



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



Regione Emilia-Romagna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Project Work

***La costruzione di percorsi e
modalità operative integrate tra
Servizio Sociale e Servizi Sanitari
per l'individuazione e il sostegno
della maternità fragile.***

Autore

Simone Binelli

Servizio Sociale Azienda Usl di Ravenna – Distretto di Lugo



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

Indice

- Introduzione.
- Capitolo 1 – “Inquadramento del contesto di riferimento”.
- Capitolo 2 – “Inquadramento dell’argomento: stato dell’arte rispetto all’obiettivo di miglioramento / cambiamento proposto”.
- Capitolo 3 - “Individuazione degli obiettivi di miglioramento / cambiamento”.
- Capitolo 4 – “Analisi di fattibilità”.
- Capitolo 5 – “Individuazione delle possibili azioni di miglioramento / cambiamento”.
- Capitolo 6 – “Individuazione dei fattori favorenti e dei fattori ostacolanti relativi alla implementazione delle azioni di cambiamento proposte”.
- Capitolo 7 – “Analisi costo / beneficio”.
- Capitolo 8 – “Pianificazione delle azioni per realizzare il progetto”.
- Capitolo 9 – “Criteri di Valutazione e Tempi di realizzazione”.
- Conclusioni .
- Bibliografia.

Introduzione

In questi anni il lavoro sociale si trova sempre più a fare i conti con una società complessa che P. Donati definisce con il termine “relazionale”, per indicare come l’attuale società sia caratterizzata al suo interno da molteplici e diversi tipi di relazioni che mutano, si compongono e si scompongono continuamente secondo percorsi più complicati e instabili rispetto a quelli del passato. Le richieste di aiuto esigono interventi flessibili, personalizzati, adeguati ai bisogni che non sono più quelli legati alla pura sopravvivenza. Le varie patologie sono assai meno regolari e circoscritte rispetto a quelle di un tempo ma non solo, sono anche meno visibili e più difficili da gestire da parte del sistema e delle istituzioni formali. Il Servizio Sociale e gli operatori delle professioni di aiuto non possono non fare i conti con questa situazione sempre più complessa in cui dobbiamo intervenire sia sulla persona, considerata nella sua globalità, che sull’ambiente circostante.

Secondo il testo “Il Servizio Sociale per minori” di Dina Galli le funzioni del Servizio Sociale sono molteplici e sintetizzabili in:

- funzione conoscitiva con la lettura del territorio per conoscere le situazioni a rischio manifeste o latenti, infatti un approccio unitario e globale ai problemi parte da una conoscenza approfondita del territorio.
- funzione curativa si attua con persone che si trovano in situazioni particolarmente problematiche e l’obiettivo primario di questa funzione è quella dell’aiuto e dell’accompagnamento, affinché le persone, attraverso l’offerta di risorse e il potenziamento delle proprie capacità, trovino risposte adeguate alla soluzione delle difficoltà e dei problemi.
- funzione organizzativa è una funzione svolta principalmente all’interno del servizio affinché le prestazioni siano rispondenti all’evolversi delle situazioni sociali.
- funzione preventivo/promozionali : è un’attività che si estende alla realtà sociale e comprende sia la rete dei servizi, che la comunità territoriale che la comunità nel suo insieme. L’attività promozionale comporta l’organizzazione di interventi istituzionali, di politica sociale mirati alla soluzione di determinati problemi. Questa funzione è quella a cui noi abbiamo pensato di fare riferimento nella stesura di questo project work.

Una delle principali funzioni del Servizio Sociale è quindi la prevenzione del disagio, mettendo in campo azioni e interventi integrati con altri servizi che anticipino il degenerare di situazioni già a rischio per realizzare una funzione proattiva.

Uno dei compiti del Servizio Sociale è quindi l'individuazione delle situazioni a rischio sociale e per realizzare tale mandato è importante conoscere il territorio in cui si opera e le risorse esistenti.

All'interno del territorio di competenza del Distretto di Lugo, nel corso degli ultimi anni, sono giunte al Servizio diverse segnalazioni da parte dei Servizi Sanitari competenti, riguardanti situazioni problematiche di puerpere in stato di imminente dimissione.

Tale problematicità ha comportato una riflessione più approfondita da parte degli operatori riguardo a questo bisogno emergente, in particolare sulle modalità di sostegno alla maternità e sulla necessità di elaborare progetti di intervento finalizzati a prevenire tali situazioni problematiche.

La maternità, nella vita di ogni donna, oltre ad essere un evento importante e pieno di significato, può rappresentare anche un momento di destabilizzazione da cui può scaturire una fragilità emotiva, anche in situazioni nelle quali è forte il sostegno della rete affettiva - parentale.

