

PROMUOVERE LE  
COMPETENZE GENITORIALI:  
**IL LAVORO IN ÉQUIPE**  
**MULTIPROFESSIONALI PER IL**  
**SUPPORTO ALLE FAMIGLIE IN**  
**SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ**

---



PROMUOVERE LE  
COMPETENZE GENITORIALI:  
**IL LAVORO IN ÉQUIPE**  
**MULTIPROFESSIONALI PER IL**  
**SUPPORTO ALLE FAMIGLIE IN**  
**SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ**

---

Centro Regionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza di cui alla L.R. 31 del 2000, Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza.



### **Assessorato alle Politiche Sociali**

Serena Spinelli

### **Settore Innovazione sociale**

Alessandro Salvi

**Istituto  
degli  
Innocenti**



### **Presidente**

Maria Grazia Giuffrida

### **Direttore Generale**

Giovanni Palumbo

### **Area Infanzia e Adolescenza**

Aldo Fortunati

### **Servizio Formazione**

Maurizio Parente

**PROMUOVERE LE COMPETENZE GENITORIALI:  
IL LAVORO IN ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI PER IL SUPPORTO  
ALLE FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ**

### **Hanno curato l'elaborazione dei dati e la stesura dei contributi**

Anna Ajello, Lorella Baggiani, Bianca Rita Berti, Serena Bini, Ana Maria Blanaru, Manila Bonciani, Cristina Calvanelli, Irene Candeago, Maria Letizia Ciompi, Silvia Dragoni, Grazia Fazzino, Valentina Galastri, Susanna Giaccherini, Donatella Giovannetti, Roberto Leonetti, Stefano Lomi, Luciano Luccherino, Paola Manna, Mariagiulia Mannocci, Sandra Maradei, Rosa Maranto, Riccardo Nocentini, Maurizio Polieri, Roberto Ricciotti, Roberta Romano, Alessandro Salvi, Matilde Sanesi, Tonina Michela Tanda, Maurizio Tempestini, Caterina Tocchini, Sandra Traquandi, Simona Viani, Angela Vignozzi

### **Hanno collaborato**

Farnaz Farahi, Barbara Giachi, Silvia Notaro

2021, Istituto degli Innocenti, Firenze

La presente pubblicazione è stata realizzata dall'Istituto degli Innocenti di Firenze nel quadro delle attività del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza.

Tutta la documentazione prodotta dal Centro regionale è disponibile sul sito web:

**[www.minoritoscana.it](http://www.minoritoscana.it)**

La riproduzione è libera con qualsiasi mezzo di diffusione, salvo citare la fonte e l'autore

---

# Sommario

PREMESSA	5
Obiettivi, partecipanti e articolazione dei moduli formativi	7
Glossario	11
<b>PARTE PRIMA</b>	
<b>LINEE D'INDIRIZZO NAZIONALI E REGIONALI</b>	13
<b>Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva</b>	14
<b>Il Piano Integrato Sociale e Sanitario regionale 2018-2020 e la programmazione territoriale</b>	19
Concetti significativi e finalità del PSSIR	19
Articolazione del PSSIR	20
Le schede operative	21
Le linee di azione	23
La programmazione multilivello	24
Il Piano integrato di salute (PIS)	25
Dalla Programmazione Operativa Annuale (POA) al Piano Integrato di Salute (PIS)	26
<b>La programmazione regionale e locale per il contrasto alla povertà</b>	31
<b>Coprogettazione dei servizi in Toscana</b>	36
La coprogettazione	36
Sintesi dei principali riferimenti normativi	36
La sperimentazione di buone pratiche di coprogettazione in Regione Toscana.	37
Il terzo settore in Toscana	38
<b>Linee di indirizzo per la programmazione educativa integrata di Zona</b>	40
<b>Prevenzione, Promozione e Protezione: gli indirizzi regionali</b>	46
Il sistema di Promozione, Prevenzione e Protezione	46
Lavorare in équipe: riferimenti programmatici	46
Lavorare in équipe: strumenti operativi	47
<b>Il programma nazionale P.I.P.P.I. nell'esperienza di alcuni servizi territoriali</b>	53
L'esperienza dell'Ambito Pratese	55
L'esperienza della Piana di Lucca.	
Un lavoro "alla P.I.P.P.I.": nota sulla giornata formativa di Pontedera	56
<b>Il lavoro di équipe integrata nel percorso di sostegno alla nascita e alla genitorialità</b>	60
La riorganizzazione delle attività consultoriali	60
Sintesi degli indirizzi regionali	61
Sostegno alla genitorialità e lavoro di équipe	61
<b>Salute mentale e famiglie: indirizzi e interventi di sostegno alla genitorialità secondo l'ottica dell'integrazione multidisciplinare</b>	63
Il concetto di salute mentale e la sua promozione	63
Linee guida e Raccomandazioni ai Servizi per una efficace promozione della salute mentale	63
Il sostegno alle competenze genitoriali. Il contesto di riferimento	64
Indirizzi per lavorare al sostegno delle competenze genitoriali	64
Progettualità e pratiche innovative all'interno dei servizi di salute mentale infanzia adolescenza in ottica di pianificazione integrata nell'area del sostegno alla genitorialità	65
<b>Il contesto integrato dei servizi e degli interventi: indicatori e profili Zonali</b>	68

## **PARTE SECONDA**

ESPERIENZE DAL TERRITORIO	71
Progetto Rifornimento in volo: esperienza nella Zona Livornese sul rischio sociale in gravidanza e puerperio	72
Progetto Rifornimento in volo: l'attività di rilevazione del disagio psichico nei Consultori familiari aziendali	75
Promuovere le competenze nella genitorialità disfunzionale tra valutazione e intervento	81
Fattori da mettere a sistema	82
Il Lavoro in équipe nel percorso adottivo	84
Fattori da mettere a sistema	85
Progettualità e pratiche innovative per il sostegno alla genitorialità e il benessere delle famiglie.	
Il sostegno alla genitorialità rivolto a gruppi di genitori di bambini con patologie gravi	87
Gli interventi a sostegno delle famiglie nell'UFSMIA Arezzo-Casentino-Valtiberina	90
Le équipe multiprofessionali. Esperienza SdS Senese	95
La specificità del lavoro in équipe multidisciplinare: l'esperienza del consultorio di Arezzo	97
La specificità del lavoro in équipe multidisciplinare dell'unità funzionale attività consultoriali di Arezzo in ambito consultoriale: dalle origini all'attualità	97
Promuovere le competenze genitoriali: l'esperienza dell'unità funzionale attività consultoriali di Arezzo	100
I punti di forza e debolezza	102
S.O.S. tenere la funzione genitoriale	103

## **PARTE TERZA**

PUNTI DI FORZA, FATTORI DA METTERE A SISTEMA, STRUMENTI OPERATIVI E PROSPETTIVE DI SVILUPPO	109
Punti di forza	110
Fattori da mettere a sistema	111
Strumenti operativi	112
Prospettive di sviluppo	115
Allegati	122
Programma delle giornate formative	123
Strumenti di lavoro	126
- Allegato 1	126
- Allegato 2	127
- Allegato 3	128
- Allegato 4	129
- Allegato 5	139

## Premessa di Alessandro Salvi

*Dirigente Settore Innovazione sociale, Regione Toscana*

La Regione Toscana è impegnata da anni nella costruzione di un modello di intervento e di accompagnamento delle famiglie in situazione di vulnerabilità che metta a sistema i vari percorsi sperimentati negli ambiti territoriali toscani, avvalendosi anche delle opportunità e dei finanziamenti nazionali attivati grazie ai Fondi erogati dal Dipartimento Politiche per la Famiglia e alle risorse destinate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'implementazione del Programma nazionale P.I.P.P.I. finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione dei bambini e dei ragazzi ed al sostegno alla genitorialità positiva e ben-trattante.

La relazione genitoriale, infatti, se attraversata da fattori di vulnerabilità personale, di crisi sociale, economica o di disgregazione della coppia, può far emergere rischi di negligenza e trascuratezza nella cura dei figli con conseguente necessità da parte delle istituzioni pubbliche di individuare risposte alle sofferenze e ai disagi di bambini e ragazzi per i quali l'allontanamento dalla propria famiglia non risulta essere l'intervento più appropriato. Uno scenario questo che può inasprirsi a causa della storia recente, caratterizzata dall'emergenza sanitaria da Covid-19, nella quale l'esposizione all'esclusione sociale di nuclei familiari con figli anche molto piccoli può accelerare la corsa verso la deprivazione e la povertà educativa. La realtà in cui siamo improvvisamente calati richiama ancor più l'attenzione sulla dimensione preventiva e promozionale degli interventi sociali e sociosanitari e sulla costruzione di comunità capaci di fare rete e di connettere operativamente le opportunità e gli scenari di lavoro. Non è un caso che nell'ultimo quinquennio, la Regione Toscana abbia inteso, attraverso i suoi atti, orientare l'intero sistema dei servizi, da quelli dedicati alla Prevenzione e Promozione a quelli impegnati sulla Protezione, verso la creazione di un modello di intervento integrato basato sulla valutazione multidimensionale e sull'attivazione di équipe multidisciplinari, in coerenza con quanto previsto dai Lea (livelli essenziali di assistenza) relativi agli interventi di supporto psicologico individuati attraverso il DPCM 12 gennaio 2017.

A partire da questi riferimenti di sviluppo e attraverso l'operatività dei percorsi più innovativi, sopra menzionati, si è potuto recepire nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (DCR 73/2019) e nelle relative schede operative (DGR 273/2020) il principio del cambio di "paradigma delle politiche di welfare verso obiettivi di natura promozionale, di sostegno all'autonomia delle persone e delle famiglie, di determinazione della persona rispetto alle proprie cure". Nell'ambito degli interventi sull'infanzia e l'adolescenza un simile assunto ha rappresentato la naturale congiuntura all'idea di fondo di non considerare i percorsi di protezione una soluzione disgiunta dai contesti della prevenzione e della promozione ma di ricollocarli semmai in maniera organica nel più articolato sistema di Prevenzione, Promozione e Protezione dedicato all'infanzia, all'adolescenza ed alle famiglie. La corrispondenza tra obiettivi di incremento dei livelli di protezione dei bambini ed opportunità di crescita professionale ed organizzativa per il sistema territoriale dei servizi, sta del resto alla base delle indicazioni fornite nel più recente periodo in relazione alla gestione associata, o

comunque correlata, dei diversi filoni di finanziamento, sia nazionale che regionale, incardinata intorno all'importante novità del ripristino del vincolo del 40% quale quota da destinare all'infanzia ed all'adolescenza nel contesto del Fondo Nazionale Politiche Sociali: si colloca su questa lunghezza d'onda, non a caso, anche l'ultimo provvedimento di programmazione nell'area infanzia e adolescenza, la deliberazione di Giunta regionale 998 del 27 luglio 2020, ("Sviluppo del Sistema regionale di Promozione, Prevenzione e Protezione dell'infanzia e dell'adolescenza annualità 2020. Implementazione delle linee guida nazionali sulla genitorialità vulnerabile ed estensione del Programma P.I.P.I. Assegnazione dei Fondi Famiglia per il rafforzamento delle équipe multidisciplinari. Sostegno ai Centri adozione di area vasta"). In questo provvedimento la saldatura tra l'implementazione delle linee guida nazionali per l'accompagnamento alla genitorialità vulnerabile e lo sviluppo dei servizi territoriali a sostegno delle famiglie, e tra queste azioni e la programmazione sul Fondo Nazionale Politiche Sociali, è stata definita a partire dalla sottolineatura delle indicazioni di riferimento concettuale ed operativo che ricorrono nei diversi percorsi e che concorrono in maniera comune al consolidamento del modello di intervento integrato e multidimensionale.

Per favorire il consolidamento del sistema integrato di competenze, il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza ha proposto alcuni percorsi formativo-informativi mirati al rafforzamento del modello toscano di intervento multiprofessionale nei percorsi di prevenzione e protezione a favore di famiglie con bisogni complessi. Una prima edizione del percorso formativo (svolta nel primo semestre dell'anno 2019) ha coinvolto operatori di ambito sociale, sanitario ed educativo dell'Area Vasta Toscana Centro, in particolare le Zone Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est e Mugello. Una seconda edizione (svolta tra l'ultimo semestre dell'anno 2019 e conclusa nel primo semestre del 2020), aggiornata e in parte rivisitata, ha coinvolto operatori dei territori dell'Area Vasta Toscana Nord-Ovest e dell'Area Vasta Toscana Sud-Est.

L'obiettivo della presente pubblicazione è dunque rappresentato dalla documentazione del percorso formativo "Promuovere le competenze genitoriali: il lavoro in équipe multiprofessionali per il supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità" che, essendosi dispiegato in parte lungo il periodo di stesura del Piano Regionale Integrato Sanitario e Sociale, ha contribuito, con il suo portato di esperienze e contenuti, a definirne la cornice di senso. L'auspicio è inoltre che si possano stimolare riflessioni e confronti all'interno del sistema dei servizi, affinché si strutturino modalità organizzative adeguate a creare condizioni di vantaggio sociale e a sostenere la funzione ben-trattante dei genitori nei confronti dei figli. Il buon esito di questa e di precedenti esperienze formative inerenti modelli di intervento integrati e multiprofessionali nel supporto alla genitorialità fragile, ha fatto maturare l'idea di realizzare una pubblicazione che documentasse il percorso svolto, il quadro di sfondo delle politiche integrate in favore delle famiglie in situazione di vulnerabilità, le esperienze e buone prassi rintracciate a livello dei servizi territoriali con l'intento di diffonderne la conoscenza e la conseguente condivisione su tutto il territorio alimentando in tal modo la comunità di pratiche che accompagna i nuclei.

## Obiettivi, partecipanti e articolazione dei moduli formativi

L'obiettivo primario del percorso formativo (in entrambe le sue edizioni) è stato quello di promuovere o consolidare percorsi di innovazione nei modelli di prevenzione e protezione sociale, sia sul piano politico-gestionale sia nella pratica operativa di servizi a favore della genitorialità vulnerabile, centrati in un'ottica di azioni integrate e multidisciplinari. La proposta formativa ha voluto quindi agire su due diversi livelli, corrispondenti a due differenti target di partecipanti, ovvero:

- un livello istituzionale, composto da amministratori locali, funzionari responsabili dei servizi sociali e direttori asl/società della salute coinvolti nella programmazione e gestione dei servizi, nonché referenti territoriali del reddito di cittadinanza;
- un livello professionale, composto da assistenti sociali, educatori, psicologi, neuropsichiatri coinvolti nella realizzazione di interventi di supporto alla genitorialità fragile.

Il primo ciclo formativo (Area Vasta Toscana Centro) si è svolto con un primo incontro il 6 maggio 2019 presso l'Istituto degli Innocenti di Firenze, mentre gli altri due incontri sono stati realizzati l'11 e il 18 giugno 2019, sempre nella stessa sede. Negli eventi formativi sono state presentate progettualità e buone pratiche regionali e territoriali come esempi di innovazione nel supporto alle genitorialità vulnerabili in un'ottica integrata tra area sociale e sanitaria.

Il secondo ciclo formativo (Aree Vaste Toscana Nord-Ovest e Toscana Sud-Est) si è svolto con un primo incontro il 10 dicembre 2019 presso l'Istituto degli Innocenti di Firenze, mentre gli altri due incontri sono stati realizzati, in modo decentrato, a Pontedera, per gli operatori dell'Area Vasta Nord-Ovest, il 21 gennaio e 18 febbraio 2020 e a Siena, per gli operatori dell'Area Vasta Sud-Est, il 22 gennaio e il 19 febbraio 2020.

Le due edizioni sono state progettate con contenuti e metodologie formative in buona parte sovrapponibili, facendo tuttavia riferimento a esperienze e prassi distinte perché collegate alla realtà operativa dei servizi afferenti alle diverse zone e aziende asl di riferimento.

In sintesi, quindi, ciascuna delle due edizioni, ha previsto che gli operatori partecipassero a tre moduli formativi. Il primo incontro, aperto alla partecipazione sia degli operatori dei servizi che delle figure con ruoli direttivi e gestionali, ha inteso definire la cornice delle politiche nazionali e regionali a supporto delle famiglie in situazione di vulnerabilità; il secondo è stato volto ad approfondire, su una dimensione regionale e territoriale, strumenti e pratiche di lavoro integrato in équipe multiprofessionali nell'ambito del supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità con un focus specifico su servizi consultoriali e territori che hanno aderito a P.I.P.P.I.; un terzo e ultimo incontro ha approfondito esperienze e pratiche nate e sviluppate nel contesto dei servizi di salute mentale nei territori.

L'obiettivo formativo del percorso ha identificato come target di partecipanti gli operatori che lavorano nei servizi sociali, nei consultori e nei dipartimenti di salute mentale, ovvero assistenti sociali, psicologi, ostetriche ed educatori professionali. La grande partecipazione all'evento di operatori del settore sanitario delle tre aree vaste è stata un importante risultato (oltre 200 nelle due edizioni), raggiunto non solo grazie alla coprogettazione intersettoriale regionale, ma anche per il forte interesse per le forme di contaminazione e integrazione professionale manifestato dagli operatori appartenenti sia al settore sociale che a quello sanitario.

Per comprendere l'esatta articolazione del percorso si rimanda alla lettura dei programmi delle giornate in allegato. Nelle sezioni a seguire vengono riportati in sintesi i contenuti affrontati nel corso dell'intero percorso formativo.

Nella prima parte si inquadrano le politiche a favore della genitorialità nel contesto della programmazione nazionale e regionale di ambito sociale, sociosanitario, educativo mettendo in evidenza le opportunità di una visione trasversale e intersettoriale degli interventi.

All'interno di questa parte Cristina Calvanelli (ricercatrice presso l'Istituto degli Innocenti), attraverso il suo contributo *Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*, fornisce un primo *framework* di riferimento teorico e normativo sulle politiche inerenti all'intervento con bambini e famiglie.

Con il contributo *Il Piano Integrato Sociale e Sanitario regionale 2018-2020 e la programmazione territoriale. La programmazione regionale e locale per il contrasto alla povertà*, Riccardo Nocentini, afferente al Settore Politiche per l'integrazione sociosanitaria di Regione Toscana, illustra i concetti significativi e finalità del PSSIR, le schede operative le principali linee di azione del piano.

Caterina Tocchini, funzionario dell'Osservatorio sociale della Regione Toscana, con il contributo *La programmazione regionale e locale per il contrasto alla povertà*, definisce gli obiettivi del Piano regionale per il contrasto alla povertà (accesso e presa in carico, équipe multidisciplinari, progetto personalizzato, rete territoriale) e le sue principali ricadute applicative.

*Il ruolo della coprogettazione dei servizi in Toscana* viene presentato da Stefano Lomi (funzionario programmazione esperto di Regione Toscana) che evidenzia come tale istituto possa realizzare efficacemente l'incontro tra domanda e offerta, generando anche soluzioni inedite per rispondere ai bisogni individuali e collettivi.

Sandra Traquandi (Posizione Organizzativa settore "Educazione e istruzione" della Regione Toscana) affronta il sistema della *governance* nel suo contributo dal titolo *Linee di indirizzo per la programmazione educativa integrata di Zona*.

*Prevenzione, Promozione e Protezione: gli indirizzi regionali* di Lorella Baggiani (funzionario settore "Innovazione sociale" della Regione Toscana), Serena Bini (Assistente amministrativo settore "Innovazione sociale" della Regione Toscana), e Irene Candeago (ricercatrice Istituto degli Innocenti) mira a presentare, a partire dai principali riferimenti normativi, l'importanza del lavoro in équipe ed i relativi strumenti operativi.

Ana Maria Blararu (Assistente sociale – tutela minori – SDS Pratese), Sandra Maradei (Psicologa UFS. Attività Consultoriali Prato), Angela Vignozzi (Assisten-

te sociale, Coordinatore Professionale Tutela Minori – SDS Pratese), Mariagiulia Mannocci (Assistente sociale del Comune di Capannori) e Maurizio Polieri (Psicologo delle Attività consultoriali ASL nord-ovest Lucca) approfondiscono finalità e caratteristiche del programma nazionale P.I.P.P.I. presentando le esperienze dei rispettivi servizi territoriali.

