

Project Work

L'accordo di programma per l'inserimento dell'assistente sociale Comunale all'Azienda Policlinico di Modena.

L'esperienza della prevenzione, dell'accoglienza e tutela del minore e delle famiglie a rischio socio/educativo assistenziale tra Ospedale e territorio.

Percorsi di collaborazione e strutturazione di interventi atti a favorire l'incontro tra operatori appartenenti a Enti e professioni diverse, nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche

Autrice...Annamaria Dazzi.....

Servizio...Area Tutela minori Comune di
Modena.....



Corso di Alta Formazione "Il Lavoro sociale nei contesti della complessità:
gli assistenti sociali verso nuovi saperi" A.A. 2007/2008

Project Work

Introduzione	3
Inquadramento del contesto di riferimento	4
Comune di Modena- settore servizi sociali.....	6
Inquadramento dell'argomento : stato dell'arte rispetto all'obiettivo di miglioramento/cambiamento proposto	8
Individuazione degli obiettivi di miglioramento/cambiamento.....	11
Analisi di fattibilità	15
Individuazione delle possibili azioni di miglioramento/cambiamento	18
Individuazione dei fattori favorenti e dei fattori ostacolanti relativi all'implementazione delle azioni di cambiamento proposte.....	21
Fattori Favorenti.....	21
Fattori Ostacolanti.....	22
Analisi Costo/beneficio.....	24
Vantaggi.....	24
Svantaggi.....	26
Pianificazione delle azioni per realizzare il progetto compreso le modalità e i criteri di valutazione	27
Tempi di realizzazione.....	29
Conclusioni.....	30

Introduzione

Ad ottobre 2007 venni a conoscenza del pensionamento, che sarebbe avvenuto a febbraio 2008, della collega che svolgeva le funzioni di Assistente Sociale all'Azienda Policlinico di Modena nell'ambito della tutela minorile. Già da tempo avevo desiderio e interesse ad ampliare la mia esperienza professionale, che svolgo da tredici anni all'interno dell'area tutela minori del territorio e ne avevo messo al corrente sia la Responsabile d'Area minori-infanzia dott. ssa Bondioli, che il Capo Servizio, dott. ssa Guerra.

Avevo però anche chiaro che non volevo rinunciare ad essere dipendente del Comune di Modena, Ente che mi ha permesso in questi anni di crescere, come persona e come operatore, attraverso opportunità formative e di approfondimento a supporto della preparazione universitaria di base. La collega A.S. del Policlinico era invece dipendente dell'Azienda Policlinico, e si ventilava la prospettiva di un concorso pubblico per ricoprire quell'incarico piuttosto che una mobilità.

Seppi che vennero fatti anche altri colloqui con colleghi assistenti sociali che avevano messo a disposizione del progetto la loro esperienza, poi strutturato nell'Accordo di Programma, ma da aprile 2008 l'incarico è stato destinato a me su disposizione del Dirigente, dopo un periodo di transizione (marzo 2008) in cui ho effettuato compresenza con la mia sostituta in servizio territoriale e mi sono avvicinata al lavoro ospedaliero.

Da subito ho capito che mi sarei trovata a lavorare, attraverso la casistica, prioritariamente sulle relazioni, sulla comunicazione e la mediazione in un ambito come quello ospedaliero, dove il linguaggio è scientifico tanto da diventare ostico e finanche incomprensibile per i pazienti, i contatti mediati da ruoli definiti e distanze di sicurezza tra personale/utenza-pazienti, mentre le gerarchie sono fortemente radicate, strutturate e rigide. Nonostante tutto, il camice bianco che devo utilizzare per contratto, il cellulare di servizio a cui sono praticamente sempre reperibile, i mille impegni contemporanei inderogabili perché in ospedale tutto è urgente ed emergente, il lavoro è appassionante, la tensione è positiva, i colleghi sanitari che immaginavo prevenuti lo sono molto meno del prevedibile, e il clima è propositivo, atto a raggiungere:

1) L'obiettivo specifico a cui il progetto dovrebbe contribuire è razionalizzare e ottimizzare le risorse esistenti al fine di creare maggiore ma anche migliore relazione e collaborazione tra gli Operatori dei due Enti, al fine di realizzare benessere e qualità di vita nei percorsi di dimissione ospedaliera protetta e rientro territoriale assistito per l'area tutela minori.

2) L'obiettivo generale del progetto è “sviluppare e consolidare le attività di accompagnamento degli Utenti nella fase di ricovero e della dimissione, garantendo la continuità tra le attività proprie dell'ospedale nelle fasi acute della malattia e le attività proprie della rete dei servizi sociali e socio sanitari territoriali.” (accordo di programma Comune di Modena/Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena, giugno 2008).

Inquadramento del contesto di riferimento

Per comprendere il P.W. è opportuno una premessa istituzionale sulle gerarchie, gli organigrammi e le funzioni degli Enti referenti all'Accordo di Programma, strumento previsto dalla legge nazionale 142/90 con lo scopo di definire e attuare opere, interventi e programmi che richiedono l'azione integrata e coordinata di istituzioni pubbliche, con la determinazione delle azioni, dei tempi, delle modalità, dei finanziamenti necessari.

Gli Enti soggetti sono tra i due maggiori datori di lavoro della città di Modena perché Azienda Policlinico e Comune di Modena hanno più di 2000 dipendenti, e quindi un apparato organizzativo e gestionale mastodontico, relazioni politiche e sindacali complesse: insomma due pilastri dell'economia modenese che gestiscono migliaia di Euro, e quindi ad ogni decisione sottende una complessa e complicata rete di dirigenti, responsabili e funzionari.

L'Azienda Policlinico è un Ospedale Universitario in quanto sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Ha quindi la finalità di produrre ed erogare prestazioni sanitarie ed assistenziali sia di base che di alta complessità, nonché di favorire attività di ricerca e attiva partecipazione alle attività di formazione universitaria. Ha un bacino d'utenza che quindi non è soltanto cittadino e provinciale, ma anche extraregionale e partecipa a particolari progetti internazionali dedicati alla cura dell'infanzia. E' parte di quegli ospedali che in seguito al Dlgs n.517/93 (malgrado Ospedale Policlinico è stato istituito come struttura fin dagli anni '70) si sono costituiti in

Azienda, dotandosi di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile al fine di favorire l'efficace erogazione dei servizi in un regime di contenimento della spesa, rispetto a risorse date e non infinite. La gestione dell'Azienda portò, fin dal 1994, all'assunzione di un proprio Assistente Sociale (nelle altre strutture ospedaliere modenesi si è parlato di questa figura professionale solo dal 2006), dimostrando di avere attenzione ai bisogni psicologici e sociali delle persone assistite e sicuramente lungimiranza nella valutazione complessa della persona in stato di bisogno sanitario.

Sulla base di questa sensibilità da parte del Consiglio di Amministrazione, si è potuto individuare delle finalità simili con il Comune di Modena, che è l'Ente locale che per antonomasia, anche su disposizione legislativa n.142/90 Articolo 2 del comma 2, rappresenta e tutela la propria comunità di cittadini, ne cura gli interessi, ne promuove gli sviluppi, ne individua i bisogni e gestisce le risorse, provenienti anche da Regione e Stato.

L'Assistente Sociale, soggetto di questo P. W., è dipendente del Comune di Modena Area Tutela minori, ma fisicamente ha la propria sede di lavoro al Servizio Sociale Settore Formazione dell'Azienda Policlinico. L'ufficio è situato nel Padiglione dei Poliambulatori dell'Azienda Policlinico, che sono dislocati in una palazzina esterna ai reparti ospedalieri veri e propri. L'ufficio è condiviso con una Infermiera Capo Sala dipendente dell'Azienda e una collega Assistente Sociale dipendente del Comune di Modena, che si occupano di dimissioni protette adulti e anziani. La superficie totale della struttura ospedaliera, la più grande della città, è di 110.000 mq con un'area verde di 211.884 mq, quasi 800 posti letto, 8 dipartimenti integrati: per spostarsi all'interno della struttura, che assomiglia ad una piccola città, quando non si è pratici occorre avere una cartina (allegato A).

Per far comprendere al meglio la struttura dirigenziale a cui devo fare riferimento nell'ambito del mio lavoro quotidiano (quale dipendente del Comune di Modena in servizio presso l'Azienda Ospedale Policlinico) credo sia opportuno indicare il tipo di organizzazione della struttura Comune.

