nell'attività socio-sanitaria rivolta ai minori dei 3 Distretti, e che si esprime sia nella disomogeneità delle pratiche di lavoro sia nei diversi livelli di collaborazione/integrazione fra Servizi Sociali e Sanitari (CNPIA).

Tale situazione contrasta con l'assunto che l'obiettivo di personalizzazione della risposta al bisogno (che può avere esigenze assistenziali differenziate e

che possono evolvere nel tempo secondo diversi livelli di intensità) si può raggiungere con un approccio integrato all'analisi del bisogno e, in particolare, con l'integrazione fra le diverse professionalità coinvolte nella valutazione e definizione del piano d'intervento, recuperando il senso del lavoro in équipe lungo tutto il percorso di cura e assistenza, che vede coinvolto lo stesso utente come attore partecipe di un percorso unitario e personalizzato.

Nasce anche da qui l'idea di istituire un Gruppo di Lavoro interprofessionale, costituito da referenti dei Servizi sociali e del Centro di NeuroPsichiatria Infanzia Adolescenza delle tre zone di Ravenna – Faenza – Lugo, con compiti di analisi/confronto sulle modalità di approccio-collaborazione-integrazione attuate per affrontare le situazioni caratterizzate da complessità o soggette a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile, laddove gli interventi si configurano come ad alta integrazione socio-sanitaria (interventi di tutela del minore con handicap e con malattie croniche, nuclei familiari deprivati-bambini con disagi evolutivi). Si focalizza l'attenzione in particolare sul tema dell'accesso e della presa in carico interservizi, sui percorsi seguiti per l'analisi dei casi e sulla definizione e gestione del progetto sul caso e delle responsabilità professionali, nonché sulle risorse esistenti in relazione ai bisogni e sulle modalità di interazione con l'Autorità Giudiziaria Minorile.

I benefici attesi da questo lavoro vengono così individuati:

- Maggior omogeneità nei 3 Distretti (vantaggio/giustizia per gli utenti e per gli operatori)
- Maggiore condivisione/identità-appartenenza degli operatori (attraverso il riconoscere/riconoscersi nella procedura)
- Maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse umane ed economiche
- Rispetto della tempistica nelle risposte alle richieste dell'Autorità Giudiziaria
- Rispetto dei tempi/bisogni dell'utente
- Rispetto dei tempi dell'organizzazione (maggior efficacia/efficienza)

Capitolo 1 “ Inquadramento del contesto di riferimento”

L’Azienda Usl di Ravenna risponde ad un bacino di popolazione che al 01/01/2008 comprendeva 379.467 abitanti ed è organizzata in 3 Distretti: Ravenna, Faenza e Lugo, ognuno dei quali ha una sua storia ed una sua diversa caratterizzazione relativamente alle forme gestionali della materia sociale.

A Ravenna il Distretto è composto dai Comuni di Ravenna, Cervia e Russi che corrispondono ad un bacino di utenza di 181.523 abitanti. Attualmente la gestione dei Servizi Sociali è affidata al ‘**Consorzio dei Servizio Sociali e Sanitari**’ che lega l’Azienda Usl e i 3 Comuni del Distretto; tuttavia tale forma gestionale sta per lasciare il campo ad una nuova formula che vedrà direttamente coinvolte le Aziende di Servizi alla Persona presenti nel Distretto

I Comuni del territorio del Distretto di Faenza (Faenza, Brisighella, Casola Val Senio, Solarolo, Castel Bolognese e Riolo Terme) a partire dell’1/1/2002 hanno invece scelto di dare vita ad una forma di **gestione associata dei servizi sociali**, ponendo le competenze in capo ad un ufficio comune individuato nel Comune di maggiori dimensioni, ossia Faenza.

Il Distretto di Lugo a sua volta è composto da 9 Comuni (Lugo, Alfonsine, Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Cotignola, Conselice, Fusignano, Massa Lombarda e Sant’Agata sul Santerno) che nel Gennaio 2008 hanno istituito l’**Unione dei Comuni della Bassa Romagna**, a cui dal 01/01/2009 è stata affidata la gestione dei Servizi Sociali e Sociosanitari

La disomogeneità delle forme gestionali dei Servizi Sociali nei 3 Distretti e la necessità di una loro stretta collaborazione con i Servizi sanitari della AUSL nelle prese in carico congiunte delle situazioni di minori ad alta complessità rende indispensabile un lavoro di chiarificazione, condivisione e qualificazione dei rapporti di collaborazione interservizi e interistituzioni così come sollecitato dalla normativa sia nazionale che regionale (L.328/2000 e LR 2/2003).

Tra l’altro, nelle analisi di verifica sulle gestioni dei diversi budget economici dei 3 Distretti svolti dalla Direzione dell’Azienda Ausl tra il 2007 e il 2008 sono emerse accentuate differenze. Per valutare i motivi di tali differenze vanno certamente tenute in considerazione le diverse storie dei territori per quanto attiene sia il finanziamento dei servizi che le caratteristiche dei singoli contesti in merito alle risorse esistenti e non direttamente finanziate dall’Ausl o dai Comuni (es. presenza di Istituti religiosi o culturali, Associazioni sociali sportive o culturali, Cooperative

sociali...) ma anche alla composizione sociale (es. aree di forte immigrazione, caratteristiche del mercato del lavoro e di quello immobiliare..). Oltre a questo però, tra le variabili da valutare ed approfondire rientra anche una riflessione sul fatto che, nella materia sociale/sanitaria relativa ai minori (o alle fasce deboli della popolazione) gli interventi di istituzionalizzazione degli utenti hanno un peso enorme nel consumo di risorse. Tali inserimenti avvengono spesso in situazioni di emergenza, ossia quelle situazioni che si impongono nel lavoro come priorità, non sono generalmente programmabili e richiedono risposte in tempi brevi, sia a causa della gravità delle singole situazioni (si pensi ad esempio ai casi di abuso o maltrattamento o ai provvedimenti di protezione dei minori rispondenti all'art. 403 CC) sia per il carico di ansia e preoccupazione che in genere essi provocano sia negli operatori che nelle istituzioni coinvolte (es. timore di ' finire sui giornali' o essere denunciati per inadempienza ..) sia per il riflesso che essi hanno nell' opinione pubblica (questione del ruolo e del riconoscimento pubblico del lavoro sociale). Recenti approfondimenti metodologici riportati nel corso del 2009 sulla rivista *'Animazione Sociale'* hanno evidenziato infatti che *'.. nell'emergenza è molto elevato il rischio di mettere in atto un fare più che un pensare..'* e che *'..nelle situazioni di emergenza spesso è fortemente compromessa la possibilità di lavorare insieme con altri, di creare connessioni-sinergie con altri colleghi per mettere in campo azioni congruenti con la situazione, in modo da utilizzare al meglio le risorse a disposizione.'*