Questa parte del volume prosegue con il contributo *Il lavoro di équipe integrata nel percorso di sostegno alla nascita e alla genitorialità* di Anna Ajello (Funzionario settore “Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità” della Regione Toscana) teso a fare una disamina della riorganizzazione delle attività consultoriali e a sottolineare il ruolo del lavoro di équipe nel sostegno alla genitorialità.

Roberto Leonetti (Consulente Regione Toscana salute mentale infanzia e adolescenza) presenta *La salute mentale e famiglie: indirizzi e interventi di sostegno alla genitorialità seguendo l'ottica dell'integrazione interdisciplinare* seguendo i riferimenti e le raccomandazioni presenti nelle Linee guida OMS, nel Libro Verde della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e nel PISS della Regione Toscana 2018-2020.

La seconda parte, si concentra sull'inquadramento degli ambiti di attività e azione dei tre settori regionali più coinvolti, in stretta relazione coi territori, nella programmazione e gestione di servizi e interventi per le famiglie in situazione di fragilità: il settore sociale, consultoriale e sanitario.

Rosa Maranto (Responsabile Percorso Multidisciplinare Area consultoriale Toscana Nord-Ovest Responsabile UF consultoriale Livorno) propone in questa sezione, attraverso il contributo *Progetto Rifornimento in volo: esperienza nella Zona Livornese sul rischio sociale in gravidanza e puerperio*, la descrizione di un progetto volto a riflettere sul ruolo dell'Assistente sociale all'interno delle équipe consultoriali che si occupano di questi specifici rischi.

Questa seconda parte prosegue con un contributo di Grazia Fazzino (Psicologa psicoterapeuta, Responsabile Progetto Sostegno alla genitorialità vulnerabile, Responsabile UF consultoriale Valdera) intitolato *Progetto Rifornimento in volo: l'attività di rilevazione del disagio psichico nei Consulenti familiari aziendali* che delinea le specificità della presa in carico durante e dopo la gravidanza da parte dei diversi professionisti coinvolti nei diversi setting.

Con il contributo *Promuovere le competenze nella genitorialità disfunzionale tra valutazione e intervento*, Bianca Rita Berti (Psicologo-Psicoterapeuta UFSMIA USL Toscana Nord-Ovest, Zona Pisana) e Roberta Romano (Neuropsichiatra Infantile Responsabile UFSMIA USL Toscana Nord-Ovest, Zona Pisana) accompagnano il lettore nell'iter previsto per valutare le funzioni genitoriali in nuclei dove è emersa psicopatologia e/o disabilità nei minori.

*Il Lavoro in équipe nel percorso adottivo* di Maria Letizia Ciompi (Responsabile Organizzativo Adozione Zona Pisana, Centro Adozione Area Vasta Nord-Ovest Pisa, Formatore Adozioni Area Vasta, Coordinatore Adozione Area Vasta Nord-Ovest, Assistente sociale Azienda USL Toscana Nord-Ovest Pisa) è un contributo che offre una descrizione di un modello di intervento per la preparazione/formazione delle coppie aspiranti all'adozione.

Susanna Giaccherini (Psicologa UFSMIA Arezzo-Casentino-Valtiberina, Coordinatore Gruppo Tutela Minori Zona Aretina, USL Toscana Sud-Est), Valentina Ga-

lastri (Psicologa UFSMIA Arezzo- Casentino-Valtiberina, USL Toscana Sud-Est) e Luciano Luccherino (Neuropsichiatra Responsabile UFSMIA Arezzo-Casentino-Valtiberina USL Toscana Sud-Est) con il contributo *Gli interventi a sostegno delle famiglie nell'UFSMIA Arezzo-Casentino-Valtiberina*, presentano una sintesi degli interventi a sostegno delle famiglie dell'Unità Funzionale Infanzia-Adolescenza Arezzo-Casentino-Valtiberina.

Il contributo *La specificità del lavoro in équipe multidisciplinare in ambito consultoriale: dalle origini all'attualità* di Tonina Michela Tanda (Psicologa e psicoterapeuta Azienda USL Toscana Sud-Est) propone una disamina dei paradigmi di riferimento per le pratiche della cura all'interno delle attività consultoriali.

Segue lo scritto di Silvia Dragoni (Assistente sociale UF consultoriali Arezzo USL Toscana Sud-Est) *Promuovere le competenze genitoriali: l'esperienza dell'unità funzionale attività consultoriali di Arezzo*, grazie al quale viene presentato il progetto aziendale *Accompagnare i genitori e proteggere i figli*, che aveva come obiettivo generale il sostegno alla genitorialità fragile e l'individuazione precoce della fragilità genitoriale.

A conclusione della sezione, il contributo *S.O.S. tenere la funzione genitoriale* di Maurizio Tempestini (Funzionario del Comune di Pistoia), Donatella Giovannetti (Assistente sociale del Comune di Pistoia) e Matilde Sanesi (Psicologa dell'Università degli Studi di Firenze) che descrive un progetto di prevenzione e promozione del benessere della funzione genitoriale, come risposta alla necessità di fare rete con le famiglie con minori del territorio, e sostenerle nella loro funzione genitoriale.

Nella terza sezione vengono brevemente presentate alcuni spunti operativi tratti dalle esperienze territoriali presentate nel ciclo formativo, che hanno saputo valorizzare percorsi di presa in carico e modalità di lavoro integrato nell'ambito dei servizi territoriali. Si tratta di spunti di riflessione e conclusioni che, dalla rilettura ragionata di tutti i contributi raccolti, si ritiene possano in qualche misura orientare gli approcci istituzionali e operativi nell'ambito del supporto integrato alle famiglie in situazione di vulnerabilità. Infine, vengono segnalati alcuni link a risorse utili per chi intende approfondire da un punto di vista teorico ma soprattutto pratico il lavoro in questo ambito di intervento.

Conclude il volume la pubblicazione degli allegati che contengono alcuni strumenti operativi che possono rappresentare un utile orientamento all'operatività.

## Glossario

AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
AS	Assistente sociale
AV	Area vasta
CAN	Corso di Accompagnamento Nascita
COS	<i>Circle of Security</i> - Circolo della Sicurezza
DG	Delibera Giunta
DGR	Delibera di Giunta Regionale – Regione Toscana
D.Lgs.	Decreto legislativo
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
STE	Enti del Terzo Settore
LEA	Livelli essenziali di assistenza
LR	Legge regionale
PAL	Piano Attuativo Locale
PdF	Pediatri di Famiglia
P.E.Z.	Progetti Educativi Nazionali
P.I.P.P.I.	Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione
PIS	Piano Integrato di Salute
PIZ	Piano d'Inclusione Zonale
POA	Programmazione Operativa Nazionale
PS	Psicologo
PSSIR	Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale
PON	Piano Operativo Nazionale
POR	Piano Operativo Regionale
FSE	Fondo sociale europeo
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
ASSO	Anagrafica Strutture Residenziali
ASMI	Anagrafica Minori nelle strutture Residenziali
MSSS	<i>Maternity Social Support Scale</i>
ROA	Referente Organizzativo per l'Adozione
ROAZ	Referente Organizzativo per l'Adozione di Zona
SdS	Società della Salute
SerD	Servizio Dipendenze
SIA	Sostegno per l'inclusione attiva
SMA	Salute Mentale Adulti
TM	Tribunale Minori
UF	Unità Funzionale
UFA	Unità Funzionale Aziendale
UFSMA	Unità Funzionale Salute Mentale Adulti
UFSMIA	Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
USL	Unità Sanitaria Locale
UUFF	Unità Funzionali
UVMi	Unità Valutazione Minori





# 1

**PARTE I**  
LINEE D'INDIRIZZO  
NAZIONALI E REGIONALI

## Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva di **Cristina Calvanelli**<sup>1</sup>

Le Linee d'indirizzo rappresentano strumenti di orientamento nazionale in materia di presa in carico di minori e famiglie. Si tratta di strumenti di *soft law* approvati in Conferenza Unificata Stato Regioni e sono il frutto di un lavoro collegiale e pluriennale realizzato in seno a tavoli istituzionali nazionali presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali con la partecipazione di tutti i soggetti protagonisti dei processi delineati dai documenti. Questi strumenti hanno l'obiettivo di costruire un sistema il più possibile omogeneo in tutto il Paese in grado di offrire servizi equi e appropriati nei confronti di bambini, ragazzi e famiglie attraverso la definizione di orientamenti comuni su specifiche linee di azione.

Il quadro nazionale di indirizzi e di idee di riferimento che orientano il lavoro di cura e accompagnamento dei minori e delle famiglie è rappresentato da tre documenti: *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare* (2012); *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni* (2017) per l'area della tutela; *Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva* (2017), per l'area della prevenzione.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - in collaborazione con l'Università di Padova -, le Città riservatarie del Fondo 285 (coinvolte in via sperimentale tra il 2011 e il 2013), le Regioni e Ambiti Territoriali (aderenti a partire dall'anno 2014) sono al contempo protagonisti della sperimentazione del Programma P.I.P.P.I. e della redazione delle *Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*.

Si tratta, come si evince già dal titolo, di Linee di indirizzo destinate ad un lavoro "con" bambini e famiglie e non "per" bambini e famiglie; ciò implica una partecipazione attiva e una responsabilità condivisa di operatori, famiglie e, nel limite del possibile, anche dei bambini stessi, non destinatari passivi di interventi, bensì parte attiva del percorso.

Le famiglie vengono al contempo definite "in situazione di vulnerabilità" e non etichettate come "fragili"; la situazione di vulnerabilità identifica una fase del rapporto genitori-figli, che può essere transitorio, mutevole e che viene modellato anche sulla base di un contesto sociale che può non essere dei più accoglienti. Non sempre, quindi, sono le famiglie ad essere fragili, può essere il contesto stesso a metterle in una condizione di vulnerabilità dalla quale possono uscire con l'aiuto di più fattori protettivi. Non a caso, il sottotitolo delle Linee d'indirizzo evidenzia l'importante azione di "promozione della genitorialità po-

---

<sup>1</sup> Ricercatrice Istituto degli Innocenti, c/o Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

sitiva”; una visione, quindi, in cui la genitorialità viene sostenuta e accompagnata a sviluppare i suoi caratteri positivi, e non stigmatizzata rispetto alle sue possibili fragilità.

Le suddette Linee di indirizzo sono “affidate” ai territori e destinate, in particolare, agli amministratori, ai decisori politici, ai professionisti del pubblico e del privato sociale.

Ciascun argomento trattato è corredato da una breve introduzione esplicativa ed è articolato in:

- Una motivazione (la cornice di contesto che giustifica la raccomandazione)
- Una o più raccomandazioni (in forma propositiva)
- Una o più azioni / indicazioni operative (per attuare le raccomandazioni)

Le Linee di indirizzo hanno le seguenti finalità:

- Accompagnare bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità attraverso un raccordo puntuale tra gli attori istituzionali competenti (servizio sociale, salute, scuola, servizi educativi, autorità giudiziaria)
- Offrire chiari orientamenti nazionali per garantire equità di trattamento in diversi territori;
- Superare la frammentazione degli interventi
- Prevenire le situazioni di trascuratezza, anche grave, tramite azioni di promozione della genitorialità positiva
- Delineare una visione condivisa dell’area della genitorialità vulnerabile, identificando obiettivi trasversali e azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi previsti
- Rafforzare il sistema di *governance* integrato, migliorando l’organizzazione e il funzionamento dei percorsi di accompagnamento
- Fornire ai servizi un quadro complessivo sulle più recenti ricerche scientifiche nazionali e internazionali prodotto attraverso innovative esperienze nazionali
- Armonizzare pratiche e modelli di intervento, rafforzando l’area della promozione e della prevenzione, ampliare il ventaglio di opportunità per accompagnare bambini che vivono in contesti familiari vulnerabili per i quali l’allontanamento non risulta essere l’intervento più appropriato
- Rinnovare le pratiche interprofessionali e interistituzionali per costruire nuovi equilibri e nuove forme concrete di condivisione di responsabilità
- Le Linee di indirizzo sono articolate in 4 capitoli. Nel primo capitolo sono trattate le idee di riferimento:
  - *Interdisciplinarietà e corresponsabilità*: tutti gli attori sono coinvolti: famiglie e bambini, operatori, istituzioni. Si tratta di una visione multidimensionale per un accompagnamento più efficace ed efficiente.
  - *Valutazione partecipativa trasformativa*: *valutazione* intesa come confronto nell’équipe capace di trasformare sia le pratiche dei servizi, sia i comportamenti educativi dei genitori, nonché le relazioni del sistema familiare. Tale modalità di valutazione è anche *partecipativa* poiché coinvolge direttamente le famiglie che vengono accompagnate ad assumere una postura critica e riflessiva rispetto al loro agire con i figli.

- *Intensità, durata e coerenza*: del sostegno professionale e paraprofessionale offerto ai bambini e alle figure parentali costituiscono eccellenti predittori di successo dell'evoluzione positiva dei bambini trascurati. Al contrario, servizi insufficienti, frammentati, discontinui sono importanti predittori di mantenimento o addirittura aumento delle difficoltà osservate nelle famiglie negligenti.
- *Valorizzazione delle risorse della comunità*: integrare gli interventi istituzionali con forme di supporto derivanti dalle reti informali cui i genitori possono accedere nei propri contesti di vita, migliorando il livello di inclusione sociale e la possibilità di esercitare attivamente la cittadinanza.

Nel secondo capitolo vengono indicati i soggetti e gli attori istituzionali coinvolti nella presa in carico del minore e della sua famiglia. Il percorso di sostegno alla genitorialità e la cura del legame con i figli è, infatti, reso possibile dal coinvolgimento di più soggetti e attori, ciascuno dei quali svolge un ruolo preciso in base alla propria specifica responsabilità. Data la natura ecologica del fenomeno della vulnerabilità, i diversi soggetti costruiscono servizi e interventi integrati, nel rispetto delle competenze specifiche, in una forma reticolare che assicuri la condivisione delle responsabilità verso i bambini. I soggetti coinvolti sono:

- Il bambino
- La famiglia del bambino
- La vicinanza solidale
- Le formazioni sociali e cittadini/terzo settore
- Lo Stato
- Le regioni / province autonome
- L'ambito territoriale
- Il Comune
- L'azienda sanitaria locale
- La scuola
- L'autorità giudiziaria

In particolare, alle regioni viene raccomandato – Raccomandazione 222.5 – di sostenere la qualità e l'efficacia del sostegno alle famiglie vulnerabili garantendo la formazione continua interdisciplinare e la supervisione dei professionisti, per favorire il consolidamento di conoscenze specifiche rispetto all'analisi della situazione familiare e degli elementi di preoccupazione per i bambini, alla relativa progettazione e all'uso di metodi e strumenti valutativi appropriati.

Viene inoltre suggerito – Raccomandazione 222.6 – tramite le Linee di indirizzo regionali, di individuare modalità periodiche di lettura delle ricadute della disciplina adottata, di monitoraggio dell'appropriatezza, della coerenza e dell'effettiva applicazione delle indicazioni rispetto agli interventi di presa in carico delle famiglie in situazione di vulnerabilità.

Ai Comuni viene raccomandato – Raccomandazione 224.1 – di adottare un atto deliberativo, a livello dell'ambito territoriale individuato per la gestione dei servizi sociali, che definisca le modalità tecniche ed operative in materia di presa in carico delle famiglie in situazione di vulnerabilità, recependo le indicazioni regionali, da declinare con maggiore dettaglio anche operativo, e garantendo risorse professionali ed economiche dedicate per la programmazione, l'orga-

nizzazione e la gestione di servizi e interventi diretti e indiretti a favore dei bambini e dei genitori. Inoltre, i Comuni sono invitati – Raccomandazione 224.2 – a garantire la multidisciplinarietà degli interventi di presa in carico attraverso collaborazioni e intese con le aziende sanitarie, tramite gli uffici di programmazione locale, in un’ottica di corresponsabilità rispetto agli obiettivi e di verifica dei risultati del progetto costruito a favore delle famiglie, in coerenza con l’assetto del sistema dei servizi sociosanitari definito a livello regionale.

Nel terzo capitolo viene delineato il percorso di accompagnamento che mira a garantire a ogni bambino una valutazione appropriata e di qualità della sua situazione familiare. L’équipe multidisciplinare definisce, congiuntamente con la famiglia, la progettazione di un piano di azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale da realizzarsi in un tempo congruo.

Il percorso si articola in:

- Costruzione dell’équipe multidisciplinare
- Segnalazione, analisi preliminare e accoglienza
- Progetto quadro (l’analisi, la progettazione)
- Accompagnamento, sostegno, valutazione
- Documentazione
- Conclusione del percorso

Nell’ultimo capitolo vengono descritti i dispositivi di intervento che costituiscono l’insieme delle azioni con le quali realizzare il Progetto Quadro condiviso nell’équipe multidisciplinare. Essi sono:

- Il servizio di educativa domiciliare e territoriale
- Il Centro diurno
- La vicinanza solidale
- Gruppi con genitori e gruppi con bambini
- Intervento psicologico, neuropsichiatrico, specialistico
- Partenariato con servizi educativi e con la scuola
- Sostegno economico

Si tratta di un insieme articolato di interventi utili per mettere a disposizione un accompagnamento globale e intensivo alla famiglia per emanciparla dall’aiuto istituzionale e per riattivare le sue risorse interne. Alcuni dispositivi sono di tipo istituzionale, altri riguardano azioni di valorizzazione delle risorse del territorio.

In definitiva, le Linee di indirizzo nazionali per *l’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva* rappresentano un crocevia tra la normativa di riferimento, le ricerche nazionali ed internazionali sui fattori predittivi di successo e le pratiche ed esperienze sui territori. Sono frutto di un lavoro collegiale e partecipato fra attori istituzionali e non, al fine di colmare la distanza fra la ricerca e le pratiche attuative, per innovare buone pratiche operative e per innescare un processo circolare e dinamico fra saperi diversi.

## Materiali

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2012, *Un percorso nell'affido. Linee di indirizzo per l'affidamento familiari*.

[https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee\\_indirizzoaffidamentofamiliare.pdf](https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee_indirizzoaffidamentofamiliare.pdf)

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee-guida-accoglienza-minorenni.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017, *L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione nazionale P.I.P.P.I.*

<https://www.minori.gov.it/it/il-programma-P.I.P.P.I.>

# Il Piano Integrato Sociale e Sanitario regionale 2018-2020 e la programmazione territoriale

di **Riccardo Nocentini**<sup>2</sup>

## Concetti significativi e finalità del PSSIR

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) è il principale atto di indirizzo e programmazione a livello regionale. Nel PSSIR viene rappresentata la visione del sistema della salute per i prossimi anni in termini di obiettivi strategici e di declinazione sui rispettivi destinatari, così da definire una cornice a partire dalla quale possono essere concretizzati obiettivi specifici, azioni e risorse.

Il punto di partenza definito nella premessa al PSSIR 2018-2020 è la declinazione del concetto di salute. Tale concetto va oltre il benessere psicofisico, secondo la definizione dell'Oms del 1948, oggi è necessario un impegno a considerare la salute in tutte le politiche, a promuovere la salute secondo un approccio culturale orientato alla comunità e all'ambiente ("ecologia integrale") e allo sviluppo delle capacità individuali (Nussbaum, 1993). Inoltre, sempre più, la questione di fondo si riconduce ad affrontare le disuguaglianze di salute (Marmot, 1996).

Dal punto di vista operativo le finalità riguardano la modalità di lavoro dei professionisti e degli operatori. Sia nel PSSIR 2012-2015 che nel PSSIR 2018-2020, emergono due aspetti fondamentali:

- l'interdisciplinarietà e l'allargamento dei confini: gruppi multiprofessionali che lavorano in un'ottica di complementarità;
- la centralità del paziente in un'ottica di *responsiveness*: l'alleanza con il paziente e il suo coinvolgimento nel percorso di cura.