Il Comune di Modena, infatti, per ciò che riguarda le competenze del servizio sociale territoriale ha come Dirigente di servizio dr.ssa P. Guerra, che presiede alla gestione/individuazione delle risorse afferite a tale servizio suddiviso in

cinque Poli sociali che coincidono i primi quattro con le circoscrizioni politiche in cui è divisa la città, mentre il quinto Polo si occupa delle relazioni con il versante sanitario per ciò che riguarda l'aspetto delle dimissioni protette. Ogni Polo ha un Coordinatore responsabile che gestisce il personale (Assistenti sociali, operatori domiciliari, educatori minori, responsabili attività assistenziali, segreteria, amministrativo, ecc..). Oltre alla suddivisione territoriale esiste poi una dirigenza di area relativa all'età dell'utenza che non gestisce direttamente il personale (lo fanno i Poli) ma sovrintende alla gestione paritetica dei progetti sul territorio. Abbiamo quindi tre Coordinatori di area (minori, adulti, anziani) con cui gli operatori hanno regolari rapporti in merito alla progettualità (es. per recuperare posti in comunità, famiglie affidatarie...) e altri coordinatori dirigenti per tipologia di utenza (es. handicap, stranieri, attività promozionali...) a cui fare riferimento, ad esempio, in caso di minore - straniero. E' una strutturazione ampia che spero di sintetizzare negli schemi sottostanti:

Comune di Modena- settore servizi sociali

Direttore Generale

Giunta Comunale

Capo Settore dr. Casari

Assessore Servizi Sociali/Sanitari/Abitativi

Servizio abitativi

Servizio Residenziali (cp, cda, rsa, cs,...)

referenti aree

Capo Servizio Territoriale dott.sa Guerra

minori, adulti,anziani

Servizi Territoriali (polo1,2,3,4,5)

Coordinatori Poli

A.S., Ads, Educatori, AdB, Raa,

Ospedale Policlinico settore Psico-Sociale

Controllo di Gestione

Direzione generale-Amministrativa- Sanitaria (collegio di direzione)

Direzione medicina di presidio, infermieristica, servizi ospitalità, farmaceutica

Psico-sociale, igiene, epidemiologia e statistica, centro servizi ambulatoriali

Psicologi, A.S., Capo Sala, Infermieri, Amministrativi (dirigente dss.ssa. Vandelli)

Da un punto di vista operativo i dirigenti a cui io faccio quindi riferimento sono:

dr.ssa P. Guerra (capo servizio Comune di Modena), dott.ssa P. Vandelli (Dirigente Azienda Policlinico), quali Responsabili del progetto Accordo di programma; dott.ssa R. Bondioli (Responsabile area Comune di Modena) e dott.ssa F. Rossi (Coordinatore Polo n. 5) per attivare le risorse del Comune di Modena nonché Direzione Sanitaria del Policlinico per le risorse Policlinico.

Attualmente il mio tempo lavoro è quindi organizzato in questo modo:

n°36 ore settimanali distribuite secondo l'orario di servizio comunale su cinque giorni, dal lunedì al venerdì (tutte le mattine, con tre pomeriggi di rientro); il sabato mattina sono reperibile telefonicamente dalle 8.00 alle 13.00 sul cellulare di servizio che ho comunque in uso sempre. Di queste ore circa 8/10 alla settimana sono a disposizione del territorio per seguire la casistica che ho tuttavia mantenuto (alcuni "casi critici" che non è stato possibile, anche su indicazione del Dirigente, trasmettere alla collega che mi ha sostituita) nonché per svolgere le istruttorie di adozione ambito in cui mi piacerebbe continuare ad operare; circa 3 ore ogni due settimane vengono destinate alla partecipazione all'equipe del Polo 5 che si occupa dei casi adulti e anziani in quanto sono sempre io ad essere coinvolta degli eventuali casi di famiglie con minori che ci possono verificare anche negli altri ospedali cittadini (Estense, San Agostino e cliniche private e/o convenzionate); più rari in quanto i reparti per i minori sono all'Azienda Policlinico. Nel momento della mia assenza, è il Coordinatore di Polo 5 Dott.ssa F. Rossi ad occuparsi direttamente della casistica; nel momento di assenza della collega assistente sociale dell'azienda Policlinico che si occupa

dell'ambito adulti/anziani assieme a capo sala ospedale Policlinico, subentro, io con l'affiancamento di una collega in alcune giornate.

Inquadramento dell'argomento : stato dell'arte rispetto all'obiettivo di miglioramento/cambiamento proposto

L'Azienda Ospedale Policlinico ha istituito all'interno dell'ospedale il Servizio Sociale nel 1994, con l'assunzione di un'assistente sociale attraverso una mobilità, collega che proveniva da una analoga esperienza ospedaliera presso una Ausl in Puglia . L'obiettivo era quello di favorire la dimissione protetta di pazienti anziani/adulti autosufficienti e non autosufficienti in base alla normativa nazionale e regionale (Legge Regionale n. 5 del 1994), e rappresenta un'esperienza unica in città, dal momento che la figura professionale di Assistente Sociale in Ospedale fu rimossa, a Modena, nei primi anni '80.

Il lavoro a cui era preposta dell'Assistente Sociale si concretizzava sia in attività di informazione e orientamento del paziente/utente e dei famigliari sia in attività di segnalazione/invio alla rete dei servizi sanitari e sociali del territorio al fine di una presa in carico multi professionale, e aveva come focus prioritario l'area della persona anziana.

Dal 2000, vista la complessità e quantità delle situazioni rilevate, la Direzione Sanitaria del Policlinico affiancò alla Assistente Sociale una Infermiera Capo Sala part-time (n. 30 ore settimanali) per permettere all'operatore sociale di occuparsi prioritariamente delle emergenze-urgenze dell'area minori, che andavano via via aumentando con sempre più evidenti casi critici. Sono di quegli anni, infatti, alcuni casi di cronaca (abusi-maltrattamenti) a cui i mass-media diedero enorme valenza anche nazionale, contribuendo ad orientare l'Azienda verso questa scelta operativa.

La presenza dedicata all'area minori dell'Assistente Sociale all'Azienda Policlinico aveva creato sul territorio notevoli aspettative da parte delle colleghe, che ricordo anche personalmente lavorando io allora in quell'ambito, ma le differenti mandati dei due Enti non hanno favorito, al di là dei cordiali rapporti personali tra colleghi, una vera collaborazione.

Si rilevano soprattutto difficoltà in relazione al passaggio di informazioni tra ospedale e territorio, in quanto il modello di riferimento dell'ospedale è

autoreferenziale, concentrato addirittura reparto per reparto, e fortemente orientato al contenimento della spesa. D'altra parte il servizio sociale professionale comunale è fortemente orientato e ritiene valore aggiunto l'attenzione all'ascolto portato dal coinvolgimento della persona-malato, che valuti assieme a lui le possibili soluzioni mettendo al centro non la malattia/bisogno ma la persona. Si tratta di un processo e non di un singolo intervento, che ha creato distanza e mancanza di fiducia tra colleghi territoriali e ospedalieri in un'ottica di " non fa/fanno niente, non vuole/vogliono lavorare, scarica/scaricano tutto su ospedale/territorio". A questo si deve aggiungere che la temporaneità del ricovero ospedaliero permette di valutare solo parzialmente e solo quello che c'è disponibilità a trasmettere da parte del paziente/utente, in un ambiente che non è il setting naturale di vita. Tutto questo deve essere effettuato in tempi estremamente ridotti, con possibilità di grande fallacità; il bisogno/problema rilevato non è/era quasi mai riconosciuto come tale dalla persona coinvolta. Oltre a questo aspetto emerge/emergeva la necessità di far coniugare il lavoro di valutazione del disagio sociale, con la definizione di una ipotesi circostanziata di valutazione del bisogno sociale - relazionale, con le prestazioni sanitarie per le quali l'individuo si rivolge alla struttura sanitaria che spesso è in grado, in tempi brevi, di assolvere al proprio compito. La prima valutazione è un aspetto determinate nella presa in carico del caso in quanto orienta, inevitabilmente, tutto il lavoro di aiuto che sarà possibile realizzare con la famiglia, ed è quindi il nodo cruciale che realizza poi la eventualità di incidere sul passaggio territoriale.