Il quadro sopra esposto ci fa ribadire come sia necessario un continuo lavoro di analisi ed approfondimento del 'fare' quotidiano dei Servizi al fine di individuare metodologie, strategie e procedure di miglioramento che consentano una migliore qualità del lavoro per gli operatori, una maggiore sostenibilità degli interventi (cioè il migliore utilizzo delle risorse disponibili) ed un più adeguato servizio offerto alla cittadinanza. E' partendo da questa situazione iniziale che nasce, tra le altre, l'idea della necessità di conoscere e confrontare le modalità operative attuate nei Distretti Provinciali ed individuare punti di forza e debolezza, creando così le basi conoscitive ed esperienziali per promuovere il cambiamento

Capitolo 2 “Inquadramento dell’argomento: analisi della situazione operativa di partenza”

Nel Luglio 2008 su iniziativa del Dott. Quagnolo della Direzione dell’Azienda Usl viene istituito un Gruppo di lavoro interprofessionale composto da dott.sa Elena Attanasio, dott.sa Donata Cesti e dott.sa Valeria Savoia rispettivamente responsabili dei Centri Neuro Psichiatria Infanzia e Adolescenza di Faenza, Lugo e Ravenna, nonché dalle Assistenti Sociali Coordinatrici Carla Gaddoni, Rosanna Foscari e Giovanna Fracapane (rispettivamente della Area Minori e Famiglia dei Servizi Sociali di Faenza, Lugo e Ravenna), dalla Dott.sa Claudia Malagola (Responsabile del Servizio Minori del Consorzio di Ravenna) e dall’AS Raffaella Ballardini operatrice del Servizio Sociale Lugo.

Nell’incontro di istituzione del Gruppo interprofessionale vengono definiti

1. il mandato di lavoro: approfondire la tematica dei minori soggetti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria e/o casi caratterizzati da complessità, per iniziare un confronto sulle modalità di approccio/collaborazione/integrazione interprofessionale nelle tre zone.
2. gli aspetti da confrontare:
 - Come avviene l’accesso e la presa in carico interservizi
 - Percorsi seguiti per l’analisi dei casi e figure professionali coinvolte
 - Definizione e gestione del progetto sul caso
 - Risorse esistenti in relazione ai bisogni
 - Responsabilità professionali
 - Chi definisce l’allontanamento del minore e segue il progetto di inserimento in struttura residenziale
 - Modalità di interazione con l’Autorità Giudiziaria Minorile
3. Le linee di sviluppo del lavoro:
 - Analisi dell’esistente
 - Aspetti critici
 - Aspetti positivi
 - Ipotesi operative

Il Gruppo avvia perciò il suo lavoro con il primario obiettivo di analizzare l’operatività esistente, confrontarsi sul comune oggetto di lavoro e giungere a formalizzare forme di collaborazione e metodologie operative efficaci. Si delinea quindi la finalità di **lavorare ad un progetto di miglioramento delle prese in carico congiunte** delle situazioni di minori ad alta

complessità, elaborando un documento/procedura che permetta di omogeneizzare le modalità di presa in carico nei 3 Distretti.

In riferimento alla metodologia attualmente applicata nei 3 Distretti viene focalizzata l'attenzione su 3 specifici momenti del lavoro congiunto :

- 1- La **segnalazione** del bisogno di intervento sanitario
- 2- La **presa in carico** integrata –modalità di definizione e gestione del progetto sul caso

3 La **documentazione** inerente la situazione .

<i>RAVENNA</i>	<i>LUGO</i>	<i>FAENZA</i>
<p>1)Segnalazione: CNPIA e C.S.S. hanno previsto una precisa organizzazione interna (non formalizzata): _il responsabile CSS invia un modulo di “richiesta collaborazione”al responsabile CNPIA che la inoltra al gruppo, formato da due psicologi (Orsacchi del CNPIA e Denti del C.F.), designati a raccogliere le richieste; -questi provvedono a svolgere un incontro con l’A.S. che ha segnalato il “bisogno”di intervento sanitario. Tale organizzazione produce esiti positivi in quanto le richieste vengono filtrate e si interviene in modo piu’ adeguato rispetto al passato.</p> <p>2)Presa in carico: Dopo l’ individuazione dello psicologo o neuropsichiatra inf. referente della situazione, lo scambio di informazioni sulla situazione avviene fra l’a.s. e l’operatore sanitario individuato; in alcuni casi è presente anche l’as referente di area ma non è prassi formalizzata. -All’interno del Serv.Soc. esistono momenti di lavoro in cui le a.s si</p>	<p>1)Segnalazione Il Responsabile di Servizio sociale trasmette la richiesta di collaborazione al Responsabile del CNPIA del Distretto che provvede a designare l’operatore sanitario che svolgerà l’intervento e invia il modulo di “assegnazione” del caso all’operatore sanitario e al Servizio sociale (medesima prassi è condivisa con il Consultorio Familiare)</p> <p>2)Presa in carico: dopo l’assegnazione da parte del Responsabile del CNPIA e l’invio dello specifico modulo al Resp. Servizio sociale, l’assistente sociale referente prende contatti con lo psicologo o neuropsichiatra referente, per un primo scambio di informazioni sulla situazione L’attività integrata richiesta al CNPIA (dall’autorità giudiziaria e/o dall’assistente sociale che ha condiviso</p>	<p>1)Segnalazione Si è progressivamente avviata e radica prassi seguita a Lugo sia con il CNPIA con il Consultorio Familiare.</p> <p>2)Presa in carico: -la modalità descritta per Lugo è segu condivisa attualmente anche dai Servi Faenza</p>