Il PSSIR 2018-2020 si presenta come un Piano snello, sintetico nella forma e di facile lettura. È stato pensato per essere accessibile a tutti, riportando in maniera ben visibile le parole-chiave e gli obiettivi e ricorrendo a numerosi elementi infografici che ne rinforzino i contenuti.

Per una migliore comprensione del Piano è necessario tenere presente alcune scelte innovative operate nella redazione del PSSIR 2018-2020 ovvero:

- non tenere separate le parti relative alle politiche sanitarie da quelle sociali;
- non separare la descrizione della rete ospedaliera e dalla descrizione della rete territoriale;
- includere la tematica della prevenzione, oltre che nell'apposito *driver*, in tutti gli obiettivi di piano;
- presentare dati in chiave prospettica anziché retrospettiva.

---

<sup>2</sup> Posizione organizzativa nel Settore Politiche per l'integrazione sociosanitaria di Regione Toscana.

## Articolazione del PSSIR

Il Piano è articolato in:

- *Driver*
- *Target*
- *Focus*

I *driver* sono gli obiettivi strategici che guidano le azioni del Piano:

1. Prevenzione
2. Disuguaglianze di salute e sociali
3. Liste di attesa
4. Vivere la cronicità
5. Nuovi modelli di "care"
6. Innovazione e informazione
7. Welfare etico e partecipazione
8. Competenze di lavoro tra sicurezza e modernità
9. Sostenibilità
10. Qualità del fine vita

L'articolazione comprende la declinazione dei *driver* verso i destinatari classificati all'interno di 9 *target* che ricomprendono nel loro insieme la nostra popolazione di riferimento distinta per età, fasi della vita e/o particolari condizioni.

I *target* sono i destinatari:

- A. Dedicato ai genitori
- B. Dedicato ai bambini
- C. Dedicato ai giovani
- D. Dedicato alle donne
- E. Dedicato agli anziani
- F. Dedicato agli stranieri
- G. Dedicato ai lavoratori
- H. Dedicato alle popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari
- I. Dedicato alle persone detenute negli istituti penitenziari

Sono inoltre individuati 3 *focus* come ambiti di particolare attenzione trasversali a più destinatari/*target*.

1. Dedicato ai Pazienti oncologici
2. Dedicato alle persone con disabilità
3. Dedicato alla salute mentale

A completamento della struttura portante del PSSIR merita ricordare in particolare 3 capitoli:

- la ricerca e la sperimentazione clinica nelle scienze della vita nel quale viene evidenziata l'importanza di investire nella formazione, nella ricerca, nell'innovazione e nella sperimentazione clinica, favorendo il necessario raccordo con i bisogni assistenziali (anche in merito alle aree orfane di ricerca, quali

ad esempio le malattie rare) e il trasferimento dei risultati, al fine di rendere disponibili ai cittadini l'accesso alle innovazioni più avanzate in regimi di costi sostenibili;

- il ruolo e l'assetto della Zona Distretto che ripercorre le finalità, la struttura e l'organizzazione della Zona Distretto in particolare prevedendo tempi e modi per il passaggio alla gestione diretta delle società della salute;
- programmazione multilivello e strumenti di integrazione che descrive la programmazione regionale, l'importanza dell'integrazione tra i vari livelli di programmazione e i dispositivi per attuarla.

### **Le schede operative**

Altro importante elemento collegato ai *driver*, ai *target* e ai *focus*, sono le *schede operative*. Tali schede sono state approvate in un secondo momento con atto di Giunta regionale e definiscono, su alcune tematiche significative, in maniera puntuale le singole azioni e/o percorsi da attivare, i soggetti coinvolti, i risultati attesi ed i relativi indicatori per il monitoraggio e la valutazione dello stato di attuazione della programmazione. Le schede approvate con DGR 273/2020 sono 40:

1. Il Piano Regionale di Prevenzione
2. Promozione della salute – stili di vita – benessere biopsicosociale – ambienti di vita salutogenici – *empowerment*
3. Malattie infettive emergenti, vaccinazioni, antimicrobicoresistenza
4. Ambiente e salute
5. La rete dei servizi di prevenzione sul territorio a tutela della salute collettiva
6. Sicurezza alimentare, veterinaria e igiene urbana
7. Promozione della cultura della sicurezza per tutte le fasce di età ed in tutti i luoghi
8. Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
9. Le risposte all'emergenza urgenza
10. La rete per l'acuzie
11. Contrasto e prevenzione della violenza e dei maltrattamenti e interventi a sostegno delle vittime
12. Qualità e sicurezza dei processi di cura e assistenza
13. Il sistema di ascolto, informazione e partecipazione
14. Rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico
15. La prevenzione delle dipendenze vecchie e nuove
16. La salute mentale: budget di salute e interventi di comunità
17. Le Case della Salute: un presidio per la comunità
18. L'assistenza sanitaria nelle aree interne ed insulari
19. Le cure di transizione: i servizi domiciliari e residenziali di cure intermedie
20. La promozione della salute e l'assistenza sanitaria, in ambito penitenziario
21. Continuità ospedale-territorio

22. Il valore della salute: bioetica e governo della sanità
23. Internazionalizzazione del sistema sanitario e sociale integrato toscano: un'Europa più vicina
24. Salute globale e cooperazione internazionale: sostenibilità e integrazione
25. Il nuovo modo di comunicare all'interno del sistema sanitario e sociosanitario regionale
26. La formazione del personale nel SSR
27. La ricerca e la sperimentazione clinica in Regione Toscana
28. Il progetto di vita: partecipazione, inclusione e servizi di prossimità
29. La persona con demenza: implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure
30. Il consolidamento della rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone anziane non autosufficienti
31. Le nuove potenzialità del Terzo Settore: come cambia la solidarietà organizzata in Toscana
32. L'attività motoria (a tutte le età) fattore determinante di salute e strumento di crescita civile dei cittadini e delle collettività locali
33. Inclusione sociale e contrasto alle nuove e vecchie povertà
34. Il sistema informativo sociale regionale e l'osservatorio sociale
35. Servizio emergenza urgenza sociale regionale
36. L'inserimento e reinserimento socio-lavorativo e i percorsi di innovazione nell'ambito del FSE
37. Accoglienza e integrazione delle persone straniere
38. Percorso nascita e genitorialità positiva, responsabile e partecipe
39. Accogliere e accompagnare bambini, adolescenti, genitori nei contesti familiari e nei servizi
40. Il lavoro di équipe e i programmi di intervento multidimensionali.

## Le linee di azione

Al fine di tradurre il PSSIR 2018-2020 in un linguaggio comune per tutti i livelli della programmazione, la DGR 1547/2019 lo suddivide in *linee di azione* che consentono anche una analisi e una comparazione delle informazioni al fine di avere un quadro complessivo di tutto il sistema sanitario e sociale toscano.

In tabella 1 un esempio.

**Tabella 1** – Linee di azione, Obiettivo/*Driver* e *Target*

OBIETTIVO/ DRIVER	LINEE DI AZIONE
Disuguaglianze di salute e sociali	Promozione stili ed ambienti di vita sani per prevenire le disuguaglianze di salute e consumi consapevoli
	Azioni per il miglioramento dell'accesso ai servizi in un'ottica di equità, qualità delle cure, informazione e comunicazione
	Politiche per la comunità locale, salute ed economie solidali
	Sviluppo della co-programmazione e co-progettazione con il Terzo Settore
	Promozione azioni rivolte alla comunità in un'ottica di welfare generativo
	Interventi per il collegamento tra pronto soccorso e pronto intervento sociale per l'utilizzo delle professionalità dello psicologo e dell'Assistente sociale
	Azioni per rafforzare percorsi di inclusione anche attraverso il patto per l'inclusione e la valutazione multidimensionale presente nel REI e nel RdC
TARGET	LINEE DI AZIONE
Target a. dedicato ai genitori	Azioni volte a facilitare la formazione di un'identità genitoriale considerando nuovi ruoli e nuovi bisogni (fondamentale il ruolo dei consultori) anche attraverso pratiche che favoriscano l'attaccamento alla madre e al padre
	Azioni rivolte alla promozione del "percorso nascita", dall'inizio della gravidanza fino ai primi mesi di vita del futuro bambino, valorizzando il contesto relazionale di riferimento e, laddove necessario, interventi di sostegno psicologico, educativo e sociale per accompagnare i primi anni di vita del bambino ed eventuali situazioni di rischio psichico e sociale
	Promozione di gruppi di ascolto e sostegno alla genitorialità nelle varie fasi della crescita dei figli, attraverso i consultori giovani e attraverso la scuola per superare l'isolamento familiare, valorizzando le reciproche competenze
	Interventi rivolti alla protezione e cura della genitorialità a rischio (genitorialità conflittuale, genitorialità disfunzionale, genitorialità difficile)
	Azioni volte ad attivare sinergie tra Consultori, Punti Nascita, Salute mentale infanzia e adolescenza, SerD, servizi sociali MMG e PdF, per una presa in carico multidisciplinare
	Interventi per introdurre modalità innovative di sostegno educativo domiciliare

Fonte: Regione Toscana

## La programmazione multilivello

Il PSSIR nel capitolo su *Programmazione multilivello e strumenti di integrazione*, prevede per la programmazione multilivello i seguenti obiettivi:

- attuazione uniforme, da parte delle asl e delle SdS, agli articoli che riguardano l'Ufficio di Piano (art. 64, c. 2 LR 40/2005; art 29, c. 7 e art. 35 c. 3 LR 41/2005; art.12, c. 7, LR 40/2005) e il documento di riclassificazione delle risorse per le Zone Distretto (art. 120, c. 5 e 5 bis LR 40/2005);
- integrazione della programmazione fra i suoi vari livelli, in particolare tra il Piano integrato di Salute (PIS) e il Piano attuativo locale (PAL);
- elaborazione di un linguaggio condiviso per la programmazione Zonale e per la programmazione aziendale;
- strutturare e dare continuità ai processi di programmazione Zonale e aziendale;
- contribuire al miglioramento della *governance* regionale coordinando gli obiettivi attraverso un maggiore integrazione tra le varie conferenze dei sindaci e i rispettivi livelli di programmazione sociale e sanitaria.

In tale capitolo vengono descritti gli strumenti di programmazione pluriennale nei loro vari livelli.

*Livello regionale:*

- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR)

*Livello di Area vasta/aziendale:*

- Piano di area vasta
- Piano Attuativo Ospedaliero delle Aziende Ospedaliere-Universitarie (PAO)
- Piano Attuativo locale delle Aziende Sanitarie (PAL)

*Livello Zonale:*

- Piano Integrato di Salute (PIS)
- Piano d'Inclusione Zonale (PIZ)

Il PAL recepisce il PIS delle SdS/Zone Distretto afferenti al territorio dell'Azienda USL con riferimento alle attività sanitarie territoriali e sociosanitarie.

Il PAV è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute e in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Considerando la programmazione multilivello come un macro-processo è possibile individuare tre distinti sotto-processi, ognuno dei quali attraversa i diversi livelli di programmazione con modi, tempi e intensità differenti:

- Indirizzi e obiettivi
- Pianificazione pluriennale
- Programmazione operativa annuale

Tuttavia, se interpretato nel suo effettivo sviluppo dinamico, il sistema di programmazione multilivello non è solo interessato da relazioni lineari, dall'alto verso il basso (*top down*) o dal basso verso l'alto (*bottom-up*), tra strumenti costruiti secondo una meccanica ideale. Il sistema della programmazione, da un punto di vista del suo processo, può essere rappresentato come una "circolari-

tà”, in particolare attraverso tre cicli che sviluppano progressivamente gli indirizzi e gli obiettivi generali, la pianificazione pluriennale e la programmazione operativa.

### **Il Piano integrato di salute (PIS)**

Il PIS è lo strumento di programmazione integrata (strategica e operativa) delle politiche sanitarie e sociali a livello Zonale. Esso definisce:

- gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e ne individua le modalità attuative;
- la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
- la distribuzione sul territorio dei presidi sanitari, e il fabbisogno di strutture residenziali e semi residenziali.

Inoltre, promuove l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e strutturate; individua le priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni nonché gli strumenti di valutazione di risultato relativi agli obiettivi specifici di Zona.

Il PIZ (Piano di inclusione Zonale) è lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni esercitata nell'ambito ottimale della Zona distretto. Esso definisce:

- Le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio
- I servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale
- I servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio
- I servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario
- I servizi a carattere residenziale per le fragilità
- Le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale
- Le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno previste a livello nazionale e regionale
- L'integrazione con i servizi e gli ambiti di attività relativi alle politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, e si coordina con i relativi strumenti attuativi.

Inoltre, individua le risorse necessarie in attuazione degli obiettivi di servizio, quelle per l'eventuale realizzazione dei progetti innovativi promossi da soggetti del terzo settore nonché, in ambito Zonale, gli enti destinatari delle risorse del fondo sociale regionale.

### **Dalla Programmazione Operativa Annuale (POA) al Piano Integrato di Salute (PIS)**

La programmazione operativa per le annualità 2017-2018 (DGR 573/2017) aveva i seguenti obiettivi:

- Inquadramento
- Riallineamento Zone
- Profili di salute sintetici
- Dizionario unico (griglie propedeutiche standardizzate che permettono comparazione per la lettura dei bisogni e per la valutazione dei risultati)
- Schede di attività
- Raccoglitore web

L'evoluzione della programmazione POA 2019 (DGR 1076/2018) ha incrementato i seguenti aspetti:

- Audit
- Albero della programmazione
- Sistema informativo Programmazione

Con la DGR 1339/2019 oltre alla programmazione annuale sono state definite le modalità operative per i PIS 2020-2022 sviluppando i seguenti aspetti:

- Sezione conoscitiva
- Dispositivo di piano
- Programmazione operativa annuale
- Monitoraggio e valutazione

In Figura 1 si riporta un esempio di programmazione "trasversale" Zonale nell'ambito Famiglia e minori.

**Figura 1** – Programmazione ‘trasversale’ Zonale nell’ambito Famiglia e minori

Fonte: Regione Toscana

In seguito all’approvazione del PSSIR ha preso avvio programmazione pluriennale integrata degli ambiti Zonali attraverso l’elaborazione del Piano Integrato di Salute 2020-2022 sulla base delle Linee guida definite nella DGR 573/2017 ed integrate dalla DGR 1339/2019. Il Piano Integrato di Salute 2020-2022 è composto da quattro sezioni:

1) Sezione conoscitiva, composta a sua volta da due elementi:

- Profilo di Salute che rappresenta la base conoscitiva dei bisogni e dei processi di salute che investono l’ambito territoriale Zonale e viene adottato dalla Assemblea della SdS o dalla Conferenza dei sindaci integrata. La Regione Toscana mette a disposizione dei profili Zonali in cui è esposta in modo sintetico la rassegna degli indicatori più rilevanti in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale. Le Zone Distretto/SdS possono attingere a questi lavori sviluppati dalla cooperazione tra ARS, OSR, MES e Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza, sviluppando tutti gli approfondimenti o le estensioni ritenute opportune
- Profilo dei servizi che descrive la rete dei servizi e degli interventi attivati dall’ambito territoriale con indicazione delle loro capacità in termini di prestazioni e attività erogate e ne evidenzia i relativi fabbisogni. Viene adottato dall’Assemblea della società della salute, ovvero dalla Conferenza dei sindaci integrata e rappresenta la base conoscitiva del sistema di offerta attivo nell’ambito Zonale

2) Dispositivo di Piano, in cui vengono esposti in modo sistematico gli elementi della programmazione strategica del PIS, è composto da cinque parti specifiche:

- Linee strategiche pluriennali
- Obiettivi di salute cioè gli orientamenti delle politiche locali sulla salute, in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute e dal Profilo dei servizi. Costituiscono le modalità tecniche con cui le volontà dell'organo assembleare vengono espresse sotto forma di obiettivi per la programmazione Zonale integrata, obiettivi resi operativi e concreti attraverso la conseguente programmazione operativa
- Budget integrato di programmazione (risorse di parte sanitaria, di parte sociale, di altra provenienza e le compartecipazioni)
- Ufficio di Piano
- Percorso di partecipazione

3) Programmazione operativa annuale, composto anch'esso da due sezioni:

- Programmi operativi che individuano dei gruppi coerenti di azioni operative, possono essere trasversali alle aree o ai settori di programmazione
- Schede di attività che identificano le attività oggetto della programmazione definendo puntualmente azioni, tempi, risorse, responsabilità

4) Monitoraggio e valutazione

Come risulta evidente da quanto di sopra riportato, la programmazione territoriale ha visto una ripartenza a partire dal 2018 e si configura come un *work in progress* che ogni anno vede affinare le proprie modalità operative in coerenza ed integrazione con gli altri livelli di programmazione primo tra tutti il PSSIR 2018-2020.

## Materiali

Toscana, DGR 2 marzo 2020, n. 273, *Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020.*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?co-dprat=2020DG00000000265>

Toscana, DGR 9 dicembre 2019, n. 1547, *Programmazione multilivello: strumenti di governace e nuovo ciclo di programmazione a seguito del PSSIR 2018-2020*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?co-dprat=2019DG00000001789>

Toscana, DGR 1 ottobre 2018, n. 1076, *Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 SdS/zone distretto*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?co-dprat=2018DG00000001233>

Toscana, DGR 29 maggio 2017, n. 573, *Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione Zonale (PIZ)*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?co-dprat=2017DG00000000659>

Toscana, DGR 4 novembre 2019, n. 1339, *Integrazione alla DGRT 573/2017 Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione Zonale (PIZ), adeguamento al nuovo PSSIR 2018-2020.*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?co-dprat=2019DG00000001580>

Toscana, LR 24 febbraio 2005, n. 40, *Disciplina del servizio sanitario regionale.*

<http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;40>

Toscana, LR 24 febbraio 2005, n. 41, *Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.*

<http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;41>

Regione Toscana, *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale*, PSSIR 2018-2020

<https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/10/CM35/affari/testo3778.PDF>

Regione Toscana, *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale*, PSSIR 2012-2015

<http://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/9/CM04/consultazioni/consu176.pdf>

## Riferimenti bibliografici

Marmot, M. (2016), *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Roma, Il pensiero scientifico.

Nussbaum, M., Sen, A., (1993), *The Quality of Life*, Oxford, Oxford University Press.

## La programmazione regionale e locale per il contrasto alla povertà di Caterina Tocchini<sup>3</sup>

Esistono diversi tipi di povertà: economica, alimentare, educativa e relazionale. In Toscana sono circa 62.000 le famiglie che versano in condizioni di povertà assoluta. Sono considerate in povertà assoluta le famiglie e le persone che non possono permettersi le spese minime per condurre una vita accettabile. La soglia di spesa sotto la quale si è assolutamente poveri è definita infatti da Istat attraverso il paniere di povertà assoluta che comprende l'insieme di beni e servizi considerati essenziali.

Sempre in Toscana sono 54.000 le famiglie in condizione di povertà alimentare ovvero incapaci di accedere ad alimenti sicuri, nutrienti e in quantità sufficiente per garantire una vita sana e attiva rispetto al proprio contesto sociale.

Le famiglie più colpite dalla povertà sono quelle monogenitoriali, quelle numerose, quelle straniere o quelle famiglie il cui capo famiglia ha un'età inferiore a 35 anni. L'incidenza della povertà assoluta, infatti, diminuisce all'aumentare dell'età della persona di riferimento. Il valore minimo, ovvero il 4,6%, si registra tra le famiglie con persona di riferimento ultra sessantaquattrenne, mentre il valore massimo (9,6%) tra le famiglie con persona di riferimento sotto i 35 anni. Si rileva dunque un percorso di impoverimento che interessa le nuove generazioni.