Il lavoro dell'Assistente Sociale si concretizzava, precedentemente all'accordo di programma approvato in itinere in questi mesi, e su indicazione dei referenti dell'Azienda, nella segnalazione al territorio di situazioni che mettevano in relazione l'evento malattia/momento di difficoltà con bisogni di carattere economico (es. pagamento affitto , fatture di utenze...) o di carattere pratico (mancanza di parenti e di rete familiare atta a supportare il minore) o nei casi in cui fosse necessario attivare un "intervento di Pubblica autorità a favore dei minori" (art. 403 del Codice Civile ecc). Il collega assistente sociale era orientata, secondo il mandato aziendale, a fare valutazioni su aspetti e bisogni condivisi e accettati dall'utente come difficoltà, allo scopo di far giungere, comunque, all'attenzione del Servizio Sociale del territorio la situazione familiare, sotto la parvenza di un problema con una possibile soluzione di carattere economico. Tutto questo in forma "verbale", senza comunicazioni

scritte e in modo molto informale oppure facendo un invio indiretto (al servizio sociale di competenza territoriale).

Attività di prevenzione, di promozione della gestione delle proprie risorse, di chiarificazione sui percorsi individuali, di intercettazione di bisogni complessi e/o di indicatori di disagio e l'approfondimento delle risorse personali della famiglia, erano considerati dalla struttura ospedale come un prolungamento inutile dell'ospedalizzazione. In ospedale, infatti, il programma di cura ha un tempo definito, spesso già stabilito in fase iniziale. Parte da un momento di crisi e di acuzie, che focalizza l'aiuto della struttura di secondo livello, quale è l'ospedale, a risolvere la patologia, spesso indipendentemente dalle cause sottese.

Il limite temporale del Servizio Sociale in ospedale tende ad ottimizzare anch'esso questo processo, che intende la mancanza di salute come una fase, a cui seguirà nuovamente il benessere. Al servizio sociale viene richiesto di essere veloce, preciso, capace di diagnosticare dal punto di vista sociale, quanto la malattia incide sul disagio e viceversa, e individuare le situazione rischiosa – grave - pericolosa da quelle che possono essere dimissionate. In ospedale, sia dal punto di vista sanitario che sociale, si deve valutare un frammento di vita che però può essere fondamentale per il futuro (es. parto, nascita figlio malato, interruzione di gravidanza, rinuncia al figlio...) e soprattutto per il benessere prossimo di quella persona.

Dal territorio si è rilevato che “l'escamotage” dell'invio sotteso ad un vantaggio economico raramente dava all'utente/paziente i risultati da lui attesi, in quanto le valutazioni del territorio devono raccordarsi con le regole vigenti all'interno dell'Amministrazione Comunale per l'erogazione di sussidi, presidi e aiuti (che fanno riferimento a precise disposizioni e percorsi strutturati) e che garantiscono la cittadinanza nel suo complesso in termini di equità nella sussidiarietà. Risultava quindi che, in molte occasioni, “ le promesse” espresse dalla collega ospedaliera venissero disattese e, non solo, si perdesse il contatto con situazioni complesse perché il tanto auspicato rapporto con l'operatore era compromesso proprio per gli aspetti di bisogno educativo/relazionale realmente presenti.

Solo recentemente, dal 2002 circa, anche in relazione ad impulsi e indicazioni regionali, si è cercato di strutturare attraverso l'utilizzo della figura professionale dell'Assistente Sociale in forza al Policlinico percorsi relativi all'obbligo di segnalazione per le situazioni in cui si configura/configurava una "notizia di reato", senza però arrivare ad una modulistica o protocolli operativi e orientativi da sottoporre ai reparti.

L'elemento di novità e il valore aggiunto che sottende alla realizzazione dell'Accordo di Programma nella collaborazione tra Comune di Modena (attraverso l'inserimento dell'Assistente Sociale, proprio operatore) e Servizio Sociale Ospedaliero Policlinico è quindi il ruolo di collegamento e facilitazione che l'Operatore ha nei confronti dei propri colleghi (linguaggio comune, conoscenza dei percorsi territoriali, gestione delle risorse comunali...) e viceversa nei confronti dei reparti ospedalieri individuati per la collaborazione nel Servizio Tutela Minori (neonatologia, ostetricia, ginecologia, pediatria, oncologia pediatrica, settore nido, malattie infettive, diagnosi e cura, reparto ospedaliero penitenziario), al fine di creare una zona di monitoraggio sociale che in un Ospedale come quello in oggetto, ha potenzialità enormi sia in entrata che nell'uscita delle informazioni. Per facilitazione intendo l'attività professionale atta non soltanto a produrre l'interazione positiva tra il nucleo familiare l'ambiente ospedaliero e le risorse che si possono mettere in campo, ma anche la promozione di atteggiamenti, comportamenti, azioni che producano il cambiamento, anche attraverso opportuni esami di realtà.

Individuazione degli obiettivi di miglioramento/cambiamento

In questi primi mesi di attività, ho riscontrato metodologie e approcci all'utenza assai differenti dal lavoro sul caso che ho sperimentato nell'attività sociale di territorio. L'accesso al Servizio Sociale ospedaliero avviene sempre su segnalazione (dai reparti in primis, più raramente dalla Direzione Sanitaria) e mai in forma diretta, e solo molto più raramente dal servizio sociale di base.

L'attività in Ospedale ha sempre il carattere di "urgenza", di "emergenza", di "criticità": compito dell'Assistente Sociale Ospedaliero è effettuare una prima valutazione sulla segnalazione stessa: devo discernere tra ciò che è urgente dal punto di vista sociale e ciò che invece rappresenta la "quotidianità" di competenza del servizio. Spesso i reparti segnalano per motivi "interni": hanno una difficoltà a comunicare-farsi capire all'utente/paziente oppure perché la

famiglia è rivendicativa - aggressiva, piuttosto che per disagio, nell'ambito minorile, educativo. La prima difficoltà è stata quella di impostare metodologicamente l'incontro di elementi valutativi sociali con quelli sanitari, lavorando sugli indicatori necessari a dimensionare i problemi. Non esistono e non vi sono mai stati in uso schede, schemi, sistemi di rilevazione e/o registrazione socio-relazionali; le strumentazioni che rilevano i bisogni di tipo sanitario sono spesso inutilizzabili per le valutazioni comparate in quanto estremamente tecniche e volte soprattutto a ricognizioni statistiche; manca poi l'apporto del settore di psicologia, che si occupa prioritariamente del supporto psicologico ai pazienti (non casi sociali) e non collabora, con il servizio sociale; uno degli obiettivi del mio lavoro è quello di individuare indicatori e condividere percorsi atti a facilitare la segnalazione delle emergenze differenziando in questo modo la gestione del quotidiano.

La metodologia di lavoro del servizio sociale professionale, a cui come A.S. ritengo di dover fare riferimento, lavora per progetti, anche se di breve durata, mentre ho rilevato che nei reparti ospedalieri si tende a trattare prioritariamente il singolo problema sanitario per cui l'utente è stato ricoverato, e questo porta a considerare la persona nella sua complessità un "problema" di difficile lettura, comprensione e gestione. Obiettivo di miglioramento e di necessario cambiamento, per altro condiviso anche dalla Dirigenza, sarà quello di proporre una visione olistica della persona, quindi intesa non solo come "ammalato" o utente, ma appunto come cittadino.

Ho rilevato inoltre una distanza che può trasformarsi in mancanza di fiducia, sia progettuale che reale, tra le figure professionali sanitarie e sociali di base, e gli ambiti amministrativi/burocratici e le dirigenze quadro di entrambi gli enti che pure è necessario siano presenti e coinvolte nel percorso progettuale. La distanza è determinata dalla "non conoscenza", dalla "mancata frequentazione" delle professioni, dalla mancanza di un "linguaggio comune". Obiettivo di miglioramento sarà cercare di costruire occasioni di confronto specifiche e per ciò che mi riguarda proporre strumenti che permettano una maggiore serenità lavorativa e diano origine ad condivisione e assunzioni di responsabilità, mentre ora sia dall'ospedale che dal territorio si lamenta un vuoto nel momento in cui si devono proporre interventi forti (es. segnalazione alla magistratura di maltrattamenti, abusi, sfruttamenti sessuali, incuria, trascuratezza, incapacità educativa, conflittualità forte). Questo nell'ottica del lavorare per progetti

inteso come atto “ che deve offrire la capacità di produrre e integrare i “saperi” poiché presuppone operare con altre persone, con altre professionalità, crea rapporti con soggetti diversi, all’interno e all’esterno del proprio ente, e infine riconosce il sapere del destinatario del progetto stesso “ (da “Il progetto” di Lia Sanicola e Giuseppe Trevisi, ed Liguori).