<p>confrontano con il coordinatore; questo è il contesto in cui si valuta anche se coinvolgere operatori sanitari.</p> <p>-Non sono previsti Gruppi Tecnici interprofessionali allargati con la presenza del responsabile CNPIA; a volte agli incontri partecipa il coordinatore as</p> <p>- Quando richiesto dall'autorità giudiziaria l'operatore sanitario svolge una relazione scritta trasmessa al Consorzio Servizi Soc. non sempre a firma del Responsabile. CNPIA. del Distretto.</p> <p>-La funzione di referente del caso è assunta dall'as; si identifica una referenza medico-sanitaria nei casi di abuso-maltrattamento</p> <p>3) Documentazione</p> <p>Non è prassi che si trasmetta la documentazione sulla situazione al CNPIA né al momento della richiesta di attività integrata, né successivamente; quando avviene, è trasmessa la copia del Decreto del Tribunale (inoltre non c'è un ritorno al CNPIA di ciò che l'assistente sociale produce)</p>	<p>l'intervento anche con operatori di altri servizi sanitari eventualmente coinvolti e il coordinatore di area), può riguardare:</p> <p>- Osservazione psicologica del minore, Consulenza, Valutazione psicologica delle relazioni genitore/figlio</p> <p>Nel corso della valutazione sono opportuni e si svolgono, specialmente in presenza di riscontri significativi clinici e del contesto sociale, momenti di incontro e scambio di informazioni fra assistente sociale e psicologo;</p> <p>- Quando richiesto dall'autorità giudiziaria l'operatore sanitario svolge una relazione scritta trasmessa al Servizio soc. dal Responsabile CNPIA del Distretto.</p> <p>- E' prassi consolidata che, in base alla complessità del caso, l'assistente sociale e/o gli operatori sanitari eventualmente coinvolti, richiedano l'organizzazione di Gruppi Tecnici allargati che prevedono la presenza del coordinatore di area, del Responsabile CNPIA o di altre figure professionali coinvolte individuate necessarie.</p> <p>L'assistente sociale assume la funzione di referente del caso.</p> <p>3) Documentazione</p> <p>- il Serv.soc.allega alla richiesta di attività integrata eventuale provvedimento del Tribunale Minorenni; in presenza di una richiesta della Procura di istruttoria civile, alla voce "note" riportata sul modulo di richiesta, viene specificato l'inviante e l'oggetto.</p>	<p>3)Documentazione</p> <p>- il Serv. Sociale di Faenza segue medesima prassi di Lugo: allega richiesta di attività integrata eventuale provvedimento del Tribunale Minorenni; in presenza di una richiesta della Procura di istruttoria civile, alla voce "note" riportata sul modulo di richiesta, viene specificato l'inviante e l'oggetto.</p>
---	---	---

Le differenze che vengono evidenziate dal confronto tra le prassi adottate nei 3 Distretti sono le seguenti:

- lo **strumento cartaceo** utilizzato dai 3 Servizi Sociali per la segnalazione del bisogno di attività integrata al CNPIA (e Consultorio Familiare), è impostato in modo diverso e contiene informazioni non omogenee;
- nelle 3 zone l'UONPIA non ha una prassi omogenea per richiedere un **intervento di collaborazione** ai Servizi Sociali
- non è prassi consolidata nei tre Distretti che l'invio delle **relazioni** redatte da operatori sanitari dell'Unità Operativa NeuroPsichiatria Infanzia Adolescenza, siano trasmesse con lettera a firma del responsabile CNPIA di zona
- vi sono orientamenti diversi nei tre Distretti rispetto alla **ripartizione della spesa** sociale-sanitario sia nelle situazioni di collocamento in struttura di minori (es. ipotesi abuso-maltrattamento), che per gli interventi di semiresidenzialità/domiciliarità
- vi è diversa modalità operativa/organizzativa di **valutazione e presa in carico- integrata** di situazioni di problematicità a carico di minori, in specifico non esiste una formalizzazione dei percorsi
- non è prassi omogenea ai tre distretti che il CNPIA **invii per scritto** al Servizio Sociale il nominativo dell'operatore sanitario assegnato al caso né che sia definita una scadenza per la risposta.

Come evidente, tali diversità riguardano livelli di responsabilità e decisionali differenti: il gruppo di lavoro ritiene pertanto di focalizzare il proprio impegno su quelli di livello più operativo, verso i quali sia possibile proporre ipotesi di miglioramento, anche se non evita di sottolineare alcuni degli interventi di 'altro livello' che andrebbero perseguiti:

- l'entità e la complessità del lavoro che l'UONPIA è chiamato a svolgere con il Servizio sociale fa ipotizzare utile e funzionale un assetto organizzativo che preveda l'individuazione all'interno dei 3 CNPIA, di un operatore referente che svolga la funzione di supervisione-analisi-definizione dei progetti complessi;
- necessità di una stabilizzazione del personale in quanto il continuo turn over di personale (in particolare degli assistenti sociali) è un aspetto non facilitante le modalità comunicative/relazionali;
- verificare i 'carichi di lavoro' del personale sanitario (NPI e psicologi) in modo che sia garantita loro la effettiva possibilità di eseguire interventi di psicoterapia/colloqui con i minori e di psicoterapia familiare con continuità, così come di partecipare ai Gruppi Tecnici, ai tavoli di programmazione delle politiche sociosanitarie (Piani di zona, Piani per la salute e il benessere) e di

rendere meno difficoltosa/sporadica la loro partecipazione alle udienze con l'Autorità Giudiziaria:

-la carenza di strutture residenziali e semi-residenziali in ambito provinciale rende opportuno un approfondimento ed una analisi del problema ai tavoli per i Piani della salute e benessere,

- la responsabilità del progetto sul caso nelle varie fasi (valutativa/progettuale, definizione costi, verifiche ed eventuali riprogettazioni) deve trovare la condivisione interservizi (operatori e responsabili).