In situazioni nelle quali le reti parentali sono assenti o meno presenti, deboli o addirittura problematiche, questa fragilità emotiva può trasformarsi in disagio che può ostacolare la crescita e lo sviluppo sano del nascituro.

Obiettivo di questo progetto è quindi quello di riuscire ad elaborare percorsi e modalità condivise ed integrate tra servizi socio - sanitari al fine di individuare le situazioni potenzialmente a rischio ed impostare progetti di sostegno alla maternità fragile.

Capitolo 1

“Inquadramento del contesto di riferimento”

L’Azienda Usl di Ravenna è formata da tre Distretti Sanitari:

1. Ravenna
2. Lugo
3. Faenza

Nel Distretto di Lugo l’Azienda Usl gestisce oltre agli interventi sanitari, quelli socio - assistenziali afferenti all’Area famiglia e minori del Servizio Sociale.

Il Distretto di Lugo è composto da nove Comuni: Lugo, Alfonsine, Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Cotignola, Conselice, Fusignano, Massa Lombarda e Sant’Agata sul Santerno.

In ogni Comune vi sono uno o più assistenti sociali suddivisi per Aree: Famiglia e Minori, Handicap, Adulti in disagio, in base alla densità di popolazione.

Nel Gennaio 2008 è stato costituito un nuovo Ente “Unione dei Comuni della Bassa Romagna” che comprende i nove Comuni del Distretto, dal 2009 tale Ente assumerà le funzioni che i Comuni, da anni, avevano delegato all’Azienda Usl.

Per questo motivo prevedere modalità operative integrate interservizi, per temi specifici come quello trattato dal project work, diverrà ancora più necessario.

Ciò va a sostenere quanto già ampiamente affermato nella Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali” e dalla Legge Regionale 2/2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione di un sistema integrato di intervento e di servizio sociale” dove l’integrazione socio-sanitaria costituisce un tema fondamentale della normativa di riforma del Welfare ed un oggetto specifico delle strategie di sviluppo e qualificazione del sistema sanitario e sociale della nostra Regione. Ciò rappresenta un fattore prioritario di

qualificazione dell'offerta dei Servizi e prestazioni sociali e sanitarie perché genera maggiore efficacia di cura e sostegno, favorisce un uso più efficiente delle risorse, riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i Servizi.

Per la realizzazione del progetto risulta necessario coinvolgere alcuni Servizi Sanitari dell'Azienda Usl che svolgono attività nel settore: Consultorio Familiare, reparto ospedaliero di Ginecologia e Ostetricia, Pediatria di Comunità e Centro per le Famiglie.

Il Consultorio Familiare segue le donne in gravidanza fino a dopo il parto: primo colloquio e visita, controlli successivi per verificare il buon andamento della gravidanza; consulenze e informazioni su alimentazione e sessualità in gravidanza, diagnosi prenatale, legislazione a tutela della gravidanza, modalità di assistenza al parto (compreso il parto a domicilio), eventuali consulenze con lo specialista, assistenza alle mamme e ai neonati sia negli ambulatori del Consultorio sia a domicilio per la verifica del decorso post parto, per il sostegno e la consulenza ai genitori, per la cura del neonato, per il sostegno dell'allattamento al seno. Il Consultorio organizza, in collaborazione con l'Ospedale, corsi di preparazione al parto. Nel Consultorio familiare operano in équipe ostetriche, medici ginecologi, psicologi e un'assistente sociale che segue il progetto "Consultorio Giovani".

La sede centrale di tale servizio è situata a Lugo e vi sono anche sedi dislocate in sei Comuni del Distretto (Alfonsine, Bagnacavallo, Cotignola, Conselice, Fusignano, Massa Lombarda).

La Pediatria di Comunità opera nell'area della salute del bambino e sviluppa progetti e interventi verso la fascia più debole della popolazione in particolare per l'assistenza a bambini affetti da malattie croniche.

Il Centro per le Famiglie si occupa di coordinare gli interventi educativi/sociali a favore di famiglie e popolazione giovanile residenti nel territorio del Distretto e promuove quindi "azioni" a sostegno della maternità, mediazione linguistica e mediazione familiare e mantiene il coordinamento dell'attività psico-pedagogica svolta nei Servizi comunali pre scolari del territorio del Distretto.