In questi primi mesi di lavoro ho rilevato una diffusa esigenza di cambiamento, sia all’interno della struttura ospedaliera nei confronti del servizio sociale di base che viceversa: la complessità sociale che si riscontra a Modena (tensioni culturali, rivendicazioni sociali, aumentata percezione di degrado, insicurezza, povertà...) rileva una profonda crisi dei modelli di riferimento esistenti, che rendono difficile il lavoro degli operatori di primo accesso, anche in relazione ad una riduzione delle risorse economiche che la Comunità può mettere in campo per il disagio sociale. E’ necessario sempre più integrare le risorse esistenti affinché i progetti diventino un scelta logica. Un obiettivo di possibile miglioramento che porterà cambiamenti è cercare di ridurre la distanza tra operatori sanitari ospedalieri e operatori sanitari ambulatoriali (es. consultorio, medico di medicina generale pediatrica, ecc..) che attualmente impedisce di intervenire a favore dei minori e delle famiglie in fase preventiva, che allontana è spesso invece fonte di rivalità e rivendicazioni che fanno perdere energie preziose. Il lavoro del servizio sociale, è in generale, orientato al cambiamento anche delle istituzioni di cui è parte e quindi l’ottica che l’operatore porterà nel contesto dell’Azienda sarà anche quello di cambiare idealmente posizione rispetto alle relazioni con interlocutori che possano dare un valore aggiunto alla sperimentazione di percorsi atti a favorire l’efficacia e l’efficienza delle gestione delle risorse.

Per anni, dal 1994 al 2007, l’assistente sociale dell’Azienda Policlinico ha lavorato in un regime di monoprofessionalità (unica A.S. in un ambito sanitario) in un ambiente orientato alla alta specializzazione, con vantaggi e svantaggi evidenti: mancanza di opportunità di confronto e di conoscenza degli ambiti di servizio sociale esterni all’ospedale stesso, acquisizione di grande autorevolezza personale nell’essere referente di un intero settore con conseguente necessità di dare la massima disponibilità oraria nella reperibilità, forte specializzazione su un solo ambito di lavoro (quello relativo all’abuso minorile e all’ambito degli esposti) senza però momenti di equipe strutturata con i reparti segnalanti . Credo che sia assolutamente necessario avere momenti

strutturati di equipe tra A.S. tutela minori Azienda e referenti capo sale/medici dei reparti con cui maggiormente si lavora, nonché con referenti del pronto soccorso. Allo stesso modo l'assistente sociale dell'Azienda potrà aiutare gli Operatori del Territorio sia facilitando il loro ingresso nei reparti e nelle equipe ospedaliere, sia nella acquisizione di informazioni indirette, ottimizzando il percorso con tempestività e fornendo elementi valutativi condivisi che siano di reale utilità ai colleghi, secondo le indicazioni di servizio. I rapporti poi con i soggetti privilegiati a tutela dei minori (forze dell'ordine, autorità giudiziaria minorile, Giudice Tutelare ecc.) potranno quindi contare su un percorso relazionato e riconoscibile. Questo ci permetterà di affrontare gli eventuali problemi e le emergenze in modo integrato e globale fin da subito, di facilitare i contatti e le consulenze, di produrre sinergie che in itinere possono diventare delle competenze professionali maggiormente allargate. Le tecniche di approccio del servizio sociale (attività di sostegno, chiarificazione, informazione, interpretazione, utilizzo e ricerca delle risorse disponibili, insegnamento e sviluppo di capacità individuali, incoraggiamento ...) possono essere di enorme aiuto al lavoro di equipe ospedaliero e territoriale in quanto possono delimitare il campo di intervento con sinteticità e precisione.

Occorrerà poi cercare di limitare la forte emotività che l'ambito della tutela minori scatena anche nei professionisti. Ogni volta che ci si trova a trattare di un bimbo esposto, di un sospetto abuso, di un supposto abbandono minorile, di una possibile vittima di pedofilia e/o prostituzione, si fatica a mantenere il segreto professionale e d'ufficio, e anche all'interno dei servizi e delle persone che sono a conoscenza degli eventi per ragioni di lavoro, i comportamenti tendono a diventare estremamente emotivi. Ho verificato nei casi già trattati che oltre allo scatenarsi di una gara di solidarietà spesso fine a se stessa (arrivano in reparto decine di vestitini per i bimbi esposti, offerte in denaro che non si possono accogliere...), viene a mancare la lucidità che deve essere alla base del nostro lavoro. Nei casi di sospetto abuso, infatti, i reparti “ dimenticano” di raccogliere quelle informazioni che sono indispensabili per circostanziare gli eventi, mentre nelle segnalazioni all'assistente sociale di un possibile disagio abitativo ci sono tutte le informazioni di base necessarie (n. di telefono dei genitori, dei nonni, date di nascita, indirizzi., nome del medico di base...).

Sarà opportuno curare inoltre l'immagine professionale dell'assistente sociale in ambito ospedaliero, donando maggiore visibilità all'esperienza, anche alla

luce dell'accordo di programma, e in considerazione dello raccordo istituzionale che questa professione svolge all'interno dell'ospedale, in termini di informazione e di consulenza dei colleghi sanitari. A questa promozione pubblica, a supporto degli sforzi effettuati dalle amministrazioni coinvolte, sono molto attenti gli Enti soggetti dell'accordo di programma.

Credo poi che sarà necessario, al fine del miglioramento indicato, dedicare la mia posizione professionale esclusivamente all'area della tutela minori: attualmente infatti mi trovo ad occuparmi, sporadicamente, del settore adulti e anziani che è un altro mondo, e questo toglie energie e competenze al mio lavoro prioritario e non risulta essere di aiuto alla struttura e al territorio.

Analisi di fattibilità

Da subito è stato evidente che entrambe le Amministrazioni coinvolte nel progetto dell'Accordo di Programma credono e sostengono con forza la riuscita dell'intento. Ho verificato personalmente la volontà e la determinazione a collaborare fattivamente, tanto che nell'arco di alcuni mesi si è giunti ad una bozza di Accordo di Programma, con la determinazione del "chi fa che cosa", della spesa prevista, dei tempi di verifica, e soprattutto degli obiettivi. Per due Enti complessi e strutturati gerarchicamente con livelli decisionali stratificati non solo tecnici ma anche politici come Azienda e Comune, è un evento, in quanto si sono superati personalismi e interessi propri di ogni singola amministrazione, ma si sono anche creati rapporti e relazioni tra dirigenti abituati a collaborare con interlocutori che non sono paritetici.

Sono state messe a disposizione del progetto integrato risorse fruibili e immediate, spesso non ottimali, ma già esistenti dal mio primo giorno di lavoro: umane (rappresentate dall'assistente sociale, dal coordinatore di polo, referente di area...), strumentali (utilizzo di computer, fax, fotocopiatrici, cancelleria, camici e scarpe del policlinico, cellulare di servizio), ambientali (possibilità di poter accedere ai reparti anche protetti e/o vincolati grazie all'aiuto della capo sala affiancata al servizio sociale ospedaliero, fruizione di pass e codici di accesso segreti) economiche (il progetto è finanziato al 50% dal Comune di Modena e per il 50% dall'Azienda). Nell'accordo di programma è specificato infatti al punto I -Oneri Finanziari "che gli stessi sono suddivisi al 50% tenuto

conto del monte ore pari a 36 ore settimanali e che l'Azienda Policlinico corrisponderà in due rate semestrali anticipate al Comune per il primo anno di attività e che eventuali altre spese a supporto della gestione delle attività oggetto del protocollo (compresa la eventuale formazione degli operatori) e alla predisposizione, realizzazione e distribuzione del materiale informativo sono ripartiti tra i soggetti sottoscrittori al 50%". Ho potuto verificare che c'è stata la volontà di superare vincoli burocratici che in altri momenti avrebbero creato tensione e difficoltà con le segreterie amministrative che controllano la definizione del mio orario di servizio da cui dipende la mia busta paga: come dipendente del Comune di Modena dovrei timbrare, attraverso un cartellino manuale o un budget apposito ogni mia entrata/uscita lavorativa; dovrei compilare per ogni volta che lascio la mia sede di lavoro un apposito registro di rilevazione; dovrei per ogni uscita come testimonianza in procura o altro ente giudiziario, istruttorie che svolgo presso altri uffici, ecc.. avere l'autorizzazione del mio dirigente. Ebbene, sono stata autorizzata a non timbrare alcun cartellino ma a compilarlo a mano, a non timbrare il badge del Policlinico pur avendolo e potendolo utilizzare come "chiave" di accesso a reparti e presidi che sono fortemente sorvegliati, a ritirare personalmente i miei buoni pasto anche in orari e tempi non previsti dalle regole interne del Comune di Modena. Per facilitare il più possibile il mio lavoro mi è stata poi concessa un'ampia possibilità di movimento nella organizzazione del mio tempo-lavoro, dandomi una grande fiducia oltreché responsabilità personale, per cui posso gestire le istruttorie adottive e le vigilanze che ho ancora in atto durante il mio impegno lavorativo delle 36 ore settimanali, senza avere quindi un orario troppo fisso in Ospedale. Questo spazio di libertà individuale favorisce e favorirà la creazione di iniziative atte a favorire la soluzione delle problematiche che non sarebbero ipotizzabili in una definizione troppo rigida di ruoli e di compiti, trovandomi in effetti molto spesso ad essere rintracciabile anche il sabato mattina, per consulenze e consulti con i reparti. Come ho più spesso citato precedentemente, l'accoglienza ottenuta nei reparti e con gli operatori sanitari è stata poi volta alla massima disponibilità, e ho notato una grande volontà di apprendere e comprendere le modalità di lavoro sociale, oltreché una richiesta di aiuto nella gestione della casistica difficile, con acquisizione del mio parere inteso da subito come autorevole e utile.