Questo materiale e le riflessioni collegate vengono consegnate al committente del lavoro in un incontro svoltosi il 19/02/2009 a cui erano invitati anche i Responsabili dei Servizi Sociali dei 3 Distretti ed il Responsabile Aziendale del UONPIA. Durante detto incontro viene rideterminato il mandato di lavoro del gruppo, che nei mesi successivi sarà quello di meglio definire e tradurre in proposte concrete le abbozzate ipotesi di miglioramento dell'operatività. Contestualmente vi è un impegno verbale delle Dirigenza ad affrontare i temi di sua più stretta competenza (es. omogeneizzazione dei criteri di ripartizione della spesa sociale/saniatria nelle 3 aree; organizzazione e stabilizzazione del personale..)

Capitolo 3 “ Individuazione degli obiettivi di miglioramento/cambiamento”

Il lavoro di analisi svolto dal Gruppo Interprofessionale permette di focalizzare come obiettivo di miglioramento quello di rendere l'operatività nei 3 Distretti più omogenea sia nelle procedure che nei contenuti, facendo diventare confrontabili tra loro le 3 realtà e sfruttando meglio le potenzialità di comunicazione/confronto/approfondimento che si sono evidenziate nella prima fase di analisi.

Tale obiettivo 'macro' può essere raggiunto attraverso ipotesi/azioni di miglioramento comuni e condivise tra i 3 Distretti:

- **Elaborare una unica modalità operativa (procedura)** per le tre zone partendo dal modello organizzativo sviluppato e già condiviso a Lugo e Faenza. In particolare si individua la opportunità di diffondere/valorizzare lo strumento del Gruppo Tecnico che si configura come momento operativo di riflessione congiunta e di elaborazione progettuale dove definire i diversi aspetti: chi fa – che cosa – tempi di lavoro – interventi/ trattamento del minore all'interno della sua famiglia d'origine o previsione di interventi di allontanamento/rientro nel nucleo. Il Gruppo Tecnico è costituito dagli operatori sociali e sanitari assegnati alla situazione ma può essere di volta in volta integrato da altre figure professionali (educatori, pediatri, insegnanti..), che possono dare un contributo specifico nelle fasi di analisi, valutazione, progettazione e verifica dei casi, così come può prevedere la presenza del coordinatore di Area o del responsabile CNPIA. All'interno del Gruppo Tecnico viene inoltre valutata la necessità del coinvolgimento diretto degli operatori sanitari agli incontri con l'Autorità Giudiziaria, in quanto esso rappresenta un intervento che fa parte del progetto sul caso. Lo stesso avviene anche per la valutazione di un collocamento in Comunità Residenziale

A fine seduta deve essere prodotto e sottoscritto un verbale.

- **Elaborare una modulistica/strumento cartaceo omogeneo** per le tre zone per le richieste di collaborazione tra i Servizi UONPIA e Sociale; ciò presuppone un lavoro preliminare di chiarificazione/coordinamento sulla terminologia comune (es cosa si intende per consulenza e cosa per attività integrata..) nonché una condivisione del percorso amministrativo (es. prevedere che le richieste portino la firma dei rispettivi responsabili).

Si ipotizza che già queste due azioni possano contribuire a **qualificare la fase della presa in carico integrata dei casi** ma che un ulteriore impulso al

miglioramento possa essere dato anche alle **fasi di valutazione del caso e di progettazione/gestione degli interventi** attraverso la individuazione di alcuni punti cardine su cui si impernia l'attività congiunta. In particolare si ritiene che il progetto sul caso debba essere elaborato-gestito-verificato congiuntamente dagli operatori sociali e sanitari coinvolti. Su ogni situazione devono essere definiti gli obiettivi da raggiungere, le funzioni e gli interventi che ciascun operatore deve svolgere, i tempi dell'intervento e di verifica del progetto. Deve altresì essere nominato un referente di progetto.

Le relazioni (anche cliniche) elaborate dagli operatori devono specificare ciò che si deduce dagli strumenti di valutazione adottati (test, colloqui, visite domiciliari.); in particolare le osservazioni/valutazioni sanitarie devono essere utili agli operatori per l'assunzione di decisioni all'interno dei Gruppi Tecnici così come lo devono essere per le valutazioni dell'Autorità Giudiziaria.

Nel caso di collocamento in struttura residenziale di un minore, la ricerca e l'individuazione della Comunità idonea deve svilupparsi in modo congiunto.

Capitolo 4 “Analisi di fattibilità”

Si è quindi giunti alla definizione di un progetto ambizioso e complesso di qualificazione degli interventi e di miglioramento della collaborazione e dell'integrazione tra i Servizi Sociale e CNPIA nei 3 Distretti la cui realizzazione si basa sostanzialmente su una risorsa: gli operatori. In particolare si tratta di :

- mettere in valore la capacità di analisi del proprio lavoro
- sviluppare le potenzialità di ricerca tecnica/metodologica interna ai Servizi
- consolidare il dialogo interservizi/interdistretti, dimostrando apertura verso ciò che di nuovo e diverso può emergere dal confronto e cogliendo le occasioni/opportunità di cambiamento
- curare la diffusione della filosofia comune di lavoro nonché la conoscenza dei criteri stessi di qualificazione dell'operatività, affinché essi si traducano in prassi quotidiane, continuative e omogenee nei diversi territori.

Presupposto indispensabile perché tale lavoro si realizzi è il riconoscimento da parte della Dirigenza del valore di questo tipo di impegno, sia per la motivazione/formazione stessa degli operatori, sia per il miglioramento/qualificazione dell'operatività dei Servizi. Tale riconoscimento si deve quindi tradurre in messa a disposizione degli operatori di uno spazio, un tempo ed un minimo supporto tecnico/amministrativo per la realizzazione dell'obiettivo.

Nello specifico di questo progetto, il Gruppo di Lavoro Interprofessionale attivato è nato per volontà stessa delle Direzione Ausl e dei Servizi Sociali, quindi ha avuto fin da subito il necessario riconoscimento. Nonostante ciò nello svilupparsi del progetto si sono evidenziate in modo significativo le difficoltà legate ai singoli carichi di lavoro e al dovere sottrarre tempo all'attività quotidiana da dedicare a questo progetto.