Nei Comuni del Distretto di Lugo **nel 2006** si registra un dato di n. 892 nuovi nati residenti. Di questi, il Consultorio Familiare ha seguito:

GRAVIDANZE: n. 157 di cui:
n. 105 di diversa etnia
n. 3 adolescenti
n. 5 da 18 a 19 anni

PUERPERE: n. 555 di cui:
n. 109 di diversa etnia

Di questi nuovi nati n. 33 sono stati presi in carico dal Servizio Sociale per problematiche di varia natura e più precisamente n. 27 per problematiche economiche e n. 6 per problemi sanitari o di natura socio-famigliare ed educativa.

Nel 2007 si registra un dato di n. 924 nuovi nati residenti nel Distretto di Lugo. Di questi, il Consultorio Familiare ha seguito:

GRAVIDANZE: n. 237 di cui:
n. 120 di diversa etnia
n. 2 adolescenti
n. 8 da 18 a 19 anni

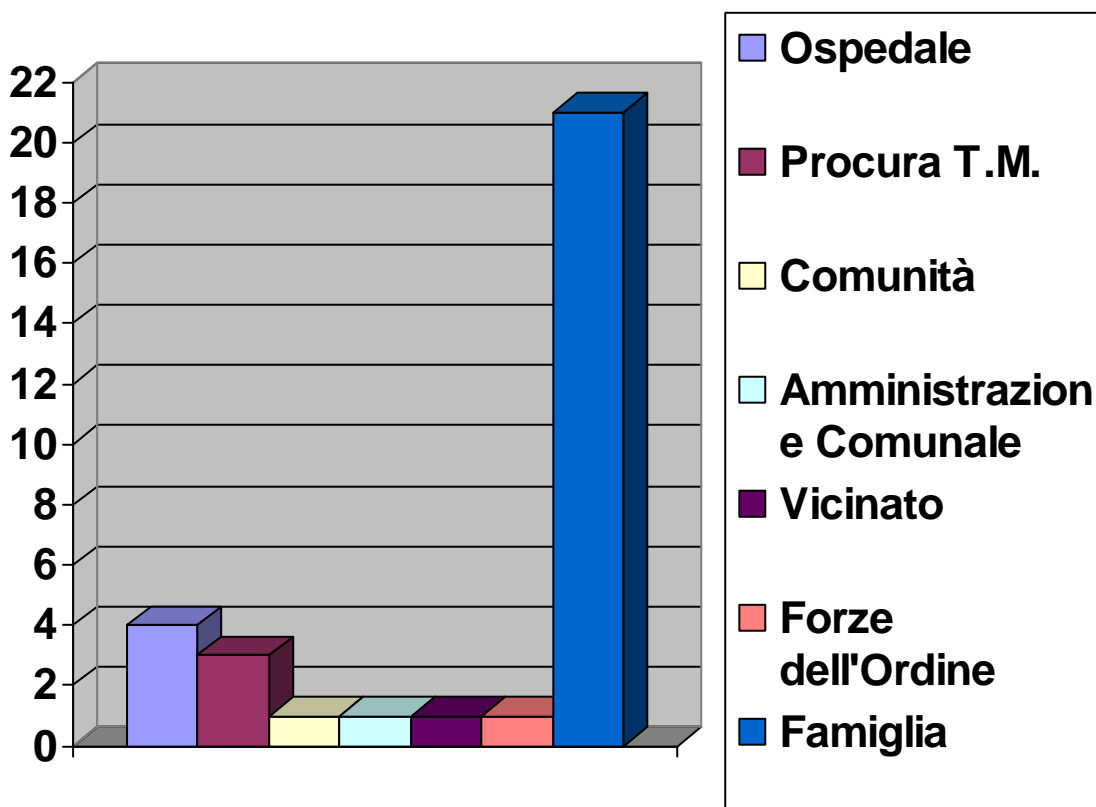
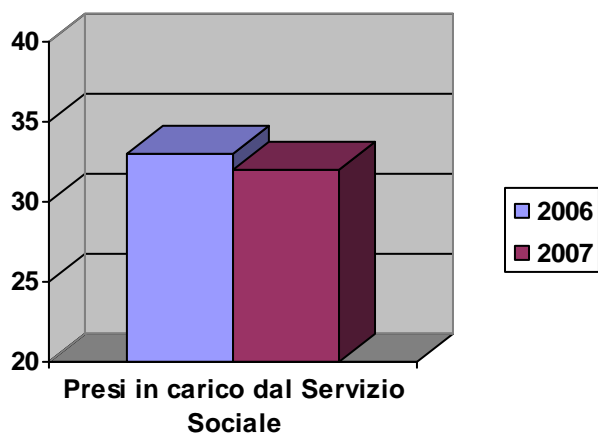
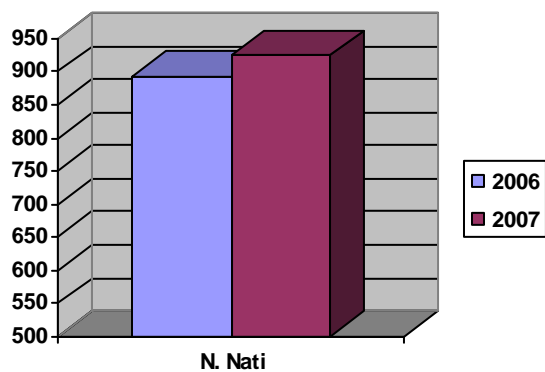
PUERPERE: n. 475 di cui:
n. 127 di diversa etnia