Se guardiamo poi alla povertà educativa rileviamo che tale fenomeno risulta decisamente più ampio della povertà economica poiché coinvolge anche bambini che non necessariamente sono in condizione di povertà materiale. La povertà educativa indica l'impossibilità per i minori di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni. Questa si accompagna alla povertà affettiva e di relazioni, che crea esclusione. I bambini poveri sono spesso bambini più soli in quanto costretti a rinunciare a importanti occasioni di socializzazione e di apprendimento. La povertà economica e materiale è senza dubbio correlata alla povertà educativa poiché rappresenta un fattore di maggior rischio ed esposizione alle forme di deprivazione. Il contesto sociale ed economico in cui cresce un bambino costituisce infatti un fattore protettivo fondamentale per lo sviluppo della resilienza. Per questo vi è la necessità di allargare lo sguardo delle politiche di contrasto alla povertà educativa, oltre l'individuo, oltre la famiglia, oltre la scuola verso il territorio e gli spazi dove il bambino cresce e costruisce le sue relazioni e le sue esperienze.

Il contrasto a tutte le forme di povertà richiede una forte azione di *governance* territoriale, che si esprime tramite la programmazione e la gestione dei servizi integrati.

Il Piano regionale di contrasto alla povertà si inserisce nel sistema di *governance* istituzionale multilivello adottato dalla regione ed infatti, in questo contesto, si integra dinamicamente con gli strumenti di programmazione aziendali (Piano

---

<sup>3</sup> Funzionario dell'Osservatorio sociale della Regione Toscana.

Attuativo Locale e Piano di area vasta) e, soprattutto, con i Piani Locali di Zona (il Piano di Inclusione Zonale e il Piano integrato di salute). Gli obiettivi prioritari del Piano di contrasto alla povertà sono i seguenti:

- 1) Accesso e presa in carico
- 2) Équipe multidisciplinari
- 3) Progetto personalizzato
- 4) Rete territoriale

*Obiettivo 1: Accesso e presa in carico delle famiglie*

La valutazione multidimensionale del bisogno e l'ottica di corresponsabilità nella presa in carico tra servizi territoriali, terzo settore e famiglia sperimentati con il programma ministeriale P.I.P.P.I. e con il SIA/REI diventano ora un paradigma per i servizi sociali per assicurare qualità, continuità e appropriatezza dei processi di accompagnamento, come anche della realizzazione delle azioni previste e dell'utilizzo dei relativi strumenti.

*Obiettivo 2: Promuovere l'attivazione ed il rafforzamento delle équipe multidisciplinari*

La formazione delle équipe multiprofessionali continua ad essere il banco di prova per assicurare risposte adeguate a bisogni complessi e multidimensionali e l'indicatore della creazione di una infrastruttura territoriale di servizi. In particolare, si ravvisa la necessità di sviluppare percorsi formativi a carattere multiprofessionale focalizzati sul lavoro di valutazione multidimensionale, di sviluppo delle reti territoriali di supporto e di integrazione tra servizi. Dal punto di vista organizzativo emerge anche la necessità di formare il *program manager* con competenze di natura sociale, o altra figura professionale, che si occupi di coordinare l'intero processo di presa in carico e l'attivazione a livello territoriale dei servizi e delle risorse disponibili in un'ottica di sostenibilità, efficacia ed appropriatezza e di controllo del budget dedicato.

*Obiettivo 3: Progetto individualizzato, nel Reddito di Cittadinanza (RdC) "Patto per l'inclusione"*

Per tutti i nuclei per i quali si sia proceduto alla definizione del quadro di analisi approfondito, deve essere attivato, come sostegno nel progetto, uno dei seguenti interventi o servizi:

- Tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui alle regolamentazioni regionali in attuazione dell'accordo del 22 gennaio 2015 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
- Sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare
- Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità
- Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare
- Servizio di mediazione culturale
- Servizio di pronto intervento sociale

In particolare, deve essere prevista l'attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qual volta si presenti una situazione di bisogno complesso come sopra definita e nel nucleo sia presente un bambino o una bambina nei primi mille giorni della sua vita. A tale priorità potranno essere dedicate le risorse non vincolate al raggiungimento della prima priorità, anche con riferimento alla metodologia ed ai dispositivi sperimentati attraverso il Programma P.I.P.P.I. o ad altri percorsi di accompagnamento alle funzioni genitoriali.

*Obiettivo 4:* Promuovere l'attivazione ed il rafforzamento delle reti e delle risorse territoriali attraverso:

- La creazione di accordi e convenzioni con associazioni sportive, enti del terzo settore, imprese
- La collaborazione con famiglie e cittadini, per favorire la creazione di "albi" e elenchi mirati alla locazione di immobili a canoni concordati, ecc.
- L'attivazione di Tavoli Zonali per l'inclusione sociale

I servizi e gli interventi per la valutazione multidimensionale ed i progetti personalizzati in favore dei beneficiari del Reddito di Cittadinanza e del Reddito di Inclusione sono sostenuti attraverso la Quota Servizi del Fondo Povertà. Il Reddito di Cittadinanza prevede infatti la sottoscrizione di un Patto per il lavoro presso il competente Centro per l'impiego, ovvero di un Patto per l'inclusione sociale presso i competenti servizi comunali che assume le caratteristiche del progetto personalizzato già definito nel REI. I beneficiari del Reddito di Cittadinanza accedono al Patto per l'inclusione sociale previa valutazione multidimensionale (analisi preliminare e, ove opportuno, quadro di analisi approfondito). La valutazione multidimensionale, il Patto per l'inclusione sociale e con il Decreto Ministeriale del 18 maggio 2018 è stato adottato il primo *Piano per gli interventi e i Servizi Sociali di contrasto alla Povertà*, relativo al triennio 2018-2020, che costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti alla Quota servizi del Fondo Povertà e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del REI come livello essenziale delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale. È stata inoltre approvata la tabella delle somme assegnate al complesso degli ambiti territoriali di ciascuna regione e si è provveduto ai relativi stanziamenti per il 2018.

Per l'attivazione dei servizi e degli interventi necessari alla attuazione del Patto per l'inclusione sociale (art. 12, comma 12 del DL 04/2019, convertito con modificazioni dalla L. 26/2019), si provvede mediante l'utilizzo della Quota Servizi Fondo Povertà, oltre che con le risorse del PON Inclusione FSE 2014 -2020, con l'obiettivo di finanziare i livelli essenziali delle prestazioni: infatti l'art. 7 del D. Lgs. 147/2017, come modificato dall'art.11 della L. 26/2019, prevede, al comma 2, che le risorse della Quota Servizi del Fondo Povertà siano attribuite agli ambiti territoriali delle regioni per il finanziamento dei servizi per l'accesso e la valutazione e per i sostegni da attivare nel Patto per l'inclusione e, al comma 3, che gli specifici rafforzamenti finanziabili a valere sulla Quota Servizi del Fondo Povertà attribuita agli ambiti territoriali di ogni regione, siano definiti in un atto di programmazione regionale predisposto sulla base delle indicazioni programmatiche contenute nel *Piano per gli interventi ed i Servizi Sociali di contrasto alla Povertà*. Gli ambiti territoriali, attraverso la Quota Servizi, hanno dunque l'opportunità di finanziare:

- Rafforzamento del segretariato sociale
- Rafforzamento del Servizio Sociale Professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale
- Tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui alle regolamentazioni regionali in attuazione dell'accordo del 22 gennaio 2015 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano
  - Sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare
  - Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità
  - Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare
  - Servizio di mediazione culturale
  - Servizio di pronto intervento sociale

La programmazione dell'impiego delle risorse relative alla Quota servizi del Fondo Povertà avviene attraverso la predisposizione e approvazione, da parte delle Zone, di un documento di programmazione locale, in attuazione del Piano regionale per la lotta alla povertà. In tale atto, si definiscono a livello di ambito territoriale gli specifici rafforzamenti del sistema di interventi e Servizi Sociali per il contrasto alla Povertà, finanziabili a valere sulla quota del Fondo Povertà, integrando la programmazione con le risorse disponibili a legislazione vigente e le risorse afferenti ai Programmi Operativi Nazionali (PON) e Programmi Operativi Regionali (POR).

Al raggiungimento dei Livelli essenziali delle prestazioni concorrono, in sinergia ed integrazione, tutte le forme di finanziamento di cui beneficia ciascun Ambito Territoriale, con particolare riguardo ai progetti finanziati a valere sulle risorse dell'Avviso 3/2016 del PON Inclusione FSE 2014-2020, sulle risorse dell'Avviso 4/2016 del PON Inclusione /PO I Fead (persone senza dimora) e altre misure regionali.

Appare evidente come la correlazione e l'integrazione tra fondi provenienti da diverse linee di finanziamento costituisca un'inedita opportunità per lo sviluppo del sistema territoriale integrato e come quindi debba essere il più possibile auspicata e praticata.

## Materiali

D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.*

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/13/17G00161/sg>

DL 28 gennaio 2019, n. 4, *Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni.*

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/01/28/19G00008/sg>

L. 28 marzo 2019, n.26, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, recante disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni.*

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/29/19G00034/sg>

DM 18 maggio 2018, *Criteri di riparto del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale e l'adozione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, ai sensi, rispettivamente, dell'articolo 7, comma 4 e dell'articolo 21, comma 6, lettera b), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.*

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/07/06/18A04583/sg>

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, *Piano per gli interventi e i Servizi Sociali di contrasto alla Povertà 2018-2020.*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Reddito-di-Inclusione-Rel/Documents/Piano-interventi-servizi-poverta.pdf>

Regione Toscana, *Piano regionale di contrasto alla Povertà.*

[http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5194073&nomeFile=Delibera\\_n.998\\_del\\_10-09-2018-Allegato-A](http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5194073&nomeFile=Delibera_n.998_del_10-09-2018-Allegato-A)

## Coprogettazione dei servizi in Toscana di Stefano Lomi<sup>4</sup>

### La coprogettazione

La coprogettazione è uno strumento amministrativo che regola la collaborazione tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore (ETS), favorendo il principio di sussidiarietà orizzontale nello svolgimento di attività di interesse generale (D.Lgs. n.117/2017, art. 5 - c.d. CTS).

Tale istituto dà la possibilità di realizzare iniziative ed interventi per il perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, attraverso la costituzione di partenariati tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore.

### Sintesi dei principali riferimenti normativi

- L. n. 328 dell'8 novembre 2000. Introduce l'istituto della coprogettazione per superare il nesso di reciprocità (rapporto sinallagmatico) tipico dei contratti pubblici tra Enti Locali ed Enti del Terzo Settore e favorire una metodologia negoziale, condivisa e corresponsabile.
- DPCM del 30 marzo 2001 (*Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della legge 8 novembre 2000, n. 328*). Prevede che al fine di affrontare specifiche problematiche sociali, valorizzando e coinvolgendo attivamente i soggetti del Terzo Settore, i Comuni possono indire istruttorie pubbliche per la coprogettazione di interventi innovativi e sperimentali.
- LINEE GUIDA ANAC del 20 gennaio 2016 (*Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali*). In riferimento all'affidamento di servizi prevedono: un processo amministrativo che avvia con un progetto di massima (a cura degli Enti Locali), l'acquisizione di progettualità degli Enti del Terzo Settore, una selezione per valutare gli Enti del Terzo Settore da coinvolgere nella coprogettazione, la stipula dell'accordo di collaborazione. Gli Enti del Terzo Settore hanno l'obbligo di mettere risorse aggiuntive per andare a comporre il piano economico finale.
- CODICE DEL TERZO SETTORE (D.Lgs. n.117/2017). Definisce la coprogettazione ampliando, con l'articolo 55, l'ambito applicativo dell'istituto, che non si limita più agli ambiti definiti dalla 328/2000 (sociale), ma si estende a tutti i servizi di interesse generale indicati dall'art. 5 del CTS.
- LEGGE REGIONE TOSCANA 58/2018. Recupera e valorizza quanto introdotto dal sopracitato articolo 55 del D.Lgs. n.117/2017 a proposito di coprogettazione, favorendo il coinvolgimento delle Cooperative Sociali e degli altri Enti del Terzo Settore.
- LEGGE REGIONE TOSCANA 65/2020. Recupera e valorizza quanto introdotto dal sopracitato articolo 55 del D.Lgs. n.117/2017, disciplinando i rapporti e le modalità di collaborazione fra ETS e Pubbliche Amministrazioni e definendo finalità e procedure inerenti gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione al fine di fornire alle Amministrazioni Pubbliche gli strumenti, anche operativi, per poter avviare tali percorsi.

<sup>4</sup> Funzionario programmazione esperto, Regione Toscana.

- SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE 131/2020. Sostiene che la coprogettazione è una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118, quarto comma, Costituzione Italiana), un originale canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato, scandito per la prima volta in termini generali come una vera e propria proceduralizzazione dell'azione sussidiaria.

Il D.Lgs. 117/2017 costituisce la normativa di riferimento poiché si tratta del primo impianto legislativo che ha permesso di introdurre, efficacemente, nell'ordinamento italiano il principio costituzionale di sussidiarietà così come definito dall'art. 118 della Costituzione (ben espresso dalla sopracitata sentenza c.c. 131/2020). Il principio di sussidiarietà orizzontale si basa sulla necessità di riconoscere agli Enti del Terzo Settore un ruolo strategico di governo (e non solo gestionale) nelle politiche pubbliche. Gli Enti del Terzo Settore divengono così "coinquilini" – col pubblico – del piano terra della vita sociale, culturale ed economica del Paese.

In attesa delle linee guida ministeriali sul rapporto tra Pubbliche Amministrazioni ed Enti del Terzo Settore (di prossima uscita), possiamo comunque evidenziare come la riforma del Terzo Settore, anche grazie all'ultimo triennio di dibattito giuridico, politico e sociale, persegua una reale e nuova prospettiva civica, sociale e culturale nella costruzione delle politiche pubbliche connesse ai servizi di interesse generale. Per semplificare possiamo dire che nelle procedure pubbliche è necessario, sempre più, al netto del rispetto dei principi delle Pubbliche Amministrazioni, *emarginare* le logiche di mercato, di concorrenza e di competizione, ed *accogliere*, invece, modalità e prassi collaborative, corresponsabili per consolidare ed affermare fattivamente il principio di sussidiarietà orizzontale.

### **La sperimentazione di buone pratiche di coprogettazione in Regione Toscana.**

Tra le esperienze più evidenti possiamo ricordare:

- Percorso innovativo POR FSE, asse B, inclusione sociale e lotta alla povertà, che ha favorito strategie integrate, inclusive, innovative e attivanti (tra Enti Locali e Enti del Terzo Settore), consolidando *governance* e partenariati territoriali
- Percorso del DOPO DI NOI per favorire l'autonomia, il benessere e la piena inclusione delle persone con disabilità
- Piano regionale per la lotta alla povertà, dove un insieme di soggetti pubblici e del privato sociale si sono uniti per dare una risposta strutturale ed articolata al fenomeno
- Servizio "Pronto badante" con attivazione di servizi innovativi a favore di anziani fragili
- SEUS - Servizio Emergenza Urgenza Sociale per rispondere con immediatezza alle richieste di soccorso sociale
- Servizio di emergenza/urgenza per il quale Regione Toscana ha ottenuto formale riconoscimento dalla giurisprudenza europea e nazionale, in ragione del quale, da diversi anni, affida al volontariato, attraverso un rapporto convenzionale, questo importante servizio sanitario.

## Il terzo settore in Toscana

Il Terzo settore può essere definito come l'ambito in cui agiscono soggetti giuridici collettivi privati che, senza scopo di lucro, svolgono attività di utilità sociale come espressione di solidarietà, assicurazione sociale e senso civico. In questa categoria vi rientrano tutti quei soggetti (generalmente individuati nelle Organizzazioni di Volontariato, nelle Cooperative Sociali, nelle Associazioni di Promozione Sociale, nelle Fondazioni, nelle SDS) che, agendo secondo logiche diverse da quelle delle Istituzioni pubbliche e da quelle delle imprese for profit, svolgono attività di varia natura (nei settori dell'educazione, della sanità, dei servizi sociali, della tutela ambientale, della cultura, etc.) attraverso forme di "partecipazione sociale".

Gli Enti del Terzo Settore in Toscana iscritti ai tre registri/albi regionali al 31 dicembre 2019, sono 6.578 di cui:

- 3.306 Organizzazione di Volontariato
- 2.689 Associazione di Promozione Sociale
- 583 Cooperative Sociali

Tra le Organizzazione di Volontariato il 70% di esse opera in ambito sociale, socio-sanitario e sanitario; per quanto riguarda le Associazioni di Promozione Sociale il 65% di esse opera in ambito culturale, sportivo, ricreativo ed educativo; tra le Cooperative sociali invece il 40% è rappresentato da quelle di tipo B (attività agricole, industriali, commerciali o di servizi finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate) e il 50% da quelle di tipo A (promozione dell'interesse generale della comunità, integrazione sociale attraverso la gestione dei servizi socio sanitari ed educativi). Il 10% circa sono Consorzi.

Se estendiamo il ragionamento al variegato e ampio mondo del no-profit censito periodicamente da Istat, troviamo in Toscana 26.588 soggetti che impiegano oltre 490.000 persone di cui 432.000 sono volontari (Istat 2016). Questo dato ci segnala la presenza, a fianco delle oltre 6.500 realtà iscritte ai registri regionali, di ulteriori 20.000 soggetti operanti nel territorio toscano.

Questo ampio universo di soggetti delle economie sociali e solidali attivi in Toscana rappresenta una risorsa eccezionale e formidabile che profila uno dei tratti innovativi del nostro welfare, ovvero l'idea di *comunità competente*, nella quale le competenze degli operatori sono messe in relazione alle risorse ed alle energie informali e i saperi professionali dialogano con il capitale sociale locale. In questa prospettiva in alcune aree di bisogno, specialmente quelle che non trovano pronta risposta nell'offerta pubblica, agisce efficacemente il Terzo Settore con l'incontro tra domanda e offerta generando anche soluzioni inedite per rispondere ai bisogni individuali e collettivi. Basti pensare ai progetti solidali di prossimità, alla diffusione delle fondazioni di comunità, al dilatarsi degli spazi di partecipazione, al maggiore coinvolgimento dei beneficiari nell'offerta di servizi e prestazioni.

Così facendo si creano esperienze innovative basate su principi di solidarietà, cooperazione e bene comune, pratiche e modelli che ricollocano al centro dell'azione sociale le persone e le comunità.

In conclusione, possiamo affermare che la coprogettazione non va intesa esclusivamente come un'azione amministrativa innovativa, in quanto rappresenta il cuore pulsante di questa stagione di riforme. Non c'è dubbio che questo istituto potrà condizionare l'idea di comunità e di società locale, a partire da come sarà declinata in norme e regolamenti la sussidiarietà orizzontale nei settori particolarmente sensibili quali l'esclusione sociale, la salute, l'educazione, l'ambiente, la cultura.

## Linee di indirizzo per la programmazione educativa integrata di Zona

di **Sandra Traquandi**<sup>5</sup>

Il sistema della *governance* territoriale è un sistema di relazioni, processi e responsabilità che costituisce la base fondamentale da cui scaturiscono gli interventi di programmazione nei territori.

Si è molto investito, negli ultimi anni, nel rilancio e nello sviluppo della *governance* promuovendo fortemente il ruolo delle Conferenze Zonali per l'educazione e l'istruzione<sup>6</sup> previste dalla Legge regionale Toscana n. 32/2002 che vengono individuate come ambito territoriale ottimale per la programmazione unitaria degli interventi dei Comuni e delle Unioni di Comuni in materia di educazione, istruzione, orientamento e formazione contribuendo a rendere effettivo il diritto all'apprendimento per tutto l'arco della vita, tema centrale nello spirito della LR Toscana n.32/2002.

Sono 35 le Zone che in Toscana costituiscono la base su cui poggia l'impianto delle politiche in materia di educazione e di istruzione: la Zona è dunque il luogo della programmazione unitaria, della sintesi delle relazioni, della messa in comune di risorse, competenze, idee ed energie.

Facendo leva sui principi di integrazione e sussidiarietà, si è agito per portare a sistema il lavoro dei diversi soggetti istituzionali e non, in modo da far convergere verso obiettivi condivisi le politiche, le competenze, gli interventi e le risorse -finanziarie, umane, strumentali- e puntare ad accrescere l'efficacia degli interventi e la sempre maggior corrispondenza di questi alle criticità che si manifestano. In questo disegno complessivo di rilancio delle Conferenze Zonali per l'educazione e l'istruzione, si iscrivono le numerose azioni che la Regione Toscana ha intrapreso in questi anni estendendo la logica della *governance* territoriale dai Progetti Educativi Zonali – P.E.Z.<sup>7</sup>– ad altri campi di intervento.