Capitolo 5 “ Azioni di miglioramento individuate”

Il lavoro del Gruppo Interprofessionale è perciò proseguito sviluppando il mandato di definire e tradurre in proposte concrete le ipotesi di miglioramento dell'operatività ed ha prodotto i seguenti documenti:

A- PROCEDURA CONDIVISA DEI RAPPORTI TRA I SERVIZI SOCIALI DELLA PROVINCIA E L'UONPIA DELL'AUSL DI RAVENNA

1- OGGETTO

La presente procedura definisce ruoli e competenze del Servizio Sociale e della UONPIA Aziendale in tutte le situazioni caratterizzate da complessità o soggette a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile, laddove gli interventi si configurano ad alta integrazione socio-sanitaria.

2- SCOPO

L'obiettivo di personalizzazione della risposta al bisogno, che può avere esigenze assistenziali differenziate e che possono evolvere nel tempo secondo diversi livelli di intensità, si può raggiungere con un approccio integrato all'analisi del bisogno e, in particolare, con l'integrazione fra le diverse professionalità coinvolte nella valutazione e definizione del piano d'intervento. La finalità della Procedura è definire percorsi assistenziali integrati e unificati fra i Servizi Sociali e i CNPIA distrettuali, nell'attività socio-sanitaria rivolta ai minori.

3- CAMPO DI APPLICAZIONE

La tipologia di problematiche affrontate con attività integrata socio sanitaria distrettuale, può essere così sintetizzata:

- minori in condizioni di rischio per inadeguatezza significativa delle relazioni familiari
- minori vittime di grave trascuratezza o maltrattamento fisico e/o psicologico e/o sessuale o abbandono
- minori contesi nelle separazioni in cui il disaccordo intrafamiliare tra adulti comporta rischio psicopatologico
- minori in affidamento familiare
- minori a rischio o in situazione di devianza
- minori disabili, con malattie croniche, disturbi psicopatologici, correlate a problematiche a carattere sociale

4-DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Nazionali:

- Ø DPCM del 28/04/2008 –LEA-

- Ø DPCM del 14/02/2001 –Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie-(superato dai LEA)
- Ø L. 328/2000 -Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali-

Regionali:

- Ø Direttiva regionale 17/07/1996 per l'identificazione degli interventi socio-assistenziali a carico del bilancio sociale e degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del fondo sanitario nazionale.
- Ø Direttiva n. 846 dell'11/06/2007, in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi.
- Ø Direttiva Regionale n. 1294 del 26/11/99 “Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori”.
- Ø Leggi Regionali n. 2/2003 e n. 14/2008

Aziendali:

- Ø Protocollo fra Consorzio Servizi Sociali, Servizi Sociali distrettuali di Lugo e Faenza e Servizi sanitari dell'AUSL per la gestione degli interventi in area minorile, con particolare riferimento agli interventi in presenza di provvedimenti del Tribunale per i Minorenni.
- Ø Linee Guida anno 2001 “maltrattamento e abuso nell'infanzia e adolescenza. Linee Guida dei Servizi territoriali”
- Ø Documento anno 2005 “donne tossicodipendenti e/o alcooldipendenti e figli”.

5- DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

a) Richiesta di intervento da parte dei Servizi Sociali alla UONPIA

Le situazioni di cui sopra, con età del bambino tra 0 e 17 anni, che necessitano dell'intervento dell'operatore sanitario, devono essere segnalate dal Servizio Sociale al CNPIA distrettuale, attraverso un modulo il più possibile omogeneo per le tre zone, a firma del Responsabile, contenente:

- dati anagrafici del minore e breve illustrazione della problematica;
- presenza di eventuale richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria, che deve essere allegata;
- specifica delle motivazioni e dei tempi entro i quali è necessario l'inoltro della relazione;
- tipo di intervento richiesto, es. Osservazione/Valutazione psicologica del minore, Valutazione relazione genitore/figlio;
- nominativo e recapito telefonico dell'operatore sociale di riferimento;
- eventuali altri Servizi socio-sanitari coinvolti nel caso;
- richiesta del nominativo dell'operatore sanitario individuato.

b) Richiesta di intervento da parte dell'UONPIA ai Servizi Sociali

La richiesta di intervento ai Servizi Sociali deve essere segnalata dall'UONPIA, attraverso un modulo il più possibile omogeneo per le tre zone, a firma del Responsabile del CNPIA di zona, contenente:

- dati anagrafici del minore e breve illustrazione della problematica;
- tipo di intervento richiesto
- specifica delle motivazioni e dei tempi entro i quali è necessario l'inoltro della relazione;
- nominativo e recapito telefonico dell'operatore sanitario di riferimento;
- eventuali altri Servizi socio-sanitari coinvolti nel caso;
- richiesta del nominativo dell'operatore sociale individuato.

I Responsabili dei Servizi Sociali e CNPIA distrettuali assegnano il caso allo specialista individuato e comunicano per iscritto il nominativo al Servizio segnalante e all'operatore stesso.

L'assistente sociale assegnata al caso, contatta l'operatore sanitario, psicologo o neuropsichiatra referente, per un primo scambio di informazioni e documentazione sulla situazione.

Medesimo percorso verrà seguito quando la richiesta è inoltrata dal CNPIA distrettuale.

DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI

a) Consulenza

Per entrambi i Servizi si definisce la possibilità di chiedere una Consulenza per la gestione del caso.

Tale intervento è considerato un momento di confronto/riflessione fra operatori dei due Servizi:

- non presuppone una richiesta "formale" da parte del Responsabile del Servizio,
- il contatto avviene direttamente fra gli operatori dei due o più Servizi;
- è declinata senza esprimere le generalità del minore e/o del nucleo familiare.

b) Osservazione/ valutazione

b1) Osservazione/valutazione del minore:

compiti specifici di natura sanitaria

- si prefigura come una valutazione clinica finalizzata alla formulazione di un profilo diagnostico del minore secondo l' ICD/10 per la quale si utilizzano anche strumenti testistici sia di livello/profilo di sviluppo/profilo psicologico che proiettivi, con annessa prognosi relativa alle condizioni di rischio.

b2) Osservazione/valutazione della relazione genitori/figlio:

compiti specifici di natura sanitaria

- presuppone l'osservazione diretta della relazione genitore/figlio, finalizzata alla valutazione degli elementi che la caratterizzano.

Si specifica che l'intervento di valutazione delle capacità genitoriali viene svolto dal Consultorio Familiare nelle tre zone.