Di questi nuovi nati nel 2007 n. 32 sono stati presi in carico dal Servizio Sociale per problematiche di varia natura e più precisamente n. 22 per problematiche economiche e n. 10 per problemi sanitari o di natura socio-famigliare ed educativa.

Di questi 32 nuovi nati nel 2007, presi in carico dal Servizio Sociale alla nascita:

- n. 4 sono stati segnalati dall'Ospedale;
- n. 3 dalla Procura del Tribunale Minorenni che ha richiesto un'Istruttoria Civile;
- n. 1 da una Comunità;
- n. 1 dall'Amministrazione Comunale locale;
- n. 1 dal vicinato;
- n. 1 dalle Forze dell'Ordine;
- n. 21 dalla famiglia.

Di seguito si riporta un grafico esplicativo dei dati descritti.



Capitolo 2

“Inquadramento dell’argomento: stato dell’arte rispetto all’obiettivo di miglioramento/cambiamento proposto”

Quando i Servizi Sanitari sopra citati segnalano al Servizio Sociale situazioni di donne in procinto di partorire o madri che stanno per essere dimesse, l’operatore sociale si trova a dover agire in uno stato di emergenza senza avere una conoscenza adeguata della situazione e del contesto in cui essa è inserita.

A volte tali segnalazioni si basano sulla estemporaneità e sulla disponibilità di ogni singolo operatore sanitario. A volte invece, come si può notare dal grafico del Capitolo 1, le situazioni a rischio sociale vengono conosciute solamente perché è la famiglia stessa a rivolgersi ai Servizi Sociali, soprattutto portando bisogni economici (che come tutti sappiamo molte volte sono solo “la punta di un iceberg” che nasconde problemi più profondi).

Da ciò si evince che mancano “percorsi” condivisi frutto di un lavoro di integrazione fra Servizi, svolto da operatori sociali e sanitari su un comune obiettivo “protezione della madre e del bambino a rischio sociale”.

L’individuazione precoce delle situazioni di “disagio” e la possibilità di rapportarsi alle problematiche con tempestività consentirebbe di impostare preventivamente un progetto individualizzato di assistenza socio-sanitaria integrata, condiviso con la persona stessa.

I contenuti e le azioni che si prevedono nel project work sono dirette a “gettare le basi” per una collaborazione più proficua nella gestione preventiva della maternità fragile. Ciò significa avere la possibilità di costruire, con la futura madre, un percorso individualizzato che le permetta di non sentirsi sola perchè attorno a lei si potranno creare reti di sostegno ed interventi di supporto ancor prima della nascita del bambino. Inoltre, nelle situazioni più difficili, queste reti e questi interventi avranno l’obiettivo di evitare di dover agire delle separazioni in urgenza, traumatiche per la madre e per il bambino, dispendiose per l’Ente e molte volte non risolutive dei problemi che hanno portato alla separazione stessa.

Capitolo 3

“Individuazione degli obiettivi di miglioramento/cambiamento”

L'ipotesi progettuale presentata è orientata a promuovere nel territorio del Distretto, forme di aiuto e sostegno a favore delle donne che vivono l'esperienza della gravidanza e della maternità in condizione di fragilità e in assenza di idonea rete parentale di supporto.

A tal fine si rileva necessario “creare” una rete interservizi Sociali e Sanitari, che favorisca l'individuazione di gravide o mamme in difficoltà e con problematiche sociali per attivare forme di supporto e sostenerle nel periodo della gravidanza, del parto e in quello successivo alla maternità, anche in collegamento con le risorse formali ed informali del territorio.

Si vuole tendere a prevenire gli effetti negativi che la condizione di disagio socio-ambientale può determinare sulla salute, lo sviluppo e il benessere psico-fisico complessivo del bambino.