I vincoli riscontrati in questi mesi sono stati per me delle scoperte in quanto più che difficoltà di carattere programmatico, organizzativo e operativo ho riscontrato distanze tra le dirigenze istituzionali a cui faccio riferimento, intese

anche come difficoltà mie personali a interagire con livelli molto lontani dalla mia quotidianità.

Oltre a dover rendere conto a due capi servizio (uno sanitario e uno sociale di due differenti Enti, che risiedono in due differenti sedi), ho anche due differenti referenti di area: uno per l'area minori e uno per l'area socio-ospedaliera, entrambi dell'Ente comune, che però hanno sedi e compiti istituzionali diversi e diverse formazioni (il responsabile di area è la dott.ssa Bondioli, pedagogista, la responsabile del Polo 5 dimissioni protette è la dott.ssa F. Rossi, assistente sociale), con ruoli a supporto della mia professione molto differenti ma a volte per questo con difficoltà di interazione. Succede quindi spesso che per le decisioni importanti e immediate relative alle urgenze/emergenze sia indispensabile fare riferimento ad un unico vertice che possa autorizzare la mia decisione professionale in termini di fattibilità operativa nella gestione della risorsa da attivare, da me individuata e questo Dirigente è dott. ssa Guerra. L'accoglienza del progetto in oggetto da parte dei colleghi assistenti sociali del territorio comunale è stata fatta " porta a parta" non in modo ufficiale ma ufficiosamente al bisogno. Quando il collega necessita di informazioni circa un proprio utente in ospedale dell'area minori mi contatta con le stesse modalità che riservava alla precedente collega del policlinico, non conoscendo gli aspetti dell'accordo di programma e gli obiettivi che ci siamo posti in questo lavoro. Inoltre in questi mesi di lavoro non vi sono stati contatti significativi, come auspicherei in futuro, con i coordinatori di Polo sociale territoriale, che sono il nodo e lo svincolo delle informazioni sul loro ambito territoriale.

I presupposti di fattibilità alla realizzazione degli intenti dell'Accordo di Programma sono a mio parere evidenti e maggiori dei vincoli individuati, perché la volontà delle istituzioni e le esigenze dei singoli professionisti sono spesso più determinanti nella riuscita dei progetti delle norme imposte per delibera e dei ricatti burocratici per ottenere benefici e finanziamenti economici. La necessità di procedere in sinergia tra le differenti amministrazioni su base progettuale cercando un miglioramento in termini di efficacia e di efficienza , si sposa con il bisogno degli operatori di essere tutelati nella ricerca di risposte adeguate alla cittadinanza che rappresenta una realtà sempre più complessa e difficile, che porta una città come Modena, di dimensioni medie, a gestire problematiche tipiche di una grande città, con una pressione sociale anche sui reparti sanitari che porta ogni anno decine di persone a intentare cause legali, a

rivolgersi al Tribunale per i diritti del malato, a configgere e recriminare su mancate competenze e attenzioni, non sempre a sproposito.

Individuazione delle possibili azioni di miglioramento/cambiamento

Per Azione ho inteso il senso sociologico del termine, quindi azione = comportamento, attuato da un soggetto, anche istituzionale, in relazione ad un altro soggetto, con premesse ed esiti, organizzato come atto basilare che sottende ad ogni interazione sociale, in quanto deve tener conto di un altro soggetto. Non esisterebbe professionalmente “Azione Sociale” senza almeno due soggetti che interagiscono, e credo che le individuazioni sottostanti lo possano ben chiarire. Le possibili azioni individuate sono:

- 1) Avere a disposizione un ufficio dedicato (attualmente è in condivisione con due colleghe che si occupano prioritariamente di altri ambiti) nel quale poter svolgere i colloqui (spesso avvengono ora in reparto, ambiente non protetto da privacy) e mantenere documenti riservati, atti a garantire i dovuti livelli di sicurezza attivi e passivi delle informazioni gestite (dati personali). L’Azione è nel mantenere segreto professionale e segreto d’ufficio, come atto dovuto sia legalmente che eticamente.
- 2) Predisporre una apposita modulistica (comprensiva anche di carta intestata scaturente dall’accordo di programma) di segnalazione dai reparti al servizio sociale ospedaliero e dal territorio al servizio sociale ospedaliero , con indicazione delle notizie da riferire o delle richieste da espletare. L’Azione di istituzione di una apposita scheda è intesa a ottenere degli indicatori da utilizzare come canovaccio di promemoria, con il compito di facilitare la registrazione degli elementi di problematicità che sono alla base della segnalazione. Avrò quindi una parte di carattere oggettivo (sembra assurdo ma possono mancare dati anagrafici, scolarizzazione eventuale, nomi di parenti, numeri di telefono soprattutto di entrambi i genitori se separati e non viventi nella stessa città), indicatori relativi allo sviluppo affettivo (del minori con i genitori, con i parenti, con gli operatori sanitari), alle relazioni con gli adulti (sa parlare, come si esprime, piange, in che modo, quanto, chiede costante attenzione e aiuto, sa mangiare da solo...), sanitarie (patologie riscontrate, esami clinici, test, ecc..), connessi all’eventuale stato di

maltrattamento/abuso/trascuratezza/bisogno (sotto-alimentazione, vestizione inadeguata, ecchimosi, sporcizia ecc.), con elementi il più possibili quantificabili, riscontrabili ed evidenti. La condivisione della metodologia che è alla base delle indagini sociali anche da parte dei sanitari ottimizzerebbe la raccolta di informazioni, l'analisi delle stesse, e la stesura del parere valutativo, che sarebbe quindi condiviso e produrrebbe maggiore tempestività nelle segnalazioni in casi, e soprattutto nella determinazione di cosa è urgente e pericoloso. L'Azione in oggetto è fondamentale in quanto guida l'operatore nella raccolta degli elementi di valutazione e dall'altro permette di leggere la situazione in maniera scientifica, ovvero facendo riferimento ad elementi tangibili.

- 3) Essere in collegamento con i sistemi informatici del Comune di Modena (anagrafica, SSGE popolazione utente comune di Modena, anagrafica di altri comuni della regione, accesso ad internet SiSam (Sistema di rivelazione dati sull'utenza, le attività e le risorse dei servizi socio assistenziali per minori della Regione Emilia Romagna, posta elettronica). Questa Azione produrrà la possibilità di avere costantemente aggiornata una banca dati in entrate e in uscita, attraverso un sistema già condiviso dai Poli territoriali che permettono di avere in tempo reale la notizia della conoscenza del caso e da parte di quel operatore assistente sociale del territorio, ottimizzando le risorse e gli investimenti relativi ai passaggi dei casi.
- 4) Formazione dedicata per operatori sociali che lavorano in ospedale anche attraverso attività di supervisione nonché predisposizione di momenti formativi specifici degli operatori di entrambe le amministrazioni al fine di integrare le reciproche competenze; promuovere e favorire attività di formazione e di aggiornamento del personale coinvolto nella sperimentazione. Questa Azione permette di esplicitare e rendere patrimonio comune le chiavi di lettura utilizzate per la conoscenza del minore, bambino e adolescente, in relazione alle metodologie del servizio sociale, e alla profonda attenzione che come operatori dobbiamo dare agli ambiti di vita anche del minore in ospedale relativi alla famiglia, alla scuola, ma anche al lavoro e al gruppo dei pari. Questa Azione servirebbe a promuovere la cultura di scambio, all'interno dei servizi.