La politica regionale in materia di educazione e istruzione punta dunque prioritariamente su:

- Azioni di sistema e non progetti
- Il territorio - e non i singoli territori - l'armonizzazione, la continuità, coerenza e complementarietà degli interventi
- Il rilancio e rafforzamento del ruolo delle Conferenze Zonali

Per contribuire a rendere più solide e forti le Conferenze, e quindi il Sistema nel suo complesso, si sono messi in campo molteplici strumenti che si configurano sostanzialmente come "azioni di sistema":

- Iniziative formative e informative
- Creazione di servizi di supporto conoscitivo quali l'Osservatorio regionale per l'educazione e l'istruzione<sup>8</sup> che gestisce le banche dati e mette a disposizione

5 Posizione organizzativa settore Educazione e istruzione della Regione Toscana.

6 [www.regione.toscana.it/-/le-zone-dell-educazione-e-dell-istruzione](http://www.regione.toscana.it/-/le-zone-dell-educazione-e-dell-istruzione)

7 [www.regione.toscana.it/pez](http://www.regione.toscana.it/pez)

8 [www.regione.toscana.it/osservatorioeducazioneistruzione](http://www.regione.toscana.it/osservatorioeducazioneistruzione)

dati ed elaborazioni sulle aree di intervento, per consentire che la progettazione sul territorio trovi una base informativa di riferimento

- Azioni di coordinamento quali quelle realizzate nell'ambito dell'infanzia da 0 a 6 anni attraverso il lavoro regionale con i coordinamenti pedagogici e gestionali dei servizi, articolato anche in gruppi tematici
- Risorse finanziarie dedicate alla creazione e al consolidamento delle strutture tecniche che supportano la Conferenza Zonale, come ad esempio il finanziamento dell'organismo di coordinamento gestionale e pedagogico dei servizi educativi per l'infanzia e dell'organismo di coordinamento educazione e scuola attraverso riserva di destinazione dei fondi attribuiti ai P.E.Z
- Il P.E.Z. diviene quindi anche strumento per l'implementazione della *governance*: azione di sistema diffusa che investe le responsabilità locali

Nell'ottica del suddetto potenziamento delle Conferenze Zonali, la Regione ha approvato con DGR n. 584 del 21 giugno 2016 i *Criteri generali per il funzionamento delle Conferenze Zonali per l'Educazione e l'Istruzione nell'ambito del sistema integrato per il diritto all'apprendimento* e le successive Linee guida per la sua applicazione – approvate con DGR n. 251 del 20 marzo 2017 - in cui vengono indicate l'organizzazione e strutturazione di ciascuna Zona. Si prevede che le Zone, per esercitare compiutamente il ruolo ad esse attribuito, si articolino al loro interno in specifici organismi:

- Conferenza Zonale per l'educazione e l'istruzione (organismo politico)
- Struttura di supporto tecnico/organizzativo Zonale (organismo tecnico trasversale, ossia struttura di supporto per la programmazione)
- Organismo di coordinamento Zonale educazione e scuola (struttura tecnica specificatamente dedicata all'ambito delle politiche e degli interventi della Conferenza Zonale in materia educativa e scolastica)
- Organismo di coordinamento gestionale e pedagogico Zonale dei servizi educativi per la prima infanzia (organismo riferito all'area dei servizi 0-3 e alla continuità educativa nel sistema da zero a sei anni, come definito dal D.Lgs. n. 65/2017).

L' Organismo di coordinamento Zonale educazione e scuola si occupa di:

- Contrasto alla dispersione scolastica
- Inclusione della disabilità
- Integrazione interculturale
- Dimensionamento della rete scolastica e programmazione offerta formativa
- Educazione e istruzione degli adulti
- Diritto allo studio
- Orientamento
- Discipline STEM
- Educazione non formale

Tale Organismo di coordinamento, per meglio affrontare e gestire le molte materie attribuitegli, organizza Tavoli tecnici/gruppi di lavoro tematici, che costituiscono la sede e l'occasione per il confronto tra i diversi soggetti istituzionali e non che sul territorio Zonale sono a vario titolo competenti, in modo da costituire una reale occasione di integrazione e di scambio.

In primo luogo, diviene quindi il momento di dialogo tra enti locali e scuola, in una costante interrelazione che contribuisce alla crescita di tutta la comunità educante.

La composizione dei Tavoli tecnici/gruppi di lavoro varia dunque di volta in volta in funzione del tema affrontato, possono essere esaminati più in dettaglio alcuni casi.

Suggerimenti: Il tavolo tecnico/gruppo di lavoro sul contrasto alla dispersione scolastica dovrà vedere la presenza di:

- Organismo Zonale di coordinamento educazione e scuola (presiede e coordina il tavolo)
- Rete Zonale di scuole anche con CPIA (o istituzioni scolastiche)
- Scuole paritarie
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Provincia/città metropolitana
- ASL
- Formazione professionale
- Lavoro
- Associazioni/cooperative/agenzie educative e organizzazioni private operanti a livello locale nell'area dell'istruzione e dell'educazione
- Centri per l'impiego
- Università

Mentre il tavolo tecnico/gruppo di lavoro sull'inclusione della disabilità è composto da:

- Organismo Zonale di coordinamento educazione e scuola (presiede e coordina il tavolo)
- Rete Zonale di scuole anche con CPIA (o istituzioni scolastiche)
- Scuole paritarie
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Provincia/città metropolitana
- Asl
- Società della salute
- Associazioni/cooperative/agenzie educative e organizzazioni private operanti a livello locale nell'area dell'istruzione e dell'educazione

Parimenti per il tavolo tecnico/gruppo di lavoro sull'integrazione interculturale la composizione coinvolge:

- Organismo Zonale di coordinamento educazione e scuola (presiede e coordina il tavolo)
- Rete Zonale di scuole anche con CPIA (o istituzioni scolastiche)
- Scuole paritarie
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Provincia/città metropolitana

- Asl
- Società della salute
- Associazioni/cooperative/agenzie educative e organizzazioni private operanti a livello locale nell'area dell'istruzione e dell'educazione

Il tavolo tecnico/gruppo di lavoro sul dimensionamento della rete scolastica, programmazione e offerta formativa è composto da:

- Organismo Zonale di coordinamento educazione e scuola (presiede e coordina il tavolo)
- Rete Zonale di scuole anche con CPIA (o istituzioni scolastiche)
- Scuole paritarie
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Provincia/città metropolitana
- Parti sociali, con particolare riferimento alle organizzazioni sindacali di categoria - ai sensi dell'art. 6 ter c. 7 della L.R. 32/2002.

Il tavolo tecnico/gruppo di lavoro sull'educazione e istruzione degli adulti è composto da:

- Organismo Zonale di coordinamento educazione e scuola (presiede e coordina il tavolo)
- Rete Zonale di scuole anche con CPIA (o istituzioni scolastiche)
- Scuole paritarie
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Servizi sociali
- Centri per l'impiego
- associazioni/cooperative/agenzie educative e organizzazioni private operanti a livello locale nell'area dell'istruzione e dell'educazione.

I Progetti Educativi Zonali -P.E.Z.<sup>9</sup>- nascono a partire dal 2012, integrando preesistenti strumenti regionali di intervento. Concepiti come risposta integrata ai bisogni dei territori, permettono la realizzazione da parte dei comuni -aggregati in Zone- di attività rivolte ai bambini e ragazzi dai 3 mesi ai 18 anni di età e intervengono sia nell'ambito dell'infanzia (per sostenere e qualificare il sistema dei servizi per la prima infanzia attraverso il coordinamento e la formazione del personale), sia nell'ambito dell'età scolare (per prevenire e contrastare la dispersione scolastica, promuovendo l'inclusione di disabili e stranieri e l'orientamento, contrastando il disagio scolastico, nonché per promuovere esperienze educative/socializzanti durante la sospensione del tempo scuola).

La Regione Toscana emana annualmente le "Linee guida per la programmazione e progettazione educativa integrata territoriale" sulla cui base si attiva il processo di *governance* territoriale che, con il coinvolgimento di province, conferenze Zonali per l'educazione e l'istruzione e comuni, porta alla realizzazione dei Progetti Educativi Zonali (P.E.Z.), formulati per ognuna delle 35 zone della Toscana

---

9 [www.regione.toscana.it/pez](http://www.regione.toscana.it/pez)

Le “Linee guida” forniscono per ciascun anno scolastico le indicazioni per la formulazione dei Progetti, individuano le priorità di intervento e destinano le risorse regionali ripartite tra le Zone – per l’anno educativo/scolastico 2020/2021 oltre 6,2 mila di euro – a queste si aggiungono i cofinanziamenti degli enti locali e dei soggetti territoriali partner dei progetti.

Molti dei contenuti del D.Lgs. n. 65/2017 in materia di costruzione del sistema educativo integrato da zero a sei anni hanno da tempo trovato anticipazione nella lunga esperienza del territorio toscano.

Tra questi senz’altro il tema del coordinamento territoriale, concretizzato, appunto con l’organismo di coordinamento Zonale infanzia. Il livello regionale prevede momenti frequenti di confronto con i coordinamenti territoriali - il “coordinamento dei coordinamenti” -, oltre a percorsi di formazione e aggiornamento, come pure occasioni di stimolo verso la condivisione e l’approfondimento degli argomenti di maggior attualità.

Fondamentale ricordare anche il Tavolo interistituzionale Zerosei, costituito dalla Regione Toscana assieme ad Anci, Ufficio Scolastico Regionale, esperti ed esponenti del settore educativo.

Dal lavoro intorno a questi temi e dai tanti materiali prodotti, nascono recentemente i volumi editi nella collana editoriale “L’educazione Zerosei” pubblicata dal Centro regionale di documentazione per l’infanzia e l’adolescenza.

Di grande rilievo la realizzazione di *LEGGERE: FORTE! Leggere ad alta voce fa crescere l’intelligenza*<sup>10</sup> un progetto della Regione Toscana realizzato in collaborazione con l’Università degli Studi di Perugia, il Ministero dell’Istruzione tramite l’USR per la Toscana, INDIRE (Istituto Nazionale Documentazione Innovazione Ricerca Educativa) e il Cepell (Centro per il libro e la lettura del Ministero dei Beni e delle Attività Culturali) avviato nel 2019/2020 in tutti i nidi della Toscana e nelle scuole di ogni ordine e grado di due Zone. Si tratta di un’azione pluriennale che mira ad introdurre progressivamente l’ascolto della lettura ad alta voce, attuata dagli educatori e dagli insegnanti, come pratica strutturale dell’intero sistema di educazione e istruzione toscano, come strumento per conseguire il successo nei percorsi scolastici e di vita per i bambini e i ragazzi coinvolti. Allo stesso tempo mira a produrre maggior consapevolezza nelle famiglie dell’importanza di questa pratica in ambito domestico. Visti gli esiti delle numerose sperimentazioni già condotte con diverse fasce di età, si ritiene che l’ascolto della lettura ad alta voce in classe, come pratica quotidiana, intensiva, sistematica e realizzata in tutti i gradi, possa costituire un elemento decisivo per l’accesso a saperi e competenze minime che consentono l’esercizio della cittadinanza, nonché l’innalzamento del successo scolastico.

Leggere: Forte! costituisce un’azione a regia regionale del P.E.Z. della Regione Toscana.

In ultimo preme porre l’attenzione sul ruolo svolto dall’*Osservatorio regionale educazione e istruzione*<sup>11</sup> che mette a disposizione dei decisori regionali e territoriali, nonché degli operatori dell’educazione e dell’istruzione in generale, uno “strumentario” di conoscenza utile a supportare le scelte e l’agire. L’ambito di azione dell’Osservatorio va dalla creazione e gestione di banche dati specialistiche, alla realizzazione di indagini e analisi.

<sup>10</sup> [www.regione.toscana.it/leggereforte](http://www.regione.toscana.it/leggereforte)

<sup>11</sup> [www.regione.toscana.it/osservatorioeducazioneistruzione](http://www.regione.toscana.it/osservatorioeducazioneistruzione)

Tra le pubblicazioni più recenti, di particolare interesse quelle realizzate con applicazioni web dinamiche che offrono metodi innovativi di visualizzazione interattiva dei dati, supportati da cartogrammi ai diversi livelli territoriali (fino al singolo comune) e con ampio corredo di grafici. In particolare:

- *“Uno sguardo sulla scuola”*, contiene elaborazioni statistiche delle informazioni sulla scuola toscana a partire dall’anagrafe regionale degli studenti, integrata con altre fonti. Tutti i dati sono riportati nella distribuzione territoriale su mappe che consentono con immediatezza anche di confrontare le diverse realtà.
- *“Uno sguardo sui servizi educativi”* che contiene dati statistici più aggiornati sul mondo dei servizi per la prima infanzia (bambini dai 3 a 36 mesi) estratti dalla banca dati regionale SIRIA, integrata con altre fonti. Lo strumento a disposizione della programmazione a tutti i livelli offre informazioni sul dettaglio territoriale visualizzabili in modalità interattiva, attraverso mappe e grafici che permettono una lettura immediata ed efficace.

Le informazioni gestite dall’Osservatorio regionale educazione e istruzione vengono messe a disposizione di tutti gli utenti anche attraverso la fornitura aggiornata delle informazioni come open data sulla piattaforma regionale Open Toscana.

## Materiali

*Verso la costruzione del sistema integrato 0-6. Il contributo della Toscana*

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/1029>

*Verso la costruzione del sistema integrato 0-6. La formazione in servizio del personale educativo e docente*

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/1032>

*Fra qualità e costi. Per lo sviluppo sostenibile del sistema integrato dei servizi educativi per l’infanzia*

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/1033>

*Dialogando con le zone. Monitorare per sostenere la governance territoriale*

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/1053>

*Le qualità della qualità. Dall’indagine censuaria su qualità e costi dei nidi in Toscana spunti per la governance del sistema integrato*

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/1081>

# Prevenzione, Promozione e Protezione: gli indirizzi regionali

di **Lorella Baggiani<sup>12</sup>, Serena Bini<sup>13</sup>, Irene Candeago<sup>14</sup>**

## **Il sistema di Promozione, Prevenzione e Protezione**

Il quadro dei riferimenti teorici, programmatici ed operativi per orientare il lavoro di cura e accompagnamento rivolto alle famiglie ed alle bambine e bambini è rappresentato dalle 3 Linee di indirizzi adottate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali:

- Linee di indirizzo per l'affidamento familiare, 2013
- Linee di indirizzo per l'accoglienza nei Servizi residenziali per minorenni, 2017
- Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità, 2018

le quali promuovono un sistema di cura e protezione dell'infanzia e dell'adolescenza basato sul principio di un *continuum* che unisce Promozione, Prevenzione e Protezione.

Attraverso i suddetti documenti si è delineato un sistema integrato e multiprofessionale, che mira a promuovere le condizioni adeguate alla crescita (area della Promozione), a intercettare precocemente e prevenire i fattori di rischio (area della Prevenzione) ed a preservare o proteggere la salute, il benessere e la sicurezza del bambino (area della tutela o Protezione).

Alla base di tale sistema ci sono alcune *idee di riferimento* mutuata dal Programma P.I.P.P.I., come di seguito:

- Partecipazione
- Trasparenza
- Interdisciplinarietà e corresponsabilità
- Intensità dell'intervento
- Rilevanza del metodo della progettazione e valutazione partecipata
- Valorizzazione delle risorse della comunità e di un approccio inclusivo

## **Lavorare in équipe: riferimenti programmatici**

Il principio della necessità della valutazione multidimensionale del bisogno in risposta a situazioni di vulnerabilità si è andato affermando negli ultimi anni in molti programmi nazionali e regionali nonché nell'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni in linea con gli indirizzi e le raccomandazioni di livello europeo e con le più aggiornate ricerche in ambito sociologico e pedagogico.

Nell'ambito del Programma P.I.P.P.I. le équipe multidisciplinari costituiscono uno dei dispositivi fondamentali nel percorso di accompagnamento delle famiglie vulnerabili.

---

12 Funzionario settore Innovazione sociale della Regione Toscana.

13 Assistente amministrativo settore Innovazione sociale della Regione Toscana.

14 Ricercatrice Istituto degli Innocenti.

Anche nel progetto sperimentale *Care Leavers* volto al sostegno a coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'Autorità giudiziaria, viene previsto un percorso di accompagnamento verso l'autonomia in cui il diretto beneficiario della misura partecipa insieme all'équipe multidisciplinare alla co-progettazione dell'intervento.

Nel DL 147/2017 istitutivo del Reddito di Inclusione (REI) e nel DL 4/2019, convertito in Legge 28 marzo 2019, n. 26 - istitutivo del Reddito di Cittadinanza (RdC), il legislatore prevede che qualora, in esito all'analisi preliminare effettuata per la valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone, emerga la necessità di sviluppare un quadro di analisi più approfondito, si costituisca un'équipe multidisciplinare composta da operatori di area sociale e operatori dei servizi territoriali che si occupano di lavoro, formazione, politiche abitative, salute ed istruzione.

Tali indirizzi vengono ripresi e riaffermati anche nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 – PSSIR, recentemente approvato, che ribadisce la necessità di lavorare in team multidisciplinari e poliprofessionali. Nel PSSIR l'équipe viene definita come un luogo:

- Inclusivo, che offre opportunità di tessitura interprofessionale e interpersonale per co-costruire lo stesso progetto
- Di co-decisionalità: confronto, negoziazione diversi punti di vista, definizione condivisa della progettazione volta ad evitare frammentazione, dispersione informazioni, segmentarietà delle specifiche competenze
- Generativo: la condivisione dei processi di analisi, progettazione e valutazione favorisce la costruzione di un linguaggio comune, la trasparenza della relazione con la persona o la famiglia e colloca l'agire professionale in una dimensione di corresponsabilità

L'équipe multidisciplinare è, dunque, al contempo:

- Un dispositivo ovvero uno strumento dell'agire professionale definito come Lea (DPCM 12/12/2017- aggiornamento Lea) e come Livello di Servizio (DL 147/2017, istitutivo del REI, poi RdC DL 4/2019, convertito dalla L. 26/2019).
- Uno spazio di pensiero che permette di elaborare ipotesi, condividere strategie, confrontare e portare a sintesi punti di osservazione diversi e monitorare gli esiti.

Il lavoro in équipe multidisciplinare non riguarda (solo) l'adempimento dei ruoli di ognuno ma l'affermazione di una corresponsabilità da spendere nel perseguimento di obiettivi che possano generare trasformazioni e cambiamenti.

### **Lavorare in équipe: strumenti operativi**

Nel corso degli ultimi anni sono stati approvati una serie di atti e documenti che forniscono riferimenti programmatici e al contempo si configurano come strumenti operativi.

La DGR 769/2019, con cui si assegnano i Fondi erogati da Dipartimento per le Politiche della Famiglia, vincola per la prima volta l'attuazione delle progettualità realizzate dalle 26 Zone Distretto al rafforzamento della componente specialistica sanitaria – neuropsichiatria infantile e psicologia – nelle équipe multidisciplinari con l'obiettivo di consolidare il modello di intervento integrato per la valutazione delle funzioni genitoriali e per l'accompagnamento delle famiglie

in difficoltà. Con suddetta delibera viene approvato il documento *“Sostenere la genitorialità vulnerabile: indirizzi per il lavoro in équipe”* che rappresenta uno strumento operativo a carattere trasversale volto ad assicurare adeguatezza ed efficacia agli interventi di prevenzione, promozione e protezione. Nel documento le équipes multidisciplinari di natura integrata sociosanitaria sono individuate quali livelli di servizio che intervengono per accompagnare le famiglie vulnerabili e sono corresponsabili con i Servizi Sociali della costruzione del progetto di intervento (Progetto Quadro), della valutazione diagnostica e prognostica del bambino e del genitore.