Fin dai primi momenti di vita è importante che per il bambino si instauri un rapporto di attaccamento con la madre: prima di tutto un figlio ha bisogno di essere nutrito e secondariamente di avere qualcuno con cui stabilire una relazione affettiva per poter crescere in modo appropriato. La nascita rappresenta la prima separazione faticosa e dolorosa che comporta pericoli e sofferenze sia per la madre che per il bambino; subito dopo il parto iniziano perciò i primissimi contatti e l'instaurarsi di una relazione madre – bambino in cui i ritmi della mamma e del piccolo devono trovare una sincronia e perciò risulta importante favorire, nelle situazioni più a rischio, un sostegno ed aiuto ad entrambi.

Appare quindi un sistema vincente la costruzione di una rete “protettiva” di assistenza sociale e sanitaria basata su un lavoro condiviso interservizi per tendere a:

- identificare precocemente le situazioni potenzialmente problematiche;
- attivare percorsi di aiuto al nucleo familiare;
- mantenere il monitoraggio “sociale e sanitario sullo sviluppo del bambino e sulla situazione familiare”.

Si vuole sottolineare la forte tendenza del Servizio alla protezione dell'unità del nucleo familiare che si tende a salvaguardare anche nelle situazioni più difficili, mediante la messa in campo di interventi sociali rivolti al mantenimento del legame della coppia madre/bambino. Se ne citano alcuni programmati più frequentemente:

- inserimento precoce in asilo nido;
- supporto educativo a domicilio;
- benefici economici e di altro genere;
- affido familiare a tempo parziale;
- accoglienza della coppia madre-bambino in Comunità Residenziale;
- collaborazione con le organizzazioni di volontariato laico e religioso per supporto alle famiglie in condizione di disagio.

Capitolo 4

“Analisi di fattibilità”

L'Accordo Distrettuale fra il Centro per le Famiglie e il Consultorio Familiare del Distretto di Lugo, realizzato nel Luglio c.a., prevede l'attivazione di progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei Consultori Familiari (come indicato nella Delibera Regionale 30/07/2002 e 2128/2007), al fine di ampliarne e potenziarne gli interventi a carattere sociale a favore delle famiglie e il supporto alla genitorialità.

Il Piano delle Azioni anno 2008 dell'Azienda USL di Ravenna, definisce, coerentemente con gli indirizzi regionali, gli obiettivi strategici per la salute e il benessere dei cittadini. Fra le aree prioritarie di intervento si rilevano:

- l'integrazione socio-sanitaria;
- percorsi integrati Ospedale- Territorio.

Per l'Area Età Evolutiva e Famiglia individua quale obiettivo strategico per l'attività dei Consultori Familiari e della Pediatria di Comunità:

- progettare e realizzare l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle funzioni consultoriali prevedendo una stretta collaborazione operativa con l'area sociale, Servizi sociali e Centro per le Famiglie, ridefinendo i processi con il contributo della professionalità sociale;
- attivare piani personalizzati con l'individuazione dei percorsi assistenziali e delle figure professionali coinvolte per permettere il miglioramento della continuità assistenziale per i bambini affetti da patologie croniche rilevanti, ivi compresi i soggetti con disturbi relazionali e/o che presentano situazioni familiari multiproblematiche e di svantaggio sociale riconosciuti dai Servizi competenti.

Il presente progetto rappresenta quindi un'opportunità di collegamento fra più contesti di cura (territorio - ospedale - servizi sociali), dove ciascuno svolge le funzioni di competenza avendo a riferimento la multidisciplinarietà e la continuità; variabili queste necessarie a ridefinire i processi di assistenza più critici in cui le fasce di popolazione a cui rivolgere prioritaria attenzione sono le donne con gravidanze “problematiche”, donne in condizione di svantaggio sociale, gravide adolescenti, immigrate in condizioni di disagio.

Mettere in atto un lavoro di integrazione fra Servizi comporta la necessità di effettuare un'analisi rispetto ai vincoli organizzativi degli stessi.

Nello specifico, ad esempio, i Servizi Sanitari sono legati al rispetto di prestazioni “standardizzate”, anche nel tempo utilizzato per ogni paziente, che spesso non permettono l'instaurarsi di una relazione che possa approfondire le problematiche sociali. Inoltre, si ipotizza che un ulteriore vincolo possa dipendere dalla diversa formazione degli operatori sociali e sanitari; ciò comporta una differente lettura delle situazioni e quindi la possibilità di una mancata individuazione precoce di situazioni a rischio sociale.