Nel corso della fase di osservazione/valutazione sono opportuni, specialmente in presenza di riscontri significativi clinici e del contesto sociale, momenti di incontro e scambio di informazioni fra assistente sociale e operatore sanitario.

A conclusione del percorso di osservazione/valutazione, il Servizio che ha svolto l'intervento inoltra al Servizio richiedente un sintetico inquadramento diagnostico, qualora non si proceda per la relazione richiesta dall'Autorità Giudiziaria nel rispetto dei tempi stabiliti dall'Autorità Giudiziaria.

Tale documentazione trasmessa al Servizio richiedente, è accompagnata da lettera di trasmissione a firma del Responsabile del Servizio.

b3) Osservazione/valutazione delle relazioni familiari:

compiti specifici di natura sociale

- Conoscenza/valutazione del funzionamento sociale del nucleo familiare e del suo contesto, che si articola attraverso gli strumenti specifici della professione, quali: colloqui professionali con la famiglia nucleare e, al bisogno, col nucleo familiare allargato, visita domiciliare, interventi finalizzati all'analisi e valutazione del funzionamento sociale del nucleo.

- Approfondimenti sul contesto di vita socio-relazionale del minore.

Nel corso della fase di osservazione/valutazione sono opportuni, specialmente in presenza di riscontri significativi clinici e del contesto sociale, momenti di incontro e scambio di informazioni fra assistente sociale e operatore sanitario.

c) Presa in carico

In base ai dati valutativi clinici e sociali, e dal confronto fra l'operatore sanitario e sociale può essere prevista e condivisa:

- la presa in carico da parte di un Servizio;
- la presa in carico integrata
- la chiusura della cartella individuale;

Nell'eventualità di non condivisione fra gli operatori sociale/sanitario sulla complessità del caso e/o sulle modalità di intervento, tale criticità andrà segnalata ai Responsabili dei Servizi interessati per un approfondimento in gruppo allargato e la definizione del percorso più adeguato.

Presenza in carico integrata

La presa in carico integrata è assunta dal Gruppo tecnico che elabora il progetto sul caso.

- Il **Gruppo Tecnico** rappresenta la “modalità” di lavoro multiprofessionale di attivazione degli interventi;
 - è composto dalle diverse professionalità coinvolte nell’attività di presa in carico: Assistente Sociale e Psicologo e/o neuropsichiatra in relazione alla tipologia di interventi.
 - può essere di volta in volta integrato da professionisti anche di diversi Servizi (educatore, pediatra, psichiatra..) che possono dare un contributo specifico nelle fasi di analisi, valutazione, progettazione e verifica dei casi;
 - si configura come momento operativo di riflessione congiunta e di elaborazione progettuale dove si definiscono e condividono i diversi aspetti: chi fa – che cosa – tempi di lavoro rispetto agli interventi/trattamento del minore all’interno della sua famiglia d’origine o previsione di interventi di allontanamento/rientro nel nucleo;
 - su richiesta degli operatori socio-sanitari referenti e/o del coordinatore di Area o del responsabile CNPIA, è prevista la presenza di questi ultimi ai Gruppi Tecnici, oltre agli operatori che hanno in carico la situazione;
 - è prodotto e sottoscritto un verbale inerente gli incontri di Gruppo Tecnico;
 - deve prevedersi la nomina del “Responsabile del Caso” che può individuarsi nell’operatore sociale o sanitario.
- **Il progetto sul caso**
 - La responsabilità del progetto sul caso nelle fasi: valutativa/progettuale, definizione costi, verifiche ed eventuali riprogettazioni, deve trovare la condivisione interservizi: operatori e responsabili;
 - è elaborato-gestito-verificato congiuntamente dagli operatori sociali e sanitari coinvolti;
 - esplicita:
 - a) gli obiettivi da raggiungere;
 - b) le funzioni e le attività più opportune che ciascun operatore deve svolgere, finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita del minore in tutti gli ambiti (familiare, scolastico, sociale), onde favorire il suo mantenimento nel contesto di vita originario ed evitare l’allontanamento;

- c) i tempi dell'intervento e di verifica;
- d) il nominativo del Responsabile del Caso.

- **Intervento di Allontanamento** dal nucleo familiare di origine

Qualora gli operatori valutino necessario per il minore un allontanamento dal nucleo familiare, si fa riferimento al percorso operativo delineato dalla Direttiva n. 846 dell'11/06/2007, in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi.

Si specifica necessario:

1. Individuare in modo congiunto e condiviso la collocazione più idonea rispetto all'età ed alle problematiche del minore, es. quale tipologia di Affidamento o quale tipologia di Comunità Residenziale.
2. valutare in Gruppo tecnico la/le figure professionali più idonea alla "preparazione" del minore e della famiglia, all'intervento di allontanamento;
3. Individuare congiuntamente la struttura residenziale (a prescindere dall'eventuale ripartizione economica), attraverso una conoscenza diretta delle caratteristiche della struttura accogliente da parte degli operatori dei due Servizi;
4. elaborare, gestire, verificare in modo congiunto, il progetto individuale da condividere con gli operatori della Comunità e svolgere verifiche periodiche da parte degli operatori sanitario e sociale nella struttura che ha accolto il minore.

L'allontanamento del minore è in genere a cura del Servizio Sociale; il Gruppo Tecnico valuta, in base alla situazione, l'eventuale presenza di altre figure.

L'intervento di allontanamento può assumere il carattere di urgenza (es. art 403 C.C. "Intervento della pubblica autorità a favore di minori"); i casi di allontanamento in emergenza e quindi non programmabili, vanno riportati in Gruppo Tecnico per la definizione del progetto individuale.

6- PARAMETRI DI CONTROLLO

1. N° di richieste di attività integrata trasmesse dai tre Servizi Sociali ai tre CNPIA distrettuali;
2. N° di richieste di attività integrata trasmesse dai tre CNPIA ai tre Servizi Sociali distrettuali;
3. N° di relazioni sociali prodotte e trasmesse al CNPIA richiedente, inerenti la fase osservativa/valutativa (fase b della procedura);

4. N° di relazioni sanitarie prodotte e trasmesse al Servizio Sociale richiedente, inerenti la fase osservativa/valutativa (fase b della procedura);
5. N° di prese in carico integrate;
6. N° di Gruppi Tecnici effettuati.

7- STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

1. Modulo di richiesta di attività integrata (omogeneo per i Servizi Sociali e per i CNPIA dei tre Distretti, in fase di elaborazione)
2. Modulo di assegnazione operatore (omogeneo per i Servizi Sociali e per i CNPIA dei tre Distretti, in fase di elaborazione)
3. Schema di Progetto Individuale presa in carico integrata (omogeneo per i tre Distretti, in fase di elaborazione)
4. Verbali Gruppi Tecnici.

8- DISTRIBUZIONE

La presente Procedura si ritiene debba essere trasmessa:

- Al Responsabile Unità Operativa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- Ai Responsabili dei tre Servizi Sociali;
- Al Responsabile Aziendale dei Consultori Familiari;
- Al Responsabile DSM/Dipendenze Patologiche;
- Ai Responsabili dei tre Distretti Sanitari.

B-LA NUOVA MODULISTICA

La proposta del gruppo è quella di adottare una modulistica omogenea nei 3 Distretti per quanto riguarda sia la richiesta di intervento integrato che la risposta del servizio interpellato; naturalmente i contenuti saranno uniformi mentre ogni Servizio /unità operativa utilizzerà la propria carta intestata.

A titolo esemplificativo, si riportano di seguito i nuovi moduli da adottarsi nel Distretto di Lugo: il primo allegato mostra la richiesta di intervento sanitario che viene fatta dal Servizio Sociale ad uno dei Servizi Ausl (CNPIA o Consultorio Familiare) mentre il secondo è il documento di risposta con cui il CNPIA incarica uno dei suoi operatori dell'intervento richiesto.

Prot. n. _____ Lugo

AI Responsabile del Servizio
.....
.....

AI Responsabile dell'Unità Operativa
.....
.....

Ogg: Richiesta di Intervento sanitario
Area Famiglia Minori

In relazione alla richiesta pervenuta da
riguardante il/lan. il
residente a
e/o il nucleo familiare

Si ravvisa la necessità di una collaborazione in merito a:

- **Osservazione e Valutazione del minore**
- **Osservazione e Valutazione della relazione genitore/i – bambino**
- **Attività Integrata** (in assenza di richiesta del giudice, nei casi in cui l'operatore sociale valuta necessaria la collaborazione dell'operatore sanitario) **al fine di:**
.....
.....
- **Presa in Carico** (qualora il decreto preveda la continuità dell'intervento sanitario)
- **Valutazione Capacità Genitoriali**

- Si indica il **Tempo** entro il quale è necessario l'inoltro della relazione al Servizio Sociale
.....

- Si comunica che l'Assistente Sociale Responsabile del caso è:
.....Telefono:

Si allega relativa documentazione:

.....
.....

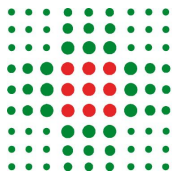
Note Informative (*elementi significativi da specificare se non è in atto un Provvedimento*): data e motivo della presa in carico da parte del Serv.Soc., eventuali problematiche personali e/o esistenti all'interno del nucleo, interventi in atto del Servizio Soc. e/o di altri Servizi)

.....
.....
.....

Si richiede il nominativo del/degli operatore/i individuato/i

Distinti saluti

La Responsabile
Servizio Sociale e Socio Sanitario
Carla Golfieri



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

**Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Centro di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza – CNPIA di Lugo**

Prot. n° :

Lugo,

Al Dott./Dott.ssa _____

Psicologo del CNPIA di Lugo

e.p.c. Al Responsabile del Servizio Sociale e Socio - Sanitario

Unione dei Comuni della Bassa Romagna - Lugo

Oggetto: **Richiesta di Osservazione Psicologica:**

minore _____

nato/a _____

residenza _____

In riferimento alla richiesta relativa al/alla minore in oggetto, inviata dal Responsabile del Servizio Sociale e Socio-Sanitario Unione dei Comuni della Bassa Romagna di Lugo su richiesta del _____

si comunica che

le viene affidato, con la presente, l'incarico dell'osservazione psicologica relativa al/alla minore in oggetto. Si allega, inoltre, la fotocopia della richiesta e della documentazione inviata dal Responsabile del Servizio Sociale e Socio - Sanitario Unione dei Comuni della Bassa Romagna di _____ di Lugo, Prot. n° _____.

La Responsabile CNPIA
del Distretto di Lugo
Dott.ssa Donata Cesti

Capitolo 6 “ Individuazione dei fattori favorenti od ostacolanti relativi alle azioni di cambiamento proposte ed analisi costi/benefici”

Come evitare ora che il lavoro e le proposte avanzate rimangano ‘lettera morta’ chiuse in un cassetto?

E’ questa la fase forse più delicata e difficile di tutto il lavoro: dopo avere cercato e trovato una comune filosofia di lavoro (intesa come insieme di prospettiva, concetti, linguaggio e procedure) interna al Gruppo, si tratta ora di spiegarla, condividerla e sperimentarla nei diversi Servizi. Se prendiamo come valido l’assunto che *‘il cambiamento non avviene per decisione ma per convinzione’* si tratta di un lavoro di confronto e relazione finalizzato a fare assumere le nuove proposte ed il cambiamento anche al resto degli operatori dei Servizi (nonché alla Dirigenza degli Enti/Istituzioni di riferimento).

Se questo obiettivo è sicuramente favorito dal fatto che già esiste una generale e positiva collaborazione tra gli operatori dei Servizi Sociale e CNPIA ed una generica motivazione degli operatori al lavoro integrato, dall’altro esso può essere ostacolato da fattori come la ‘naturale’ resistenza dei singoli ai ‘cambiamenti calati dall’alto’ sia che riguardino la modalità del lavoro che la modulistica, oppure dalla percezione che la formalizzazione di procedure ed indicazioni di qualificazione del lavoro possano appesantire ulteriormente la quotidianità operativa.

Un ulteriore fattore di possibile ostacolo è quello che riguarda la diversità e la varietà degli Enti di appartenenza degli operatori sociali e sanitari coinvolti: la partecipazione ad incontri di formazione comuni, così come il confronto quotidiano degli operatori sulle singole situazioni, possono essere resi più complicati anche dalla semplice collocazione logistica o da una diversa organizzazione oraria dell’attività. Risulta quindi indispensabile che la partecipazione prima ad incontri di conoscenza/formazione sulle nuove procedure e poi alle fasi di sperimentazione e valutazione dei risultati, vengano sostenuti dai Dirigenti dei servizi e che sia riconosciuto agli operatori il tempo/lavoro ad esso dedicato.