- 5) Avere a disposizione una segreteria sociale in loco al Policlinico, perché attualmente la sede è talmente dislocata per ciò che riguarda i raccordi con il Polo 5 ma anche con tutte le altre strutture di supporto del servizio sociale, da non essere praticamente di nessun aiuto pratico. Questa Azione faciliterebbe il lavoro degli Operatori Sociali, che attualmente devono perdere molto tempo come orario di servizio complessivo, in fotocopie, stesura di fax, rintracciare numeri telefonici, prendere contatti con servizi sociali di altre Regioni, Province.
- 6) Rendere maggiormente visibile la sede del servizio sociale ospedaliero, attualmente non facilmente individuabile (attraverso segnaletica apposita). L'Azione mirerebbe a una positiva immagine dell'Azienda e del Comune che mettono a disposizione della cittadinanza un ulteriore servizio a presidio del benessere del minore e della gestante in Ospedale sul territorio del Comune di Modena.
- 7) Predisposizione, realizzazione e distribuzione non solo in Ospedale Policlinico ma anche nei vari punti Informativi della città (a partire dagli Sportelli Informativi Sociali presso i Poli cittadini, altre sedi Ospedaliere della città, le varie Urp cittadine di materiale informativo relativo al servizio sociale ospedaliero ma più in generale circa gli obiettivi dell'Accordo di Programma); rendere edotti i punti unici di accesso (Pua) e gli Sportelli Sociali territoriali sulla presenza, riguardo alle competenze in essere al servizio sociale ospedaliero sarebbe una Azione che potrebbe produrre una forte ricaduta di immagine sul Comune e sull'Azienda.
- 8) Informazione delle attività del servizio sociale ospedaliero con lettera apposita ai Comuni della Regione per spiegare il tipo di progetto in atto e le possibilità in essere rispetto alla collaborazione con i servizi sociali sia ospedalieri che comunali. L'Azione in oggetto oltre a produrre una promozione del servizio, sarebbe anche di estrema utilità per le collaborazioni e le segnalazioni dato che già in questi mesi di lavoro sono stati necessari contatti con i territori comunali di Bologna, Parma, Napoli, Catania, L'Aquila.
- 9) Incontri con Responsabili e operatori del mio Comune di appartenenza al fine di facilitare la conoscenza e la comprensione del progetto di

lavoro; incontri con Responsabili e operatori dei Comuni della Provincia.

Mi risulta chiaro che queste Azioni sono soprattutto autocentrante, relativamente ad un migliore funzionamento dell'ufficio di servizio sociale ospedaliero e alla sua visibilità esterna, ma anni di lavoro mi hanno fatto comprendere che se alla base dell'attività vi è una ottima organizzazione e una buona visibilità, si è avvantaggiati nella quotidianità e nel proseguo dell'esperienza lavorativa.

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

In questo ambito del progetto, mi sono trovata a ragionare sulle strategie immediatamente e personalmente già predisposte o di possibile attuabilità per produrre cambiamento. Il produrre questo P.W. mi ha permesso di focalizzare molto la mia attuale esperienza, perché all'interno della quotidianità la casistica e soprattutto la gestione della complessità delle relazioni, fanno a volte perdere l'idea del tanto già fatto e conquistato, e di tutto quello che resta da fare per ottimizzare risultati e obiettivi. Ho individuato quindi:

Fattori Favorenti

Ho individuato i seguenti punti di forza che non sono esaustivi dell'esistente, ma che già hanno un peso reale, che implicano:

- A. Lavoro di equipe: disponibilità incontrata da parte dei reparti dedicati (primario di pediatria ad esempio) nel costituire all'interno un gruppo di riferimento al policlinico con i referenti medici/capo sala dei reparti dedicati area minori , al fine di strutturare dei percorsi di informazione reciproca sullo stato dell'arte, con comunicazioni settimanali strutturate;
- B. Organizzative: l'assistente sociale del policlinico mette a disposizione dei colleghi del territorio la sua capacità professionale (conoscendo nei dettagli l'organizzazione e le risorse presenti) il suo sistema di valutazione professionale che è condiviso con il territorio, garantendo un sistema unitario di valutazione e rendendosi disponibile come facilitatore per le relazioni tra territorio e ospedale;

- C. Buona disponibilità di risorse economiche grazie all'apporto di organizzazioni di volontariato già operanti all'interno dell'ospedale Policlinico (strutturazione di percorsi atti a favorire l'incontro tra l'istituzione e la società civile impegnata già in progetti specifici es. donazioni di Lions, Rotary Club...) che possono essere orientate anche a favore di progetti di solidarietà maggiormente strutturati e non volti soltanto all'acquisizione di materiale sanitario (quale macchine per oncologia pediatrica, ecc.);
- D. Richiesta da parte della struttura ospedaliera di avere un punto di riferimento sociale come consulente. E' necessario da parte dei sanitari che ci sia questa figura professionale, riconosciuta, che possa aiutarli nel distinguere tra ciò che è richiesta (ho bisogno di una casa, di un lavoro, di soldi) e la domanda (significati sottesi e meno espliciti). Capita spesso che la richiesta non sia la domanda, e che la soddisfazione della richiesta non elimini il disagio, e proprio per questo è utile e anzi necessaria la capacità di valutazione sociale, e di lettura integrata;
- E. Capacità da parte del servizio sociale di operare cambiamento attraverso la propria lettura professionale, che è la base del nostro lavoro;
- F. Abilità dell'assistente sociale del progetto ad utilizzare un linguaggio strutturato e percorsi istituzionali già individuati e condivisi atti a favorire la comunicazione con l'autorità giudiziaria relativamente a maltrattamenti, abbandono, abusi, sfruttamento sessuale di minori, interventi per soggetti sottoposti a provvedimenti penali (o civile /amministrativi), mediazione familiare, disagio e conflittualità all'interno della coppia con pregiudizio della salute personale o della sicurezza personale;
- G. La disponibilità della Dirigenza, di entrambi gli enti, a collaborare per la buona riuscita del progetto.

Fattori Ostacolanti

Intendo elencare dei vincoli, che proprio in quanto tali, possono sfavorire, anche indipendentemente dalle volontà personali, ad ogni livello, la buona riuscita, soprattutto nel breve periodo, del progetto in atto. Essi sono:

- A. Ambientali: sovra affollamento della sede di lavoro. Nello stesso ufficio sono collocate tre persone con sole due scrivanie. E' chiaro che se siamo tutti presenti, non riusciamo a lavorare. Questo problema viene arginato dall'essere a turno molto presenti nei reparti con cui lavoriamo, ma il non poter lasciare (non essendoci) in armadi e schedari la documentazione, crea un evidente problema non solo ambientale, ma anche organizzativo e di privacy;
- B. Istituzionali: quattro dirigenti di settore e di area a cui fare riferimento, sono fisicamente difficili da contattare e da coinvolgere contemporaneamente e rischio di non mettere al corrente di ciò che avviene e quindi di creare tensioni relative a un mancato "riguardo" necessario e anzi doverose nella gestione dei rapporti di lavoro. A questo si aggiunge che i rispettivi compiti, soprattutto dei coordinatori di area e di Polo, non sono stati delineati e definiti in modo preciso e quindi, è già capitato, che alcune comunicazioni siano state interpretate in modo differente dalla origine delle stesse;
- C. Utenza: bacino d'utenza non solo comunale, ma regionale e nazionale. Difficoltà a rapportarsi con ragioni e realtà anche normativamente molto differenti. La mancanza poi di contatti privilegiati (che non è stato ancora possibile istituire) e di mezzi informatici tecnologicamente adeguati ha creato disservizi evidenti, spiacevoli inconvenienti che sarebbe molto facile e possibile arginare.
- D. Organizzativo: dovermi occupare in assenza della collega di utenza anziana e adulta (e non viceversa e mi permetto di dire che è meglio così, in quanto la complessità è necessario che sia gestita da qualcuno che in mia assenza possa avere la possibilità decisionale) è motivo di difficoltà nel seguire il normale corso del lavoro area tutela minori - famiglie, nonché ha creato problemi con coloro che si aspettano comunque dall'assistente sociale incaricata una risposta competente, che spesso non sono in grado di dare non avendo proprio pratica di questo ambito. Resta poi tutto il lavoro territoriale che sto facendo e che sarebbe opportuno, a scalare, che fosse afferrito ai Poli di riferimento, in quanto casi da seguire con monitoraggi costanti che rischiano di essere particolarmente trascurati a fronte del fatto che invece necessitano di maggiori attenzioni di altri.