Infatti, la “cultura medica” è ancora fortemente orientata alla specializzazione e di conseguenza ad una segmentazione organizzativa; lo stesso assetto organizzativo strutturato in Servizi e Unità Operative può determinare una frammentazione e una “parziale” attenzione ai bisogni che la persona esprime in termini di salute e benessere.

Si ritiene invece che i “nuovi bisogni” della società che cambia, sempre più articolati e complessi, non consentano “risposte settoriali”, ma richiedano “risposte unitarie” che considerino la persona nella sua globalità in una logica di integrazione fra servizi e con le risorse istituzionali e non.

Capitolo 5

“Individuazione delle possibili azioni di miglioramento/cambiamento”

Per poter realizzare gli obiettivi sopra citati è necessario individuare possibili azioni di miglioramento/cambiamento:

1. aprire un canale di comunicazione e di collegamento con i servizi precedentemente citati al fine di condividere il tema del project work attraverso la realizzazione di specifici incontri tra i responsabili dei servizi individuati. A tal fine si considerano necessari una serie di incontri tra il gruppo del project work e i servizi interessati per il miglioramento dello stato dell'arte. Nel corso di questi incontri si dovranno esplicitare i bisogni emergenti per la cui soddisfazione si dovrà individuare un percorso di lavoro comune e una conoscenza reciproca delle competenze dei servizi e degli interventi che essi possono mettere in atto;
2. individuazione di figure di operatori sociali e sanitarie per la costituzione di un gruppo di lavoro che assumerà il compito di approfondire i diversi aspetti facilitanti la realizzazione del lavoro comune;
3. si valuta, quindi, necessario la ricerca di una metodologia condivisa utile alla realizzazione degli obiettivi previsti nel lavoro:
 - individuazione di indicatori che aiutino nella lettura della rilevazione delle situazioni potenzialmente a rischio sociale;
 - definizione di linee operative che configurino/delineino percorsi di lavoro integrato in aiuto e sostegno alla donna e al bambino;
 - costruzione di strumenti operativi necessari (esempio scheda di segnalazione, scheda di monitoraggio e verifica).

Costruire dei percorsi comuni è la base per motivare alla creazione di un lavoro condiviso e all'arricchimento di un progetto. Il lavoro di rete interservizi deve garantire una continuità e modalità operative condivise, deve

stimolare la creazione di nuovi linguaggi comuni e deve essere considerato come un'azione di raccordo, un'azione diretta a facilitare i sincronismi e le sinergie tra i diversi punti, formali e informali. L'obiettivo del lavoro di rete, in questo caso, è quello di costruire nuovi strumenti e condividere le conoscenze dei diversi operatori, per riuscire a rilevare in anticipo i bisogni di una certa fascia di popolazione e per cercare di intercettare e fornire una prima consulenza e un supporto a quelle situazioni potenzialmente a rischio.

Capitolo 6

“Individuazione dei fattori favorenti e dei fattori ostacolanti relativi alla implementazione delle azioni di cambiamento proposte”

Per realizzare le azioni sopra citate è necessaria la conoscenza reciproca delle competenze di ciascun servizio e la condivisione dei saperi di ciascun operatore. La costruzione di percorsi comuni favorisce l'implementazione delle azioni ed è la base per la realizzazione di una rete capace di rispondere alle situazioni problematiche che si presentano.

Fattore ostacolante alla realizzazione di un percorso integrato è la differenza nelle modalità di accoglienza tra Servizi Sociali e Sanitari e la diversità di formazione degli operatori che potrebbe comportare una mancanza di prassi al dialogo interprofessionale. Per ovviare a tale problema, tra le azioni elencate precedentemente, vi è l'individuazione di indicatori che aiutino nella lettura, nella rilevazione delle situazioni potenzialmente a rischio sociale e, un corretto uso di questi strumenti, permetterà una corretta condivisione delle competenze e dei saperi.

Fattore favorente alla realizzazione del presente progetto è sicuramente il fatto che si tratta di un progetto per la cui attuazione non si richiede la costituzione di un Servizio nuovo o quant'altro, intende infatti “mettere insieme”, “unire” figure professionali e operatività già presenti sul territorio; è un progetto quindi orientato nella metodologia dell'integrazione interservizi, che si sviluppa attraverso l'individuazione di risposte operative sociali e sanitarie, modulate sui bisogni rilevati e/o espressi.