Quest’ultimo rappresenta sostanzialmente l’unico ‘costo aggiuntivo’ conseguente alla messa in opera delle proposte di miglioramento qui elaborate.

Capitolo 7 “Pianificazione delle azioni per realizzare il progetto; criteri di valutazione e tempi di realizzazione”

La prima parte del presente progetto, relativa all’analisi della metodologia di lavoro può considerarsi conclusa in quanto gli elaborati prodotti sono già stati presentati ai committenti e sostanzialmente validati dalla Dirigenza.

Per quanto riguarda invece l’elaborazione della nuova modulistica e della procedura condivisa tra i servizi, nelle pagine precedenti si sono presentate le proposte avanzate dal Gruppo di lavoro: esse devono ancora essere presentate alla Dirigenza e potrebbero anche necessitare di modifiche o aggiustamenti.

Per quanto riguarda i criteri di valutazione di questa parte del lavoro, si rimanda ai ‘Parametri di Controllo’ specificati all’interno della Procedura stessa (v. pag. 19).

Resta invece da sviluppare ulteriormente la parte relativa alla qualificazione delle diverse fasi di lavoro (valutazione integrata sul caso; progettazione e successiva gestione degli interventi): le indicazioni tecnico/metodologiche fornite devono necessariamente essere assunte dai singoli operatori e sperimentate per un periodo significativo che consenta poi l’elaborazione e raccolta di osservazioni rispetto alla loro efficacia ed utilità.

Relativamente alla tempistica riguardante la diffusione della conoscenza dei documenti tra gli operatori e la loro sperimentazione/applicazione, si ipotizza necessario un tempo di almeno 6 mesi in cui prevedere incontri dei referenti distrettuali del Gruppo Interprofessionale che ha elaborato i documenti con i rispettivi gruppi di operatori territoriali.

Successivamente vanno previsti ulteriori step (potrebbero essere trimestrali) di verifica non solo dei risultati della sperimentazione (necessari per approntare le osservazioni) ma anche della corretta applicazione degli strumenti e delle procedure da parte di eventuali nuovi operatori (fattispecie consueta a causa del turn over di personale).

Parimenti occorre non disperdere quanto di positivo in termini di operatività e di rapporti si è prodotto con l’istituzione del Gruppo Interdistrettuale: anche a questo livello vanno programmati incontri di verifica su appropriatezza ed efficacia dei progetti di miglioramento attivati, anche per garantire continuità ed evitare che i prossimi cambiamenti organizzativo/istituzionali o la sostituzione di alcuni degli operatori che hanno partecipato in modo fondamentale alla loro elaborazione possano far cadere l’attenzione sulla loro applicazione.

Sarebbe inoltre interessante prevedere un ulteriore lavoro di analisi e miglioramento della materia che riguarda gli interventi in situazioni di emergenza, della cui problematicità si è accennato precedentemente (pag.6).

Conclusioni

Il progetto elaborato vuole creare presupposti organizzativi/metodologici che consentano e promuovano l'integrazione tra Servizi e di conseguenza qualificano il lavoro sia esternamente (verso l'utenza) sia internamente (nei confronti degli operatori e dell'organizzazione lavorativa) andando così a raggiungere gli obiettivi di miglioramento individuati inizialmente.

L'adozione della procedura e della modulistica comune ai 3 Distretti consentirebbe di raggiungere sia l'obiettivo della maggiore confrontabilità del lavoro interdistrettuale sia quello della maggiore qualità dei servizi offerti alla cittadinanza/utenza (per tempistica, appropriatezza della risposta e dell'uso delle risorse).

Gli stessi elementi possono inoltre contribuire a creare una identificazione positiva nei gruppi di lavoro territoriali e distrettuali che facilitano la definizione e la tenuta nel tempo di quella che si è chiamata la *filosofia comune di lavoro*. Questo processo di identificazione appare importante anche per evitare che gli operatori si sentano soli davanti alle situazioni complesse (sapere di avere alle spalle un'organizzazione con delle procedure codificate e metodologicamente valide e di avere al fianco colleghi che condividono i medesimi obiettivi, linguaggio, modalità di lavoro). Il coinvolgimento in un gruppo di lavoro e formazione può inoltre favorire un atteggiamento non delegante, promuovere il sentirsi investiti di un ruolo propositivo anche nei confronti delle Istituzioni o delle organizzazioni lavorative nonché supportare le capacità tecniche e sostenere i singoli operatori

Affinché ciò sia realizzabile occorre però una specifica attenzione alla 'cura' del gruppo, intesa come cura da parte dei promotori/conduttori del lavoro delle relazioni interne sia nella fase 'formativa' che in quella, più lunga, di adozione e sperimentazione del protocollo.

Bibliografia

Riferimenti Legislativi

- Nazionali: DPCM del 28/04/2008 –LEA-; L. 328/2000 ‘Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali’-.
- Regionali: Direttiva n. 846 dell’11/06/2007, in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi; Direttiva Regionale n. 1294 del 26/11/99 “Linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori”; Legge n. 2/2003 ‘Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali’; Legge n. 14/2008

Protocollo fra Consorzio Servizi Sociali, Servizi Sociali distrettuali di Lugo e Faenza e Servizi sanitari dell’AUSL di Ravenna per la gestione degli interventi in area minorile, con particolare riferimento agli interventi in presenza di provvedimenti del Tribunale per i Minorenni.

Linee Guida Azienda USL di Ravenna anno 2001 “Maltrattamento e abuso nell’infanzia e adolescenza. Linee Guida dei Servizi territoriali”

Documento Azienda USL di Ravenna anno 2005 “donne tossicodipendenti e/o alcooldipendenti e figli”.

Atto di Indirizzo e Coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria di Ravenna triennio 2009/2011

Rivista ‘*Animazione Sociale*’ inserto ‘ Come affrontare le situazioni di emergenza’, pagg. 27 – 69, Giugno – Luglio 2009