Nel documento viene indicata la composizione “base” delle équipes multidisciplinari che si devono costituire in ogni Zona Distretto:

- Assistente sociale
- Educatore professionale
- Professionisti dell’area sociosanitaria
- Componenti della famiglia

Ogni équipe si caratterizza per la “geometria variabile” e quindi per il coinvolgimento di una serie di professionisti che si possono aggiungere di volta in volta in ragione della complessità delle situazioni da prendere in carico e che determinano quindi una équipe allargata. L’équipe può arricchirsi di:

- Neuropsichiatra, psicologo/psicoterapeuta che segue abitualmente il bambino
- Educatore nido/insegnante scuola frequentata dal bambino
- Altri operatori che lavorano con il bambino (operatori centri diurni, pediatra, operatori SerD)
- Persone appartenenti alla comunità di riferimento della famiglia

L’équipe è responsabile del percorso di accompagnamento che si articola in:

1. Segnalazione, analisi preliminare ed accoglienza
2. Definizione del Progetto del bambino (Progetto quadro)
3. Accompagnamento, sostegno, valutazione e documentazione
4. Conclusione del percorso

Con successiva DGR 957/2019 si forniscono alle Zone Distretto toscane indicazioni per l’utilizzo della Quota del 40% del Fondo Nazionale Politiche Sociali riservata a interventi e servizi nell’area infanzia e adolescenza. Gli *“Indirizzi per le Zone Distretto e Società della Salute per gli interventi da programmare sull’area infanzia e adolescenza”* intendono, infatti, circoscrivere e delineare il complesso dei servizi, delle misure e dei dispositivi da programmare e realizzare nell’ambito del sistema territoriale di Prevenzione, Promozione e Protezione.

Come già detto, la sperimentazione P.I.P.P.I. è stata fondamentale per l’evoluzione del sistema Promozione, Prevenzione e Protezione. Il Programma, oltre alle idee di riferimento, fornisce strumenti operativi:

- Il modello teorico-pratico del “mondo del bambino”
- RPMonline – Rilevazione, Progettazione, Monitoraggio

Il Modello multidimensionale de “Il Mondo del Bambino” offre un supporto ai diversi professionisti per giungere a una comprensione olistica dei bisogni e delle potenzialità di ogni bambino e di ogni famiglia. Esso fa riferimento alle tre

dimensioni che contribuiscono allo sviluppo del bambino, le azioni che le figure parentali mettono in campo per soddisfare tali bisogni, i fattori familiari e ambientali che possono influenzare la risposta a tali bisogni. Le tre dimensioni compongono quindi i tre lati del triangolo de "Il Mondo del Bambino":

- "Il mio crescere"
- "Di che cosa ho bisogno da chi si prende cura di me"
- "Il mio ambiente di vita"

Lo strumento RPMonline, insieme a "Il Mondo del Bambino", rappresenta un metodo e uno strumento di lavoro dell'équipe. RPMonline permette di:

- Creare una Scheda per ciascun bambino (ad ogni bambino il suo Progetto Quadro)
- Integrare le informazioni disponibili a partire da differenti soggetti al fine di ottenere un quadro completo dei punti di forza e dei bisogni del bambino, dei punti di forza e dei bisogni dei genitori, di quelli legati all'ambiente familiare e di vita del bambino
- Condividere le informazioni e la comprensione dei bisogni del bambino con i genitori e i bambini, piuttosto che con i diversi partner coinvolti nella vita del bambino e della sua famiglia
- Facilitare il processo decisionale e la pianificazione degli interventi con tutti gli attori coinvolti
- Proporre un piano d'azione ai genitori, ai bambini e a tutti gli attori coinvolti
- Documentare e quantificare i cambiamenti delle famiglie

L'utilizzo di entrambi gli strumenti è ampiamente descritto nelle *Linee d'indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità*, che insieme al *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale* (e alle sue 40 schede operative) agli *Indirizzi per le Zone Distretto e Società della Salute per gli interventi da programmare sull'area infanzia e adolescenza* e al documento *Sostenere la genitorialità vulnerabile: indirizzi per il lavoro in équipe*, forniscono il quadro teorico-pratico per il lavoro con le famiglie vulnerabili.

Sul fronte delle risorse attivabili per sostenere e sviluppare il Sistema di Promozione, Prevenzione e Protezione, al quale si aggiunge oggi il tassello dell'Autonomia, vanno tenuti in considerazione due aspetti:

- La necessità di programmare gli interventi in maniera integrata, combinando e collegando i diversi filoni di finanziamento nazionali, regionali e comunitari
- Lo spazio riservato al sistema per l'infanzia e l'adolescenza all'interno del Fondo Nazionale Politiche Sociali con la riserva della quota del 40% reintrodotta nel 2018 ed elevata al 50% nel 2020.

Il FNPS si è attestato nel 2018 su 17.791.006,46 euro, la cui quota del 40% è corrispondente ad euro 7.116.402,59 comprensivi delle risorse per l'implementazione delle Linee guida nazionali sulla genitorialità vulnerabile, ovvero per la sistematizzazione dei risultati del Programma P.I.P.P.I.

Nel 2019 la dotazione del Fondo è salita a 26.128.137,67 euro, portando la quota infanzia e adolescenza ad 10.451.255,07 euro. Attraverso la quota dedicata vengono sostenuti:

- Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio: assistenza domiciliare Interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono bambini e ragazzi.

- Centri diurni e altri servizi territoriali comunitari.
- Interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita dei bambini e dei ragazzi nella scuola: interventi coprogettati e cogestiti con insegnanti sia di gruppo, sia in équipe multidisciplinare per singoli alunni / studenti in condizioni di difficoltà/rischio; nel territorio: sostegni e servizi socioeducativi territoriali e semiresidenziali.
- Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità: comunità / residenze a favore dei minori e persone con fragilità.
- Sistema di intervento per minorenni fuori dalla famiglia di origine.
- Misure di inclusione sociale - sostegno al reddito: interventi misure per facilitare inclusione e autonomia.

Strettamente connesso alla programmazione del FNPS risulta il Fondo di solidarietà Interistituzionale previsto dalla legge regionale 41/2005 la cui dotazione per l'annualità 2018 è stata pari ad euro 2.400.000; di questi 1.200.000 sono stati destinati ad interventi di contrasto alla povertà alimentare e 1.200.000 alle misure attivate per l'accoglienza dei minori allontanati temporaneamente dalla propria famiglia e collocati o in affido o in comunità.

Il Fondo erogato annualmente dal Dipartimento Politiche per la Famiglia/Ministero per la Famiglia e la Disabilità, consente di sostenere senza soluzione di continuità dal 2014 le progettualità territoriali sviluppate dalle 26 Zone Distretto e Società della Salute e dai servizi consultoriali delle 3 Aziende Sanitarie.

Il Fondo è sottoposto annualmente a varie oscillazioni che hanno reso necessario un intervento aggiuntivo di risorse regionali al fine di mantenere il flusso di finanziamenti verso i territori costante.

Nel 2018 il Fondo erogato è stato pari ad euro 290.426,46, ai quali si sono aggiunti 309.580 euro di risorse regionali. Nell'annualità 2019 il Fondo è stato riportato a 984.000 euro. Le progettualità sviluppate riguardano:

- Interventi di sostegno alla genitorialità fragile, vulnerabile, affidataria ed adottiva.
- Misure di sostegno educativo per famiglie con bambini piccoli, anche nelle fasi immediatamente successive alla nascita, percorsi consultoriali e delle Aziende Sanitarie, home visiting-post partum, corsi di preparazione alla nascita.
- Potenziamento della rete centri affidi.
- Implementazione, monitoraggio, sistematizzazione interventi di comunicazione istituzionale per la rete di servizi per la prima infanzia e per la famiglia.
- Dal 2020, anche interventi rimodulati in conseguenza dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Sono correlati alle finalità perseguite sul fronte sanitario e consultoriale attraverso i Fondi Famiglia i finanziamenti per il Progetto Nazionale Sindrome Depressiva *Post Partum* per il quale il Ministero della Salute ha reso disponibili, nel 2019, 193.874,00 euro a cui si sono aggiunti 64.000,00 euro di cofinanziamento regionale per attività di prevenzione, individuazione e presa in carico precoce, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva *post partum*.

Un'importante opportunità per il sostegno al sistema di welfare viene dalle risorse stanziare per il Piano nazionale di contrasto alla Povertà. Nel 2018 il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale è stato pari ad euro 11.723.200 destinati ad interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà per garantire i livelli essenziali di prestazione, compresi i Punti per l'accesso REI. Nell'ambito di questa linea di azione ha trovato un finanziamento mirato anche la misura del Programma sperimentale *Care Leavers* (interventi per l'autonomia dei neomaggiorenni) con 353.535,35 euro, integrate dal cofinanziamento regionale pari ad 88.383,83 euro.

Nel 2019 il Fondo è salito a 14.683.200 di euro che hanno coperto interventi e servizi sociali di contrasto alla povertà per garantire i livelli essenziali di prestazione, compresi costi per adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni e gli oneri per l'attivazione e la realizzazione dei Progetti Utili alla Collettività (PUC). È stato rinnovato anche il finanziamento per il Programma sperimentale *Care Leavers* cui sono stati destinati 350.000 euro incrementati con 87.500 di cofinanziamento regionale.

## Materiali

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2012, *Un percorso nell'affido. Linee di indirizzo per l'affidamento familiari.*

[https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee\\_indirizzoaffidamentofamiliare.pdf](https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee_indirizzoaffidamentofamiliare.pdf)

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee-guida-accoglienza-minorenni.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2017, *L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2019, *Interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria*

[https://www.minori.gov.it/sites/default/files/idi\\_care\\_progetto\\_200619.pdf](https://www.minori.gov.it/sites/default/files/idi_care_progetto_200619.pdf)

D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà*.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/13/17G00161/sg>

DL 28 gennaio 2019, n. 4, *Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni*.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/01/28/19G00008/sg>

L. 28 marzo 2019, n.26, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, recante disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni*.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/29/19G00034/sg>

DPCM 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

<http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=esenzioni&menu=vuoto>

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>

Toscana, delib. GR 10 giugno 2019, n. 769, *Attuazione della DGR 90 del 28/1/2019: definizione del modello di intervento integrato sull'area della prevenzione della genitorialità vulnerabile e della promozione della genitorialità positiva. Assegnazione alle Zone Distretto e Società della Salute delle risorse del Dipartimento Politiche per la Famiglia (Fondi Famiglia 2018) e delle risorse integrative regionali*.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000000895>

Allegato A, *Sostenere la genitorialità vulnerabile: indirizzi per il lavoro in équipe*

[https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5220230&nomeFile=Delibera\\_n.769\\_del\\_10-06-2019-Allegato-A](https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5220230&nomeFile=Delibera_n.769_del_10-06-2019-Allegato-A)

Toscana, delib. GR 22 luglio 2019, n. 957, *Implementazione delle Linee di Indirizzo sull'Intervento con Bambini e Famiglie in situazione di vulnerabilità. Superamento della fase sperimentale del Programma P.I.P.P.I. e indirizzi per le Zone Distretto e Società della Salute sull'area infanzia e adolescenza. Assegnazione risorse co-finanziamento e risorse integrative regionali*.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001120>

Regione Toscana, *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020*

<https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/10/CM35/affari/testo3778.PDF>

## Il programma nazionale P.I.P.P.I. nell'esperienza di alcuni servizi territoriali di **Ana Maria Blanaru<sup>15</sup>, Sandra Maradei<sup>16</sup>, Angela Vignozzi<sup>17</sup> e di Mariagiulia Mannocci<sup>18</sup> e Maurizio Polieri<sup>19</sup>**

Il Programma P.I.P.P.I. nasce nel 2010 in Italia da una collaborazione tra il MLPS (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), il LabRIEF (Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova) e le 10 città riservatarie della L. 285/97 che hanno aderito alla prima sperimentazione che ha portato all'approvazione, il 21 dicembre 2017, delle Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. P.I.P.P.I. ha l'ampia finalità di diffondere una cultura che promuova una genitorialità positiva nei servizi, nelle scuole, nei sistemi educativi, in comunità resilienti, che stimolino la capacità delle persone di trasformare le difficoltà in opportunità.

Assumere la prospettiva della genitorialità positiva, nei servizi per la cura e la protezione dell'infanzia, significa avere il coraggio di rinunciare all'illusione del potere, alla convinzione di riuscire a determinare la buona o cattiva genitorialità semplicemente applicando protocolli standardizzati; la valutazione delle capacità genitoriali diventa in tale cornice un processo statico, in cui la genitorialità viene assunta quasi come se fosse una caratteristica personale del genitore. Mentre è ormai ampiamente condivisa la necessità di approcci integrati che possano prendere in considerazione la concezione multidimensionale, ecologica, dinamica, culturale, trasformativa della genitorialità (Milani, 2015).

L'approccio bioecologico dello sviluppo umano evidenzia infatti che un bambino cresce in maniera positiva quando gli adulti che si occupano di lui in famiglia e negli altri ambienti di vita ("microsistemi") interagiscono tra di loro in maniera sistematica e collaborativa (all'interno del "mesosistema") e vengono accompagnati nel loro ruolo attraverso diverse forme di supporto dal più ampio contesto sociale e culturale. Il bambino è posto al centro dell'attenzione, la sua possibilità di crescere bene dipende dal fare parte di un'ecologia di relazioni positive, sia quelle che lo riguardano direttamente (scuola e famiglia), sia indirettamente (rapporti scuola-genitori ecc.), sia dall'organizzazione dei vari sistemi: di vicinato, urbanistico, scolastico, sanitario, sociale, lavorativo, ecc. Il modello multidimensionale del mondo del bambino costituisce pertanto una cornice metateorica e interdisciplinare per facilitare l'analisi, la progettazione e la valutazione condivise nell'équipe e al tempo stesso è uno strumento concreto per facilitare la partecipazione dei bambini e dei genitori/familiari ai processi valutativi e decisionali di cui sono protagonisti.

---

15 Assistente sociale – tutela minori – SDS Pratese.

16 Psicologa UFS. Attività Consultoriali Prato.

17 Assistente sociale, Coordinatore Professionale Tutela Minori – SDS Pratese.

18 Assistente sociale del Comune di Capannori.

19 Psicologo delle Attività consultoriali ASL nord-ovest Lucca).

I principi metodologici a cui si ispira il Programma sono:

- Interdisciplinarietà e corresponsabilità
- Partecipazione
- Trasparenza
- Intensità dell'intervento
- Rilevanza del metodo della progettazione e valutazione partecipata
- Valorizzazione delle risorse della comunità e di un approccio inclusivo

Il lavoro di accompagnamento delle famiglie in situazione di vulnerabilità prevede ed esige dalle professioni e dalle organizzazioni di assumere la sfida di lavorare insieme per costruire un approccio olistico alla negligenza. L'assunto di partenza è che per riuscire a riannodare i legami tra genitori e figli superando la condizione di negligenza, occorre che anche i professionisti lavorino tra di loro e con le famiglie in un'ottica di dialogo e anche le rispettive organizzazioni di appartenenza si mettano in rete in modo cooperativo. Uno dei bisogni primari dei bambini è che gli adulti sappiano parlarsi e costruire progettualità condivise e coerenti. È necessario pertanto costruire spazi condivisi, affinché sia possibile ridarsi tutti assieme il compito.

La famiglia è soggetto e non destinatario dell'intervento: è membro dell'équipe e partecipa agli incontri in équipe dove vengono prese le decisioni che la riguardano. Questo consente alla famiglia di contribuire positivamente al processo decisionale e costituisce fattore predittivo di efficacia dell'intervento.

Il metodo della valutazione trasformativa e partecipativa presentato dal Programma P.I.P.P.I. propone una valutazione circolare in cui mentre si costruisce l'*assessment* in realtà si sta già agendo e trasformando le dinamiche relazionali. L'operatore non si limita a valutare le capacità genitoriali bensì si pone come propulsore di cambiamento, lasciando la parola ai bambini/ragazzi e ai loro genitori in quanto maggiori esperti della propria vita. L'operatore quindi da "rilevatore di carenze e risolutore di problemi diventa un facilitatore di processi di cambiamento e promuove intenzionalmente il passaggio da un expert knowledge, secondo cui sono i servizi competenti a definire e decidere sulla situazione, a un local knowledge, che riconosce come siano i familiari stessi i primi conoscitori delle proprie difficoltà e capacità" (Geertz, 1973, p. 35).

La partecipazione delle famiglie al percorso di accompagnamento e alle decisioni che li riguardano è un diritto sancito da fonti internazionali di diritto; tuttavia, ciò non si traduce in maniera altresì fluida in pratiche di intervento coerenti con tale principio. Diventa pertanto imprescindibile interrogarsi sugli strumenti concreti che usiamo per favorire la reale partecipazione, l'emersione della voce anche dei genitori di culture e lingue diverse, genitori con difficoltà cognitive o psichiatriche, bambini piccoli o con disabilità. Nelle pratiche quotidiane dei servizi sembra quasi che per tali frammenti di popolazione, i più vulnerabili, l'operatore si senta in qualche modo legittimato a by passare la voce della famiglia e dei bambini, a limitarsi ad informarli delle decisioni prese dai tecnici che, in quanto esperti, hanno il potere/dovere di valutare e progettare. Se partiamo dall'assunto che tutelare un bambino vuol dire innanzitutto tutelare e rinforzare il legame genitore/figlio, come ci ricorda una mamma che ha partecipato ai gruppi con i genitori e i bambini organizzati nell'ambito dell'edizione P.I.P.P.I. 7, tale tutela viene esercitata tramite la partecipazione autentica

della famiglia ai processi decisionali che la riguardano. (Citazione genitore: “È importante per me dare la mia opinione per i miei figli, così mi sento di essere con i miei figli, altrimenti mi sento messa da parte e non mi sembra di essere importante davvero nella vita dei miei figli”).

### **L’esperienza dell’Ambito Pratese**

L’Ambito Pratese ha partecipato al Programma di Intervento per la Prevenzione dell’Istituzionalizzazione a partire dal 2014, P.I.P.P.I. 3 e successivamente alle edizioni P.I.P.P.I. 5 e 7. La partecipazione al Programma P.I.P.P.I. ha rappresentato per noi un percorso di crescita visibile ad esempio dal confronto del triangolo o dell’ecomappa di un genitore o di un bambino dal T0 al T2 (citazione genitore: “All’inizio questo strumento del triangolo non lo capivo, non vedevo la sua utilità, c’erano questi triangoli... sì, li facevo un po’ contro voglia ma li facevo. Però se uno poi guarda alla fine tutto il lavoro che ha fatto, questi triangoli come si sono evoluti... poi via via che li facevo piano piano cominciavo a capirne l’utilità [...] dopo diciamo mi son piaciuti, specialmente gli ultimi che ho fatto che portavano fuori dei ricordi o dei pensieri che io normalmente tenevo dentro. Portandoli fuori, mettendoli su carta e guardandoli è tutta un’altra, così ti accorgi veramente di quali siano i tuoi pensieri, i tuoi problemi...”), ma anche dai triangoli fatti dagli operatori in P.I.P.P.I. 3 e 5 e quelli fatti fuori dal Programma, in quanto il bagaglio di P.I.P.P.I. non è stato disperso, ma arricchito con nuove esperienze con altre famiglie che entrano nei nostri Servizi. Abbiamo in tal modo sperimentato gli strumenti della Ricerca Pilota 0/3 RdC, abbiamo invitato a workshop alcuni genitori che, al pari degli operatori, hanno portato la propria esperienza fino ad arrivare ai laboratori famiglie/operatori sul tema della partecipazione. I risultati si vedono a partire dai luoghi (gli uffici, in cui si vedono strumenti, libri, immagini che favoriscono l’ascolto), dai contesti (feste, inaugurazioni, gruppi, laboratori in cui le famiglie stanno insieme agli operatori) fino alle pratiche professionali (ad esempio, relazioni per l’Autorità Giudiziaria che utilizzano linguaggi S.M.A.R.T. - semplice, misurabile, accattivante, realistico e temporalizzato - che citano gli strumenti utilizzati; relazioni concrete e non generiche, contestualizzate e che tengono in ampia considerazione la prospettiva dei genitori).