Capitolo 7

“Analisi costo-beneficio”

I punti di forza dell'ipotesi progettuale presentata possono sintetizzarsi così:

1. riconoscimento “precoce” dei bambini e delle famiglie in condizione di disagio socio-ambientale e/o di disagio personale della madre, mediante raccolta anamnestica mirata e utilizzo di quegli indicatori considerati predittivi della condizione di rischio sociale. Ciò presuppone attenzione ai “segnali” che la famiglia trasmette (sensibilità/capacità di lettura degli operatori che hanno rapporti operativi con la gravida e/o con la famiglia);
2. “costruzione” di una rete protettiva di assistenza sociale/sanitaria basata sul lavoro integrato che preveda anche il coinvolgimento di associazioni che svolgono attività di supporto e di sostegno alle famiglie disagiate;
3. il monitoraggio sociale e sanitario delle gravide/madri in condizione di disagio può consentire agli operatori l'identificazione alla nascita del bambino a rischio sociale e l'individuazione precoce delle difficoltà emergenti; ciò può favorire la decisione “tempestiva” di un progetto di aiuto personalizzato.

Tutto questo presuppone una forte motivazione e predisposizione all'integrazione socio-sanitaria, necessaria per aprire quel canale di comunicazione e di collegamento dei servizi e la realizzazione degli incontri di cui si parla nel punto 1 del capitolo 5.

Capitolo 8

“Pianificazione delle azioni per realizzare il progetto”

Come descritto nel capitolo 5, una necessità primaria consiste nella ricerca di “canali comunicativi” fra Servizio Sociale e i Servizi Sanitari individuati, per tendere ad attuare procedure operative favorevoli al raggiungimento degli obiettivi del progetto. Gli incontri dovranno prevedersi a cadenza regolare e continuativa da effettuarsi con la seguente modalità:

- prima fase: incontri dedicati ai responsabili/referenti dei Servizi individuati (Centro per le Famiglie, Consultorio Familiare, Pediatria di Comunità, reparto ospedaliero di Ginecologia e Ostetricia) per:
 - presentazione e condivisione del bisogno emergente nel project work;
 - conoscenza approfondita dei progetti in essere nei vari Servizi;
 - condivisione degli obiettivi che si pone il presente progetto;
 - individuazione delle figure professionali che ogni Servizio individuerà ed invierà al gruppo di lavoro e di approfondimento.

- seconda fase: incontri con gli operatori dei vari Servizi per:
 - presentazione e condivisione del bisogno emergente nel project work;
 - condivisione degli obiettivi che si pone il project work;
 - confronto per arrivare ad una metodologia comune attraverso l'individuazione anzitutto di indicatori utili a rilevare in maniera efficace le situazioni a rischio sociale, le modalità di una presa in carico interservizi e la costruzione di strumenti operativi condivisi.

In questi tavoli di lavoro si dovrà fare una approfondita analisi dei compiti e delle funzioni di ciascun Servizio per riuscire a costruire progetti sulle persone che includano interventi efficaci da un punto di vista sociale e sanitario. Nello specifico si tratta di un target che riguarda le donne gravide (possibilmente nel primo periodo).

Si è ritenuto opportuno stilare una bozza di scheda contenente gli indicatori sociali oggetto di condivisione in questi incontri. Tale bozza sarà posta all'attenzione del gruppo di lavoro e oggetto di riflessioni per giungere ad una capacità di lettura comune fra tutti gli operatori che consenta una rilevazione il più possibile efficace. Dovrà essere integrata dagli indicatori sanitari rilevanti già in possesso ai Servizi Sanitari.

Nell'osservare la madre e la sua situazione familiare si ritiene utile fermare l'attenzione a:

1. età, se inferiore a 20 anni;
2. composizione del nucleo familiare (se primo figlio);
3. nazionalità e padronanza linguistica (perché la lingua limita la comunicazione);
4. stato civile (famiglie monoparentali, coppia mista);
5. livello di istruzione;
6. reddito familiare (se inferiore alla soglia minima);
7. condizione lavorativa;
8. andamento della gravidanza e la regolarità dei controlli;
9. condizione abitativa;
10. se già conosciuta dai Servizi Sociali;
11. se o lei o il marito o un familiare presenta problemi di alcolismo, tossicodipendenza, o malattie croniche e/o invalidanti;
12. se vi sono familiari portatori di handicap o disabili (fisici, cognitivi, psichici);
13. se infine questa madre è sorretta da una rete sociale e parentale sufficiente, informale, insufficiente o addirittura assente.

Gli incontri con gli operatori Sanitari dovranno essere mantenuti a cadenza regolare anche in previsione della definizione di progetti personalizzati e del monitoraggio in itinere.

Il progetto personalizzato dovrà comprendere gli interventi che i Servizi Socio-Sanitari coinvolti dovranno mettere in atto per garantire il ben-essere alla mamma e al bambino.