- E. Reperibilità: l'assistente sociale del policlinico dell'area minori è reperibile dal lunedì, martedì giovedì dalle 8.30 alle 17.30 il mercoledì e il venerdì dalle 8.00 alle 13.00 il sabato mattina dalle 8.00 alle 13.00 solo telefonicamente; si è parlato in questi mesi di una eventuale reperibilità anche festiva, al momento non attivata. Risulta poco utile essere reperibili quando i servizi territoriali sono chiusi.
- F. Informazione: è mancata una corretta e precisa informazione delle attività sia all'interno dell'ospedale che presso i colleghi del territorio.
- G. Formazione: non è stata attivato nessun percorso specifico, né interno né esterno, che sarebbe invece necessaria.

Analisi Costo/beneficio

Argomento delicato, perché da questo scaturisce la possibilità del proseguo dell'esperienza, e da questa esperienza ci si aspetti che dia benefici superiori ai costi. Nessun progetto, nel nuovo contesto sociale in cui si muove il settore pubblico, può mai essere al di sopra di una valutazione di efficacia ed efficienza, cioè l'ottenimento dei risultati attesi con costi sostenibili. Spesso al servizio sociale viene imputato di non sapere proporre e attuare progetti e programmi di intervento fattibili rispetto al costo economico (inteso anche come attivazione di risorse non economiche ma di personale e di strutture), e di creare cronicità assistenziale erogando benefici che diventano nel corso del tempo "diritti", "pensioni", "assegni di mantenimento", aumentando i bisogni invece che creare possibilità di autonomizzazione, con prese in carico a vita in quanto i progetti non hanno mai una data di dimissione. Ancora di più, si imputa al servizio sociale l'incapacità di esprimere progetti di comunità, focalizzando l'attenzione sul singolo utente/famiglia, senza considerare la cittadinanza, incapace quindi di elaborare programmi che partano dalla lettura di bisogni collettivi. Ancora di più, si imputa al servizio sociale l'incapacità a dare di sé un'immagine positiva e a rendere visibile il proprio enorme lavoro, spesso percepito come vago e indistinto.

Vantaggi

- A. Maggiore chiarezza nella fase della presa in carico, con delineati gli elementi che hanno scaturito la valutazione dello stato di criticità (

analisi sociale e relazionale già abbozzata) e quindi trasmissione di valutazioni precise e puntali rispetto ad un momento di criticità;

- B. Delineazione e strutturazione di percorsi relativi alle dimissioni, sia protette che non, che producano una minore possibilità di risposta ospedaliera al disagio sociale e diano una maggiore copertura alle problematiche relazionali;
- C. Potenziando le relazioni con le reti socio-sanitarie territoriali già esistenti si lavora sulla prevenzione delle ospedalizzazioni improprie che spesso sono risposte a disagi non ascrivibili alla malattia e all'acuzie;
- D. Con la costruzione di percorsi strutturati con quella società solidale e di volontariato che spesso mette a disposizione risorse anche molto ingenti, si cerca di produrre continuità operativa della stessa perché necessita di supporto e di aiuto nella gestione della marginalità, e non può essere lasciata sola;
- E. Fornendo attraverso il servizio sociale ospedaliero la possibilità di formazione al personale sanitario in servizio o in formazione universitaria sulla possibilità di valutazione integrata e continua in itinere;
- F. Fornendo attraverso il servizio sociale ospedaliero un'opportunità di formazione ai colleghi assistenti sociali in formazione universitaria attraverso l'apposita convenzione universitaria, e una visibilità dell'esperienza in atto;
- G. Garantendo un osservatorio sociale nell'ambito della tutela minori in un nodo fondamentale di accesso dell'utenza, con possibilità di rilevazioni non solo statistiche che possano orientare le politiche sociali locali sulla base dei reali bisogni;
- H. Monitorando il grado di soddisfazione dell'utenza in modo diretto e costante;

Svantaggi

- A. **Necessità di continuità operativa:** l'assistente sociale dell'area tutela minori deve garantire la propria presenza in modo costante e continuo per l'intera durata del progetto, al fine diventare un facile punto di riferimento, per i colleghi sia interni che esterni l'ospedale. Il grande turn-over di personale medico nei reparti dedicati, infatti, è uno degli elementi che può far desistere gli stessi dal segnalare perché difficilmente chi non è stanziale conosce le procedure e i percorsi, e inoltre il non essere titolari di una posizione permanente porta a ritenere di avere meno responsabilità. L'assistente sociale deve poi essere una presenza dedicata e non occuparsi di ambiti differenti. Il servizio sociale ospedaliero deve possedere, a mio avviso, almeno due operatori che si occupano delle dimissioni protette adulti e anziani affiancate dalla capo sala e almeno un assistente sociale per l'area della tutela infanzia;
- B. **Tempo a disposizione:** un costo che può sembrare notevole perchè determinato dal lavoro indiretto, cioè non prestato dall'assistente sociale all'interno dei reparti con l'utenza, ma di progettazione e programmazione dei percorsi, degli interventi, nelle riunioni e nelle equipe. A questo deve essere aggiunto il tempo delle consegne e della tenuta delle cartelle sociali, ed è tempo lavoro che quindi non viene annoverato nel rapporto diretto con utenti/reparti ma è funzionale alla buon riuscita del progetto;
- C. **Formazione:** ogni progetto necessita per riuscire di momenti di formazione e di aggiornamento che rappresentano un evidente costo, ma che sono estremamente funzionali all'esito finale.
- D. **Promozione:** è necessario investire sull'attività di promozione dell'esperienza al fine di renderla visibile ed utilizzabile.
- E. **Ottimizzare l'assetto del sistema informativo** dato che la forte opera di protezione dei dati, spesso non si attua. Occorre inoltre avere accesso a maggiori servizi informatici, in quanto la velocità delle informazioni è alla base della buona riuscita delle esperienze lavorative.
- F. **L'istituzione di una segreteria in loco,** costo sicuramente importante, limiterebbe che in assenza dell'operatore referente non si forniscano

informazioni –indicazioni implicando un aumento di lavoro per le altre segreterie del territorio o presenti all'interno della sede policlinico

Pianificazione delle azioni per realizzare il progetto compreso le modalità e i criteri di valutazione

Nell'Accordo di Programma è delineato “ chi fa, che cosa, con che strumenti, in che tempi”.

L'assistente sociale operante al Policlinico fa parte, anche se in sede dislocata, del comparto Polo 5 dimissioni protette. Svolge quindi un'attività nelle fasi di accoglienza, degenza e dimissione del minore che rientrano in una più vasta programmazione e progettazione di aiuto alla persona, connaturato al servizio dimissioni protette.

L'Ospedale segnala, telefonicamente o con apposita scheda, la situazione del minore / famiglia all'assistente sociale del policlinico, che provvede ad effettuare una prima verifica relativa al caso (Conosciuto/non conosciuto dal territorio; residente/non residente a Modena; che tipo di disagio viene segnalato).

E' titolare del caso l'assistente sociale del Policlinico quando il minore o la gestante non è conosciuta-non è in carico al servizio sociale territoriale di Modena; mentre è referente l'assistente sociale del territorio quando la situazione è “attiva” (progetto in atto, conoscenza negli ultimi 12 mesi) che in collaborazione con la collega ospedaliera definisce un programma di intervento teso a risolvere l'evento acuto in atto.

L'assistente sociale del Policlinico si attiva quindi quando il minore non è in carico al servizio territoriale, e quando non ci sono stati contatti significativi con gli assistenti sociali del territorio di Modena nell'ultimo anno.

Nei casi gravi quali maltrattamento, abuso e grave incuria, in cui si rende obbligatorio e necessaria una segnalazione alla magistratura è l'assistente sociale del Policlinico che insieme al medico ospedaliero referente effettuerà la valutazione con conseguente segnalazione condividendo la decisione assunta con il dirigente di area del Comune di Modena e per il medico con la Direzione Sanitaria.

In tutti gli altri casi, le dimissioni protette socio-sanitarie di minori non conosciuti l'assistente sociale del Policlinico insieme al medico referente dell'ospedale valuta la presenza di indicatori di rischio e /o la necessità di un sostegno alla genitorialità, elaborando quindi una relazione che condivisa e comune sarà inviata al servizio territoriale con indicazioni di una prima ipotesi operativa.