La partecipazione alle varie edizioni del Programma P.I.P.P.I. ha favorito inoltre l’avvio di alcuni cambiamenti organizzativi. È stata infatti istituita la Unità di Valutazione Multidisciplinare Tutela Minori, luogo di integrazione sociosanitaria ed anello di congiunzione tra il servizio sociale e la psicologia infanzia ed adolescenza.

La realizzazione del percorso di accompagnamento progettato insieme alla famiglia prevede l’attivazione di alcuni dispositivi che consentono alla famiglia stessa di usufruire di diverse opportunità nei tempi e nei modi più rispondenti ai suoi bisogni e rispettosi del suo percorso.

Il dispositivo di intervento che più ha messo radici sul nostro territorio è stato quello dei gruppi con i genitori e con i bambini. È stato ampiamente dimostrato che “l’accompagnamento delle famiglie che vivono in situazioni di vulnerabilità produce maggiori esiti di cambiamento se comprende contemporaneamente interventi di tipo individuale e proposte di tipo collettivo” (cit. Linee di indirizzo nazionali) per tale motivo il dispositivo dei gruppi è entrato a fare parte stabile dell’offerta dei servizi sociali territoriali pratesi. Lacharité (2016) ha evidenziato le aree di scambio e di riflessività nei gruppi con i genitori: la relazione con se stessi, il genitore come genitore, la relazione genitore/figlio, la relazione genito-

re/ambiente sociale, come emerge anche dalla preziosa testimonianza di una mamma: “Il gruppo P.I.P.P.I. per me è stato il primo gradino in salita, verso la scoperta di una nuova me come persona, mamma e figlia ... Non sapevo cosa aspettarmi, sicuramente avevo molte paure, come quella di essere giudicata e di non essere compresa. È stato invece sorprendente notare la disponibilità del gruppo ad ascoltarmi, incoraggiarmi e dare dei consigli senza farmi sentire criticata o in difetto ...”. Attualmente il dispositivo dei gruppi con i genitori e con i bambini è entrato a far parte dell’offerta di servizi che l’ambito mette a disposizione delle famiglie.

Inoltre, dall’attivazione del dispositivo scuola famiglie e servizi è nato un tavolo di lavoro a livello di Ambito per l’elaborazione di un protocollo scuola/servizi sociali nel quale erano presenti tre dirigenti scolastici in rappresentanza della rete RISPO attiva nell’Ambito Pratese, che raggruppa tutti i dirigenti scolastici di tutti gli Istituti Comprensivi presenti nel territorio nonché rappresentanti dei servizi educativi dell’ente locale. Il gruppo di lavoro interdisciplinare costituisce le basi per una diffusione della metodologia appresa anche nelle scuole e nei servizi educativi al fine di elaborare progetti partecipati, coerenti ed il più rispondenti ai bisogni di crescita dei bambini.

Dalla nostra esperienza nelle varie edizioni P.I.P.P.I. abbiamo imparato che i gruppi non servono solo alle famiglie, sono invece un’occasione preziosa di apprendimento per gli operatori e il contesto organizzativo in quanto offrono l’opportunità:

- di vedere le famiglie da un altro punto di vista e viceversa offrire alle famiglie un’immagine degli operatori inedita
- di cambiare la postura nel lavoro quotidiano con le famiglie
- di uscire dal gruppo rigenerati anche come operatori, dando vigore e nuova energia al lavoro quotidiano;

perché come ci dice Sclavi “Quello che vedi dipende dal tuo punto di vista. Se vuoi vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista”. (Sclavi, 2000, p. 67)

Abbiamo infine imparato che le famiglie e i bambini possono partecipare al loro progetto se favoriti da contesti fertili (operatori, strumenti, luoghi). I loro pensieri, la loro voce non è meno importante di quella degli operatori. I contesti strutturati aiutano a conoscersi, ad abbassare le diffidenze e le barriere. La voce del bambino aiuta ad unire, a ridurre la conflittualità tra adulti, a de-centrarsi dalla propria prospettiva (quella di genitore o di operatore).

### **L’esperienza della Piana di Lucca. Un lavoro “alla P.I.P.P.I.”: nota sulla giornata formativa di Pontedera**

Uno psicologo delle Attività consultoriali ASL nord-ovest Lucca e un’Assistente sociale del Comune di Capannori (Maurizio e Magia) hanno portato il loro contributo alle giornate di divulgazione organizzate dalla Regione Toscana, condividendo con i partecipanti la loro esperienza di operatori prima e formatori poi del programma P.I.P.P.I. arrivato nei loro territori.

Quando P.I.P.P.I. è arrivata nel nostro Ambito territoriale, ossia la Piana di Lucca (formata da 7 Comuni) assieme all’azienda USL nord-ovest e al Centro affidi ci siamo decisamente “P.I.P.P.I.tizzati”.

P.I.P.P.I., questa ragazzina svedese, ha iniziato a farci vedere che il modello di

lavoro con i bambini e le loro famiglie era vecchio, era tanto vecchio e che non funzionava più, il modello di lavoro in cui l'Assistente sociale e l'amministrativo che sono soli, fanno tanta fatica a lavorare assieme agli altri.

E così è iniziata l'avventura prima con P.I.P.P.I. 4 e poi con P.I.P.P.I. 6.

Proprio a partire dalla sesta implementazione è stato avviato il livello avanzato P.I.P.P.I. e introdotto un nuovo soggetto nella struttura del programma denominato Laboratorio Territoriale – LABT garante della trasferibilità e dell'adattamento di P.I.P.P.I. nell'Ambito Territoriale.

Gli interventi proposti alla giornata formativa che si è tenuta a Pontedera, si sono concentrati su due aspetti che promuovono la capacità di analisi e valutazione attraverso il principio di partecipazione trasformativa nel lavoro di équipe con le famiglie e l'esperienza dell'équipe multiprofessionale.

Per questo abbiamo deciso di concentrare gli interventi su una parte pratica ed esperienziale che fornisse elementi di riflessione sul lavoro in gruppo, facendo riferimento a pratiche relazionali che possono migliorare o invalidare il nostro lavoro, come le paure, le invidie.

Abbiamo iniziato con un gioco "rompi ghiaccio" alla P.I.P.P.I., una passeggiata nelle fotografie accuratamente scelte e posizionate nel centro della stanza hanno permesso ad ogni singolo partecipante di sceglierne una, quella che maggiormente rispecchiava "il suo sentire in quel momento" per poi condividerlo poi con gli altri. Poi, la visione del video di una mamma che ci ha raccontato le magie che P.I.P.P.I. ha portato a casa sua.

Tutto questo ci ha permesso di uscire dalla "stanza delle emozioni" per entrare in "quella delle analisi".

La giornata formativa ha previsto anche una parte teorica in cui si è voluto sottolineare l'importanza della genitorialità positiva nel processo di sviluppo psicologico del bambino. Il programma P.I.P.P.I. si va a inserire in un metodo che cerca di aiutare bambini in difficoltà attraverso un'analisi dei loro bisogni e delle loro necessità per garantire uno sviluppo adeguato ed equilibrato; vengono prese in considerazione anche le difficoltà che possono riscontrare nei propri ambienti di vita familiare e il contesto sociale in cui vive la famiglia stessa. Per fare questo il programma ha creato uno strumento di analisi, un *assessment* dettagliato che è stato denominato "triangolo" in cui il centro di indagine rimane sempre il bambino e il suo sviluppo. Il programma P.I.P.P.I. parla di prevenzione dell'istituzionalizzazione, che significa soprattutto cercare di contrastare una cronicità della sofferenza e del disagio attraverso elaborazione di un progetto che tende a capire le possibilità che il suo ambiente affettivo possa essere risanato e possa di nuovo diventare: sua casa, suo luogo dove crescere e dove relazionarsi con le figure affettive a cui il bambino stesso tiene di più, ovvero i propri familiari.

Ecco quindi che il programma P.I.P.P.I. cerca di valutare, di conoscere le risorse che un ambiente può avere, superare solo la valutazione degli aspetti di fragilità genitoriale o di disagio, partendo proprio da queste risorse e cercando di allearsi attraverso un intento sincero e costruttivo di complicità con la famiglia, inserendola in molti percorsi che riguardano le azioni da fare. Si cerca in questo modo di far ritrovare al bambino ciò che aveva perso. Sicuramente abbiamo un lavoro da affrontare riguardo temi di trascuratezza e negligenza, ma

il nostro obiettivo deve concentrarsi sul sostegno ad una genitorialità positiva.

Genitorialità positiva rimane la parola chiave per individuare uno strumento utile al recupero del disagio del bambino. Il programma P.I.P.P.I. per fare questo crea delle azioni dirette sui problemi più significativi (di base) di questi nuclei familiari attraverso dispositivi determinati dal programma stesso o elaborati dall'équipe che lavorano sulle singole situazioni. Dispositivi tecnici del programma sono comunque quattro e molto importanti: educativa domiciliare - la famiglia d'appoggio - I gruppi dei genitori e anche dei bambini - il rapporto con la scuola. Tutto questo avviene attraverso un lavoro svolto in équipe multiprofessionale con un impegno intenso e altamente partecipativo, cercando un pensiero comune e azioni adeguate alla singola situazione con tutti gli operatori che si relazionano in qualche modo con il bambino, ma soprattutto (molto essenziale) con la partecipazione della famiglia stessa. Quest'ultimo è un punto su cui dobbiamo assolutamente lavorare per riuscire a favorirlo, perché può rivoluzionare il destino di tante persone che coinvolgono la famiglia di quel bambino. Infatti, dopo l'analisi dei bisogni, si dovranno cercare piccoli progetti che possono costituire il recupero, nei familiari, del sentimento di essere capaci di poter fare il genitore, di poter garantire sicurezza e amore ai propri figli, dobbiamo insieme a loro lottare contro lo sconforto determinato dallo svantaggio sociale e dalle complicazioni nelle relazioni interpersonali. Dobbiamo quindi attrezzarci e saper lavorare insieme tra operatori, sicuramente non è facile, ma deve diventare un obiettivo del professionista e una responsabilità anche dei servizi.

Inoltre, lo scopo di cercare parallelamente al lavoro con le famiglie anche uno spazio di formazione rimane uno dei punti importanti del programma P.I.P.P.I., diventare capaci di essere presenti nel supporto e nell'appoggio reciproco tra operatori, servizi e famiglia e proprio in questo senso si sono organizzati nel tempo dei momenti formativi e di divulgazione del programma P.I.P.P.I., in molti territori della Regione Toscana. Un primo momento formativo sono state le implementazioni del programma stesso negli ultimi dieci anni attraverso esperienze di sperimentazione. Nel nostro ambito territoriale gli operatori coinvolti sono stati assistenti sociali educatori professionali e psicologi.

Per tutti gli operatori è stata un'esperienza vissuta con forte entusiasmo, un'esperienza che ha favorito una capacità a comprendere la possibilità e l'importanza del lavoro in gruppo, del sentirci uniti nel tentare di creare nuove risposte al disagio e la sofferenza del bambino e delle loro famiglie. Ogni operatore ho sentito di essere un elemento distinto, ma anche essenziale, nel dare la possibilità agli altri di essere complementari nella valutazione.

L'esperienza formativa del programma P.I.P.P.I. ha proprio esercitato questa consapevolezza dell'importanza del lavoro dell'équipe multiprofessionale e di quanto è necessario coinvolgere famiglie nel nostro studio per rendere più comprensibile le loro necessità e quindi essere più efficaci nelle nostre risposte.

Gli sguardi degli operatori ora osservano a 360 ° la vita intorno al bambino e oltre ai problemi cercano e riescono a vedere anche le cose buone che possono diventare ancora per sostenere una resilienza riabilitativa.

## Riferimenti bibliografici

Blanaru, A.M. (2020), *I colloqui "danzanti": strumenti per dare parola ai minori e alle loro famiglie*, Tesi di master di I livello in Tutela, diritti e protezione dei minori, Università di Ferrara, a.a. 2018/2019, relatore Prof. Barrocu L.

Geertz, G. (1973), *Interpretazioni di culture*, Trad. It., Bologna, Il Mulino, 2008.

Lacharité C. (2014), *Programme d'aide personnelle, familiale et comunitaire: PAPFC2. Guide de programme. Trois-Rivières (Québec): CEIDF/UQTR*

Milani, P. et. al. (2015), *Il Quaderno di P.I.P.P.I.: teorie, metodi e strumenti per l'implementazione del programma*, Padova, Edizioni Becco giallo.

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2017), *L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva, Linee di indirizzo nazionali.*

Sclavi, M. (2000), *Arte di ascoltare i mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Milano, Edizioni Le Vespe.

Tuggia, M. e Zanon, O. (2017), *La partecipazione della famiglia al proprio percorso di accompagnamento: quali competenze per i professionisti dei servizi?* in Rivista Italiana "Educazione Familiare", n. 2, p. 25-39.

Zanon, O. (2017), *Intervento nell'ambito della giornata di studio intitolata "P.I.P.P.I. La sperimentazione del Programma P.I.P.P.I. in Umbria 2014-2018"*, Foligno, 8 novembre 2017.

## Il lavoro di équipe integrata nel percorso di sostegno alla nascita e alla genitorialità di Anna Ajello<sup>20</sup>

La salute materno-infantile è una componente fondamentale della salute della popolazione: la sua promozione rappresenta una scelta strategica per politiche sanitarie e sociali che riconoscono il modello pubblico ed universalistico dell'assistenza.

Il complesso normativo inerente alle politiche per la salute della donna e dell'età evolutiva individua nel consultorio uno dei *setting* principali per i percorsi assistenziali necessari a tutelarla e promuoverla e uno dei luoghi di maggiore prossimità al cittadino.

Si deve al modello dei consultori, altamente innovativi negli anni '70 rispetto alla sanità tradizionale, l'affermazione del valore della multidisciplinarietà, dell'attenzione alla dimensione sociale della salute e della ricerca di un rapporto con l'utenza orientato alla promozione delle competenze dei cittadini, volendone promuovere la capacità di scelte consapevoli.

### **La riorganizzazione delle attività consultoriali**

A tanti anni dall'istituzione dei consultori, molto è cambiato: è cambiata la popolazione - per età, provenienza geografica, cultura, abitudini e tempi di vita, status giuridico di presenza e residenza, mobilità sul territorio -, i modelli di riferimento, le aspettative e i comportamenti delle coppie, delle donne e dei giovani rispetto alla sessualità, alla contraccezione e alla procreazione, alla maternità e alla paternità, alla disabilità. Sono cresciute le patologie croniche e le conseguenze dei fattori ambientali, vecchi e nuovi, sulla salute.

Nuovi bisogni "sociali" sono presenti in maniera trasversale nelle diverse fasce della popolazione, in particolare cresce la "fragilità", non solo per la povertà ma anche per l'isolamento e il disagio relazionale, per il significativo aumento della violenza e dell'esclusione, per la disgregazione sociale a partire dalle difficoltà presenti nell'assunzione dei ruoli e delle responsabilità affettive: genitoriali, filiali, familiari.

È opportuno pertanto confermare, proprio nei termini di una politica per la salute pubblica, la scelta operata molti anni fa rispetto alla tutela e alla promozione della salute della donna e dell'età evolutiva, alla necessità di "promuovere e qualificare socialmente - come si diceva - mentre si accoglie e si cura", ma è necessario aggiornare e definire nuovamente le attività consultoriali, incidere sulla loro organizzazione, valorizzare il ruolo del consultorio nella tutela e nella promozione del benessere di una società, della salute delle donne, dei bambini e delle famiglie, accompagnandone il ritmo quotidiano di vita.

Il nuovo assetto delle aziende sanitarie della Regione Toscana, dopo la legge di riordino del SSR, rappresenta, insieme ai fattori citati, un'occasione opportuna per ripensare e potenziare la rete regionale dei consultori, potendo accrescere non solo la qualità dell'assistenza, ma anche la capacità di equità e risposta

---

20 Funzionario settore Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità - Regione Toscana.

del sistema sanitario ai progetti di vita affettiva, sessuale e riproduttiva delle persone.

### **Sintesi degli indirizzi regionali**

I punti chiave del programma di rilancio dei consultori sono in sintesi:

- Riorganizzazione della rete aziendale attività consultoriali
- Potenziamento delle dotazioni organiche
- Riorganizzazione dell'orario di apertura al pubblico
- Individuazione di progetti strategici di promozione della salute su obiettivi prioritari
- Maggiore integrazione tra servizi di promozione della salute e cure specialistiche, diagnostica ambulatoriale, risposte per cure intensive e diagnostica complessa, onde garantire l'azione sinergica ed evitare inversioni e sovrapposizione di ruoli
- Sviluppo della capacità dei consultori di intercettare i target di popolazione ai quali possono essere dedicate risposte specifiche
- Potenziamento dell'offerta attiva
- Sviluppo di sistemi di verifica della capacità di intercettare la popolazione di riferimento e della capacità di assicurare risposte efficaci e appropriate mediante lo sviluppo di un sistema di indicatori di performance e di valutazione
- Revisione dei flussi informativi per rappresentare l'attività consultoriale, migliorare la completezza delle informazioni, l'interoperabilità dei sistemi.

### **Sostegno alla genitorialità e lavoro di équipe**

La delibera in corso di approvazione chiarifica le caratteristiche e le attività proprie del servizio consultoriale, così come le attività e la funzione svolte dai consultori nei diversi percorsi assistenziali attribuiti.

I Consultori infatti sono *setting* dei seguenti percorsi assistenziali:

- percorso nascita
- percorso interruzione volontaria di gravidanza
- percorso sessualità
- percorso contraccezione e procreazione responsabile
- percorso infertilità e sterilità (procreazione medicalmente assistita - PMA)
- percorso disagio e promozione del benessere (adulti e adolescenti)
- percorso menopausa
- percorso prevenzione oncologica e HPV
- percorso prevenzione e cura malattie sessualmente trasmesse (MST)
- percorso genitorialità e famiglia
- percorso violenza di genere
- percorso abuso e maltrattamento
- percorso affidamento e adozione
- percorso mamma segreta

Considerando le attività comprese negli ultimi cinque percorsi dell'elenco, in

cui emergono bisogni sociali e socioassistenziali, i Consultori, nello svolgimento delle proprie attività, garantiscono la collaborazione con i servizi sociali territoriali e l'integrazione dei rispettivi interventi.

È in questi ambiti dunque che sarà importante assicurare e anche definire (chi fa cosa, quando e come) non solo il lavoro in équipe ma l'integrazione delle équipe dei servizi sociali con quelle dei servizi consultoriali.

# Salute mentale e famiglie: indirizzi e interventi di sostegno alla genitorialità secondo l'ottica dell'integrazione multidisciplinare

## di Roberto Leonetti<sup>21</sup>

La presente esposizione, seguendo i riferimenti e le raccomandazioni presenti nelle Linee Guida OMS, nel Libro Verde della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e nel PISS della Regione Toscana 2018-2020, si propone di presentare i presupposti contestuali e concettuali che orientano i Servizi di Salute Mentale, in particolare nell'infanzia e nell'adolescenza, verso le Azioni per la Promozione delle competenze genitoriali ed il supporto alle famiglie in situazioni di vulnerabilità, secondo modelli d'intervento precoci, ad integrazione socio-sanitaria, in équipe multiprofessionale, interdisciplinare, basandosi anche su alcune esperienze realizzate in quest'ottica nel Territorio dell'USL Toscana Centro.

### Il concetto di salute mentale e la sua promozione

Secondo l'OMS la Salute Mentale è uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni. Tale concetto risente di interpretazioni o "punti di vista" che lo connotano culturalmente e soggettivamente; non esiste quindi un criterio definitivo per distinguere la salute dalla malattia, caratterizzate fra loro non tanto dalla differenza ma dalla continuità.