Tra le azioni si possono prevedere interventi Socio-Sanitari integrati dopo la nascita del bambino, che mettano in campo operatori dei vari Servizi. Appare necessario, per poter assicurare alle future mamme che vivono condizioni di disagio sociale un efficace “monitoraggio della gravidanza”, il coinvolgimento anche del Medico di famiglia, quale “osservatore” privilegiato di tutto il nucleo familiare.

Le segnalazioni delle situazioni eventualmente rilevate dal personale sanitario, oltre ad essere oggetto di riflessioni comuni, dovranno essere formalizzate al Servizio Sociale attraverso una specifica scheda di segnalazione del “caso”. La scheda dovrebbe comprendere l’insieme degli indicatori sociali e sanitari che il gruppo avrà elaborato in un lavoro integrato.

Capitolo 9

“Criteri di valutazione e tempi di realizzazione”

Questo project work può configurarsi come un progetto a carattere sperimentale, fase da prevedersi della durata di un anno.

In questo anno si prevedono due momenti di valutazione dell'andamento del progetto: dopo sei mesi dal primo incontro del gruppo di lavoro e dopo altri sei mesi.

L'attività valutativa sarà svolta dagli operatori sociali e sanitari coinvolti.

Attraverso tale attività si constateranno i reali effetti prodotti dagli interventi messi in atto e ciò potrà fornire elementi per un miglioramento ed una eventuale riprogettazione.

Come sopra citato, la valutazione verrà realizzata in itinere e terrà presente i seguenti indicatori di processo:

La fase valutativa verrà effettuata tenendo conto del:

- numero degli incontri interservizi;
- numero dei partecipanti ai tavoli di lavoro e specifiche professionalità;
- numero delle situazioni segnalate dal tavolo di lavoro;
- numero dei progetti presi in carico e seguiti in modo integrato;
- numero dei casi segnalati dal tavolo di lavoro, presi in carico e successivamente dimessi con esito positivo;
- numero dei “casi” non segnalati dal tavolo di lavoro e presi in carico successivamente in emergenza.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto per poter costruire percorsi e modalità operative integrate fra Servizio Sociale e Servizi Sanitari al fine di individuare e sostenere situazioni definibili di “maternità fragile”, elemento fondante è la creazione di una metodologia di lavoro basata sull’integrazione. A tal fine si vuole sottolineare l’importanza del confronto costante tra operatori sociali e sanitari per mettere in atto un lavoro comune ed in sinergia fra i vari servizi coinvolti. Affinché tali momenti di confronto non rimangano fini a se stessi si dovranno mettere in campo le azioni e gli interventi concreti progettati sul comune obiettivo “protezione della madre e del bambino a rischio sociale”. Come spiegato nel Capitolo 3, risulta quindi importante creare una rete “protettiva” basata su un lavoro interservizi per *prevenire* gli effetti negativi che la condizione di disagio socio-ambientale può determinare sullo sviluppo psico-fisico del bambino.

Attraverso l’attività valutativa prevista nel presente progetto si constateranno poi gli effetti prodotti dagli interventi messi in campo che dovrebbero fungere da stimolo agli operatori coinvolti affinché il confronto fra Servizi possa diventare prassi comune.

Nell’ottica di un miglioramento delle attività di integrazione tra i diversi Servizi/Agenzie, è auspicabile la “messa in rete” di altre “risorse” presenti, dirette alla tutela dei minori a rischio sociale, che, in itinere, potrebbe anche portare alla realizzazione di Linee Guida e/o Protocolli di intesa, fra le diverse “agenzie” individuate e coinvolte.

Il presente progetto può essere quindi considerato come un’opportunità capace di mettere in collegamento i diversi contesti di cura all’interno dei quali ciascun operatore svolge le proprie funzioni in base alle proprie competenze, avendo come riferimento la multidisciplinarietà e la continuità delle azioni.

Bibliografia

- Galli D. “Il Servizio Sociale per minori”, Edizione Franco Angeli, 2005.
- Farneti A. “Elementi di psicologia dello sviluppo”, Edizione Carocci, 1998.
- Donati P. “Teoria relazionale della società”, Edizione Franco Angeli, 2000.
- Legge Nazionale 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali”.
- Legge Regionale 2/2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali”.
- Accordo distrettuale tra Centro per le Famiglie e Consultorio Familiare del Distretto di Lugo.
- Delibera Regionale n. 2128/2007 e n. 396 del 30 Luglio 2002.
- Piano delle Azioni dell’Azienda U.sl. di Ravenna, Anno 2008.