In casi specifici, e in accordo con il dirigente di area, l'assistente sociale del policlinico può altresì avvalersi del servizio sociale educativo territoriale qualora si ravveda la necessità di acquisire ulteriori elementi che permettano di valutare con appropriatezza l'effettiva necessità di un coinvolgimento del servizio sociale territoriale, garantendo in tempi rapidi sostegno alla genitorialità e tutela del minore nel rispetto dei tempi di dimissioni.

L'assistente sociale ospedaliera ha poi il delicato compito di svolgere azione di consulenza e orientamento, facilitando l'accesso alle informazioni oltretutto ai servizi anche senza una presa in carico o una trasmissione al territorio,

Rendere visibile e rendere verificabile sono le due facce di una stessa medaglia, in quanto si espone il proprio operare, attraverso i risultati conseguiti, agli occhi dei soggetti coinvolti. Si attua così un'operazione di trasparenza, che dona al processo autorevolezza e legittimazione, e permette ai soggetti a vario titolo coinvolti di esprimere anche il gradimento del lavoro attuato, nonché l'analisi dei costi/benefici in termini di efficacia ed efficienza.

I criteri di valutazione saranno, come richiesto dalle amministrazioni sia di tipo oggettivo, con dati cifre, sintesi, costi sostenuti ma anche multidimensionale, dato che il setting è composto da operatori socio-sanitari e il lavoro dell'assistente sociale tutela minori è fortemente legato a quello dei reparti dedicati. La globalità del progetto infatti prevede che le amministrazioni ragionino soprattutto sull'adeguatezza e lo scarto tra le risposte istituzionali e i bisogni della popolazione di competenza, fra servizi offerti e servizi richiesti. La dimensione dello scarto offre l'occasione di analizzare cogliere e studiare come agisce una istituzione, e permette una lucida valutazione reale e non soltanto una prassi intellettuale. Solo partendo dal constatare la realtà dell'eventuale scarto si può fare una verifica istituzionale delle scelte di politica sociale e del funzionamento degli Enti nell'Accordo di Programma.

Entro l'anno 2008 sarà possibile avere i dati, ora monitorati dal nostro ufficio personale, riguardo lo sfioramento al monte ore messo a disposizione dall'Amministrazione comunale al servizio sociale ospedaliero quantificato in max. 36 ore settimanali, nonché le chiamate dovute alla reperibilità; verrà inoltre quantificato il movimento di utenza trattata attraverso il sistema di monitoraggio/rilevazione dell'Azienda Policlinico; saranno inoltre sentiti i colleghi e i referenti ospedalieri dei reparti coinvolti sulla implementazione del lavoro svolto e sulle modalità in atto; l'ufficio relazioni col pubblico e il Tribunale del malato del Policlinico sono già da ora punti di riferimento per i cittadini che desiderano reclamare inadeguatezze dei servizi ospedaliero, di cui il sociale è a tutti gli effetti parte (al momento non vi sono state lamentele scritte e/o denunce).

La valutazione finale è un processo importante del progetto di attuazione dell'Accordo di Programma anche per il singolo operatore, in quanto personalmente lo svolge costantemente, ma nella fase finale deve assumere la forma di una ricapitolazione e puntualizzazione dei cambiamenti più significativi. Sarà possibile effettuarla in quanto il punto di partenza è stato chiaro e precisato, nonché scritto, perché è impossibile valutare se non si può riferirsi ad una situazione iniziale e agli obiettivi prefissati: gli aspetti quantitativi saranno più facilmente verificabili mentre gli aspetti qualitativi magari più soggettivi (rapporti interpersonali, rapporti sociali, crescita delle professionalità) saranno più difficilmente misurabili. La valutazione finale deve tener sempre conto anche degli aspetti considerati negativi, e là dove gli obiettivi non saranno stati raggiunti sarà necessario individuare le cause anche personali intese come nuovi stimoli professionali

Tempi di realizzazione.

Sulla base di quanto definito dall'Accordo di programma, è una sperimentazione di un anno con previsti due step: una prima relazione di monitoraggio a settembre 2008 (a cura del Dirigente) e una seconda relazione informativa a maggio 2009. Verrà effettuata una valutazione quantitativa /qualitativa a fine 2008.

Ogni mese è già attivo un tavolo di lavoro e di confronto a cui oltre a me sono presenti dott. ssa Vandelli (responsabile del Settore Formazione e Sociale Policlinico), dott.ssa Rossi (responsabile settore dimissioni protette del Comune di Modena).

Conclusioni.

Questo elaborato mi è stato particolarmente utile per organizzare le idee e ottimizzare le strategie di intervento: pur lavorando quotidianamente all'interno di questo contesto (in effetti il P.W. è il mio lavoro nel quotidiano), spesso manca il tempo e la lucidità per ragionare, astraendosi dalla realtà. Vi individuo due livelli di riflessione, uno etico-professionale totalmente in accordo con i "sentimenti" della mia professione, l'altro più personale, ma credo altrettanto professionale.

Mi è stato chiaro fin da subito che l'Accordo di Programma era finalizzato a garantire ai cittadini di Modena l'attenzione alla globalità dei bisogni nel rispetto dell'insieme dei diritti e delle opportunità volte allo sviluppo del benessere dei singoli e della comunità locale nonché al sostegno dei progetti di vita delle persone e delle famiglie. Il protocollo è realizzabile nel rispetto della dignità della persona e garantisce la riservatezza della stessa, è uno strumento di lavoro che ha finalità di prevenzione contrasto e rimozione delle cause del disagio e dell'emarginazione sociale, concertazione e cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali e integrazione delle attività socio-sanitarie volte a tutela della salute, del recupero e mantenimento delle autonomie personali e familiari. La mia figura professionale all'interno del protocollo d'intesa che sottende all'Accordo di programma è rivolta a sperimentare la gestione delle dimissioni protette ospedaliere rivolte all'area della tutela minorile attraverso una collaborazione e sinergia costante, ad ampliare le attività di coordinamento e di integrazione con la società civile, a strutturare percorsi di avvicinamento al sociale partendo da situazione di forte crisi e acuzie.

Perché funzioni, l'Accordo di Programma deve creare un clima di fiducia e di collaborazione reale: tra me e i colleghi sanitari, tra me e i colleghi del territorio. Per lungo tempo questa fiducia non c'è stata, semplicemente si partiva dal pregiudizio che l'altro non volesse fare. Perché funzioni, deve essere chiara l'onestà del percorso, l'integrità del punto di partenza che è sempre e solo l'aiuto, non la sostituzione, non la manipolazione, non lo scaricare i problemi, non la prevaricazione.

Durante l'attività di implementazione della sperimentazione e del progetto, si è verificato che il bacino d'utenza non sia rappresentato soltanto da cittadini della città di Modena, per cui il collegamento col territorio è quasi in automatico , ma anche residente presso altri territori cittadini, anch'essi necessitanti di essere

accompagnati nel processo di dimissione protetta avviata con la collaborazione di territori differenti, per i quali va istituita una collaborazione di volta in volta diversa .

Credo di poter affermare che si sono fatti molti passi importanti nello sviluppare ma anche nel consolidare le attività di accompagnamento dei minori e delle loro famiglie nella fase del ricovero e della dimissione, garantendo per i casi di disagio, la continuità tra le attività proprie dell'ospedale nelle fasi acute della malattia e le attività proprie della rete dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali. Molto resta ancora da fare, e non solo da migliorare, e questa è una energia nella quale mi sento di credere. Il corso di alta formazione universitaria a cui ho potuto partecipare è stata fonte di questa positività, e mi auguro di poter ancora partecipare nel corso della mia attività lavorativa a incontri professionali così altamente interessanti per il vissuto e la trasmissione professionale.

Bibliografia

L.N. 328/2000

L.R. 02/2003

L.N. 84/93 istituzione ordine professionale Assistenti Sociali

L.N.142/90

Dlgs 517/93

Codice Deontologia Ordine Assistente Sociale Nazionale, Roma, edizione 2003

Delibera giunta regionale n. 509/07 (Fondo regionale per la non autosufficienza programma per avvio

Delibera Giunta Regionale 1206/07

Protocollo d'Intesa tra Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico e Comune di Modena (anno 2005 e successivi)

Il progetto di Lia Sannicola e Giuseppe Trevisi, edizioni Liguori, anno 1995

Metodologia del servizio sociale, Dal Pra Ponticelli, ed. Astrolabio, 1985

La formazione degli Assistenti Sociali, Neve E, in Studi Zancan Politiche e servizi alle persone, n.06/2007

Bozza dell'Accordo di programma Comune di Modena- Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena, giugno 2008

Protocollo dimissioni protette (Comune di Modena, Azienda Ausl 2006)