I determinanti in gioco fra salute mentale e malattia, in molti casi, sono attribuibili a fattori socio-familiari-ambientali e l'aumento dei disagi e dei disturbi mentali risulta frequentemente connesso a conflittualità familiari, carenza di adulti di riferimento significativi e ad altre variabili contestuali.

Nella Carta di Ottawa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, WHO 1986, si definisce che *il modo migliore per prevenire le malattie e i disturbi psichici è quello di migliorare il livello dei Fattori Protettivi e di diminuire i Fattori di Rischio, sostenendo al contempo le possibilità di Resilienza.*

### Linee guida e Raccomandazioni ai Servizi per una efficace promozione della salute mentale

Al fine di Promuovere i Fattori Protettivi (individuali, sociali, ambientali), diminuire i Fattori di Rischio e sostenere la Resilienza, l'OMS ed il Libro Verde Salute Mentale Infanzia e Adolescenza della Commissione Europea, invitano i Servizi ad organizzarsi tenendo conto dei seguenti criteri:

- Approccio Globale (*bio-psico-socio-ambientale*), superando la dicotomia corpo-mente, facendo leva sulle *skills cognitive-emotive-relazionali* e sullo sviluppo dei processi di crescita personali e sociali
- Approccio Sistemico Integrato fra i Servizi Socio-Sanitari-Educativi, i vari Enti e le risorse Territoriali

<sup>21</sup> Consulente Regione Toscana salute mentale infanzia e adolescenza.

- Precocità d'interventi ed azioni
- Coordinamento ed Integrazione trasversale dei vari Livelli (Promozione del benessere, Prevenzione del Disagio, Riconoscimento, Orientamento ed Accogliimento precoce, Presa in carico: cura e riabilitazione)
- Contesti promotori delle *skills*

Inoltre, fra gli Interventi di probabile efficacia, vengono indicati i seguenti, rivolti a diverse fasce di età e contesti:

- *Neonati e prima infanzia*: prevenzione e presa in carico precoce della depressione *post partum* delle madri; miglioramento delle competenze parentali; visite domiciliari di personale sanitario per assistere futuri genitori o neogenitori
- *Bambini, Adolescenti e Giovani*: Modello *Life Skills Education* nei vari contesti scolastici, coinvolgendo, in un'ottica di pianificazione integrata, studenti, genitori, insegnanti, servizi e risorse del territorio

### **Il sostegno alle competenze genitoriali. Il contesto di riferimento**

L'organizzazione dei Servizi e l'attuazione degli Interventi a sostegno delle competenze genitoriali tiene conto delle caratteristiche specifiche del contesto socioculturale di riferimento.

Attualmente sono individuabili vari nuclei e contesti di accudimento genitoriale in una cornice trascurale:

- Famiglie Adottive, Affidatarie
- Famiglie Mono genitoriali
- Famiglie Ricostituite
- Famiglie Omogenitoriali
- Ricongiunzione in corso di migrazione

### **Indirizzi per lavorare al sostegno delle competenze genitoriali**

Secondo le Raccomandazioni Internazionali e Nazionali, nel Territorio i soggetti più attivi e qualificati per promuovere un *empowerment* a supporto della genitorialità sono gli operatori socio-sanitari (MMG, PdLS, psicologi, assistenti sociali, servizi specialistici, educatori dei servizi sociali territoriali, operatori dei centri per le famiglie, delle comunità di accoglienza,...), in raccordo con le istituzioni pubbliche, il mondo del volontariato, l'associazionismo; lavorando insieme in maniera sinergica, integrata e coordinata.

La genitorialità deve essere quindi un target per tutti i servizi, non soltanto per alcuni; attraverso un continuum progettuale ed operativo, per quanto possibile, senza frammentazioni nella rete fra i servizi.

Lavorare a sostegno delle competenze genitoriali vuol dire occuparsi di tutti i genitori che afferiscono ai servizi, superando le categorie che distinguono e dividono i Servizi stessi; impegnandosi contemporaneamente e in sinergia ad individuare metodologie e strategie che possono risultare utili: quali ad esempio *Home Visiting*, P.I.P.P.I., *Parent Training*, ecc.

Oltre all'obiettivo di base di promozione della Salute, tutti questi Percorsi di accompagnamento ai membri della famiglia si rendono indispensabili nel momento in cui si verificano eventi critici, sempre più frequenti nell'attuale contesto so-

cio, economico, culturale, che risulta appunto sempre più complesso e dinamico. Fondamentale è quindi sviluppare la competenza dei Servizi al potenziamento delle competenze genitoriali ed educative attraverso interventi orientati all'*empowerment* delle capacità individuali, relazionali e sociali che aiutano a fronteggiare con maggiore efficacia situazioni problematiche e di criticità, nel ciclo evolutivo delle famiglie, prevenendo ulteriori disagi nei figli minori ed adolescenti.

Le Linee guida Invitano gli Stati membri a implementare azioni in grado di sviluppare una "genitorialità positiva", diffusa nell'ambiente di vita dei bambini (*Normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM del 12.1.2017*) quali:

- L'Integrazione progettuale ed operativa e multidisciplinare
- L'Accompagnamento delle famiglie in situazione di vulnerabilità è affidato a équipe multiprofessionali di natura integrata sociosanitaria ed educativa

Le strategie per la realizzazione di un progetto integrato a favore di un bambino non possono essere esercitate in solitudine dai Servizi, ma all'interno di un contesto comunicativo, in cui le ragioni di tutti gli attori presenti nel "mondo del bambino" si confrontano fra loro, fino alla realizzazione di comprensioni intersoggettive e non definitive, frutto di un lavoro continuo di dialogo, scambio e negoziazione dei significati e delle azioni conseguenti.

### **Progettualità e pratiche innovative all'interno dei servizi di salute mentale infanzia adolescenza in ottica di pianificazione integrata nell'area del sostegno alla genitorialità**

*1) Progetto di Potenziamento dei Servizi di Salute mentale infanzia adolescenza rivolti al sostegno delle competenze genitoriali*

*Obiettivi dei Progetti:* Incrementare nei Servizi di salute mentale il sostegno alla genitorialità, offrendo, in un'ottica di interventi integrati fra tutti gli attori dei servizi coinvolti, azioni di accoglienza e supporto ai genitori e/o familiari di bambini in situazioni di vulnerabilità

*2) Progetti Home Visiting: Sostegno alle competenze genitoriali in Adolescenza*

Nei riferimenti OMS "Un'età materna sotto i 16 anni è clinicamente un'evenienza che necessita dell'intreccio di Servizi di I° e II° Livello" e "Gravidanze in Adolescenti e sotto i 20 anni necessitano di una "Presenza in Carico Globale". Inoltre, fra gli "Indicatori per l'Offerta Attiva nei confronti delle madri svantaggiate", l'età materna inferiore ai 20 anni viene citata accanto ad altri Indicatori quali:

*monogenitorialità, tossicodipendenza, bassa scolarità materna, famiglia numerosa, disoccupazione, immigrazione recente, reddito inferiore alla soglia di povertà;* Indicatori che si possono spesso riscontrare complessivamente nelle situazioni di gravidanza in adolescenza

*L' Home Visiting* è una prassi ad ampio raggio di sostegno alla genitorialità, indicata dall'OMS e diffusa a livello internazionale e in quasi tutte le politiche pubbliche di welfare dell'UE; riconosciuta come una strategia e strumento cruciale per identificare, in maniera precoce, eventuali segnali di disagio intrafamiliare che possono risultare di pregiudizio al pieno e positivo sviluppo dei bambini. In particolare, in merito alle madri adolescenti, è riconosciuto il valore di interventi di *Home Visiting* che uniscano il sostegno alle *skills* e alle competenze della madre (sia nei suoi compiti evolutivi adolescenziali, sia nella relazione ma-

dre-bambino) con l'Intervento di Rete a sostegno delle *skills* e competenze del contesto di accudimento (OMS, 2006).

Gli interventi domiciliari a favore delle famiglie in condizioni di rischio hanno una lunga storia in ambito internazionale. Il più conosciuto è Il *Nurse Family Partnership di Olds* (Olds, 1997; Olds et al., 2003), ideato negli Stati Uniti e rivolto a madri povere in situazioni di rischio psicosociale.

La letteratura nazionale e internazionale ha evidenziato come i programmi di *Home Visiting*, pur differenziandosi negli scopi e nella metodologia, sono risultati in grado di promuovere significativi cambiamenti nelle madri, nei bambini e nei contesti familiari a rischio, con esiti positivi sia a breve che a lungo termine.

### 3) Parent training

Il *Parent Training* è un intervento psicologico integrato con gli altri interventi, che si propone di modificare lo stile relazionale e gli atteggiamenti che influiscono negativamente sui comportamenti dei bambini, mirando a:

- Migliorare la relazione e la comunicazione tra genitori e figli
- Aumentare la capacità di analisi dei problemi educativi che possono insorgere
- Aumentare la conoscenza dello sviluppo psicologico dei figli e dei principi che lo regolano
- Diffondere metodi educativi efficaci
- Rendere la vita familiare ed i problemi di tipo educativo che possono sorgere, più facilmente gestibili

## Riferimenti bibliografici e sitografia

[Testo della "Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza"](http://www.unicef.it), su [www.unicef.it](http://www.unicef.it). (1989)

[Libro verde - Migliorare la salute mentale della popolazione](#) (2005)

WHO Work on Adolescent Pregnancy (2017, 2020)

Maternal ,newborn ,child and adolescent health

[Young people :health risks and solutions](#)

[Health topic :pregnancy](#)

[Health topic :maternal health](#)

[Health for the world's adolescents :second chance in the second decade](#)

[Global Strategy for Women's ,Children's and Adolescent's Health & Every Woman Every Child Initiative](#)

Brofenbrenner, U. (1979), *The ecology of human development*, United States of America, Harvard University Press; trad.it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino,1986.

Krug, Etienne .G., Dahlberg, Linda L., Mercy, James A., (2002) *World report on violence and health*. Geneva, Geneva, World Health Organization.

Olds, D.L. (2002), *Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication*, in "Prevention Scienze", n.3, p. 153-172.

Ammanniti, M., Speranza, A.M., Tambelli R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., Cimino, S. (2007), *Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia*, in *Infanzia e Adolescenza*, n. 6(2), p. 67-83.

Morosini ,P ,.Casacchia ,M ,.Roncone ,R ,(2009) .*Qualità dei servizi di Salute mentale* ,Roma ,Il Pensiero Scientifico Editore.

Tansella, M. (2012), *Psichiatria epidemiologica*, Roma, Pensiero Scientifico Editore.

Leonetti, R., Bettini, P.M. (a cura di), (2012), *Progetto Home Visiting Consultori in Rete e Percorsi di Sostegno alla Genitorialità*, Convegno Firenze.

Leonetti, R., Bettini, P.M. (a cura di), (2013), *Presentazione dell'esperienza Home Visiting Firenze*, in Finzi I., Imbimbo F., Kaneklin S., *Accompagnami per un po'. Un'esperienza di Home Visiting nei primi due anni di vita*, Milano, Franco Angeli Editore, p. 56-59.

16 the Wamh World Congress ,Roma ,(2018) Workshop ws11 ,Cherici S, Majello ,L ,.Bettini ,P.M ,.Ulivelli ,C ,.Ciuffi ,L ,.Guariento ,M ,.Leonetti ,R. "Home Visiting Service :Supporting parenthood in the erly phase"

"Nurse Home Visitation Program per la riduzione del rischio di maltrattamento infantile: una prima valutazione dell'intervento dell'Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Infanzia e Adolescenza dell' Azienda USL Toscana Centro – Firenze", (a cura di Nocentini A.L, Di Paola L., - Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia - Università degli Studi di Firenze e Leonetti R., Bettini P.M. - UFC. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza USL Centro Toscana – Firenze), (2020) (In fase di stampa in "Maltrattamento e Abuso all'Infanzia", Franco Angeli Editore).

## Il contesto integrato dei servizi e degli interventi: indicatori e profili Zonali di Roberto Ricciotti<sup>22</sup> e Manila Bonciani<sup>23</sup>

Al fine di offrire una base informativa relativa al contesto integrato dei servizi e degli interventi di ciascuna Zona Distretto, durante le giornate formative sono stati presentati gli strumenti di monitoraggio ed informazione del Centro Regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, quali:

- Il monitoraggio sugli interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia nelle Zone Distretto toscane
- Il sistema informativo regionale sulle adozioni, coppie disponibili all'adozione, coppie adottive e bambini adottati in adozione nazionale e internazionale
- La ricerca campionaria sugli 11-17enni residenti nelle 26 Zone Distretto *Essere ragazzi e ragazze in Toscana*

ASSO (Anagrafica strutture residenziali)/ASMI (Anagrafica minori nelle strutture residenziali).

Di particolare interesse sono inoltre i *Profili di Zona-Distretto nell'area delle politiche e degli interventi per la promozione e la tutela dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie*. Finalità generale di questo strumento è sviluppare un modello di rappresentazione coordinata dei fenomeni e delle risposte ai bisogni sociali, socioeducativi e sociosanitari, a livello Zonale, basata su una rilevazione dei dati strutturale e sistematica, funzionale al governo strategico della rete dei servizi e perciò in grado di fornire un quadro unitario che metta insieme bisogno, epidemiologia, risorse, risposte. Tali Profili permettono di:

- Migliorare il livello di capacità di risposta informativa dei servizi territoriali con particolare riferimento all'area degli interventi per la promozione
- Incrementare la conoscenza dell'organizzazione territoriale dei servizi e degli interventi per la famiglia e i minori
- Confrontare attraverso indici quantitativi e qualitativi i sistemi territoriali di risposta, così da individuare potenzialità e criticità dell'assetto attuale
- Condividere con i territori lo sviluppo del sistema di raccolta dati e monitoraggio e fornire nuovi strumenti a supporto della programmazione territoriale

Ogni *Profilo* è articolato in:

- A. Quadro di sintesi del contesto Zonale
- B. Inclusione ed educazione scolastica e benessere dei ragazzi
- C. La capacità di risposta dei servizi
- D. Rappresentazione unitaria
- E. Cartogrammi
- F. Approfondimento sul sistema dell'offerta di servizi sociali
- G. Descrizione degli indicatori

<sup>22</sup> Statistico, Istituto degli Innocenti.

<sup>23</sup> Ricercatrice Laboratorio di Management e Sanità d Pisa.

I singoli *Profili Zonali* sono consultabili sul sito del Centro Regionale di documentazione Infanzia Adolescenza <https://www.minoritoscana.it/?q=node/110>

A completare il quadro informativo dei servizi sociali e sociosanitari sono stati illustrati gli indicatori di valutazione delle attività consultoriali.

Per la consultazione dei dati presentati in occasione delle giornate formative visitare il sito <https://www.minoritoscana.it/?q=node/1109>



# 2

---

**PARTE II**  
ESPERIENZE DAL TERRITORIO

## Progetto Rifornimento in volo: esperienza nella Zona Livornese sul rischio sociale in gravidanza e puerperio

di Rosa Maranto<sup>24</sup>

Il Progetto *Rifornimento in volo*, attivato attraverso le progettualità dei Fondi Famiglia, ha coinvolto i consultori dell'Azienda Toscana Nord. Nella Zona Livornese, in cui il ruolo dell'Assistente sociale all'interno dell'équipe consultoriale è da diversi anni ben definito e strutturato.

Il progetto ha sviluppato, oltre la comune parte relativa lo sportello psicologico e la rilevazione precoce del rischio psichico in gravidanza e puerperio, una parte specifica sul rischio sociale coinvolgendo in particolare questa figura professionale. Nell'équipe del consultorio fanno infatti parte stabilmente 2 assistenti sociali, completamente dedicati al consultorio, presenti nei 2 consultori principali e in collegamento funzionale con i consultori secondari. Questo ha permesso nel tempo di costruire un modello organizzativo che consente in tutti gli ambiti di intervento un approccio multiprofessionale da parte dell'équipe consultoriale.

Gli obiettivi generali del progetto erano:

- Formazione del personale per implementare le competenze professionali dei diversi operatori coinvolti sia nel riconoscimento del disagio nel percorso nascita che nel trattamento
- Attività di screening dei casi a rischio
- Attivazione di sinergie tra Consultori, Punti Nascita, Servizi territoriali per la gestione delle situazioni di fragilità e di rischio
- Presa in carico multidisciplinare modulata in funzione delle problematiche emerse nella fase di valutazione attraverso una molteplicità di interventi declinati nei percorsi individualizzati

Nella Zona Livornese tali obiettivi sono stati declinati anche specificamente sul versante sociale. Tutto il personale del consultorio è stato formato sui fattori di rischio sociale da rilevare nelle varie fasi del percorso utilizzando gli strumenti previsti dal Percorso Assistenziale Aziendale (check list fattori di rischio psico-sociale in gravidanza e in puerperio), e su alcuni indicatori di rischio presenti nell'MSSS (*Maternity Social Support Scale*), ma si sono voluti sperimentare strumenti più specifici per l'Assistente sociale.

In particolare, sono stati costruiti:

- Un *questionario*, anche da proporre come screening a donne che frequentano i gruppi del consultorio nel Percorso Nascita (Piccole Pance, Corsi di Accompagnamento alla Nascita, Allattamento, Massaggio Infantile) per intercettare situazioni a rischio
- Una *griglia* e una traccia da utilizzare come percorso per l'intervista. Infatti, pur essendo la conoscenza dei fattori di rischio, patrimonio professionale dell'operatore, avere una traccia da seguire si è rivelata molto utile sia du-

<sup>24</sup> Responsabile Percorso Multidisciplinare Area consultoriale Toscana Nord-Ovest - Responsabile UF consultoriale Livorno.

rante l'intervista per l'individuazione di tali fattori sia nella conduzione del successivo colloquio di approfondimento

Risulta infatti, da una parte, necessario esplorare tutti i vari aspetti considerando che ciò che rende le famiglie "vulnerabili" non è un singolo fattore di rischio o una situazione isolata, bensì l'accumularsi di più problematiche su diversi piani e l'assenza di fattori di protezione, ma nello stesso tempo favorire il racconto dell'esperienza.

Si è quindi sperimentato un modello che prevede:

- La *rilevazione del rischio*, in particolare da parte degli operatori dell'équipe consultoriale attraverso colloqui individuali, *check-list*, somministrazione di questionari, ma con segnalazioni anche da altri servizi territoriali e dal Punto Nascita
- L'individuazione precoce e l'approfondimento da parte dell'Assistente sociale del consultorio attraverso *interviste semistrutturate* nei diversi momenti del Percorso Nascita. Si è infatti scelto di puntare su una intervista qualitativa con un approccio centrato sul soggetto in cui l'operatore, seguendo una griglia distinta in aree e punti da esplorare, rileva tali elementi dalla narrazione della persona e ponendo alcune domande, nell'ordine e nel momento che ritiene più utile e con le parole che reputa migliori, lasciando totale libertà nella risposta. L'intervista mirava anche a far emergere le difficoltà incontrate dalla donna per individuare aree critiche nel servizio e attuare azioni di miglioramento
- la *presa in carico*. Dall'accoglienza e dalla valutazione professionale scaturiscono infatti interventi di sostegno e di accompagnamento, di orientamento ai servizi presenti sul territorio con una particolare attenzione al raccordo con gli altri servizi (SerD, servizi sociali, UFSMA, UFSMIA, centro per impiego, ecc) e con il Terzo Settore

Questo ha consentito non solo di rilevare le situazioni di vulnerabilità, ma anche di individuare meglio i fattori protettivi da valorizzare e potenziare. La valutazione, la definizione del piano individuale e il relativo monitoraggio, viene svolta da *microéquipe multiprofessionali e multidisciplinari flessibili*, costituite ad hoc sul singolo caso.

Si sono potenziati:

- *Interventi di sostegno*, strutturati o su progetto, già attivi nel consultorio, caratterizzati da uno spazio per il "raccontarsi" privilegiando la narrazione e l'ascolto
- *Home visiting*: visita a domicilio delle mamme che non hanno frequentato i Corsi di Accompagnamento alla Nascita o con fattori di rischio
- *Tutor familiare* con specifiche competenze nella relazione di aiuto in situazioni particolarmente delicate (giovane età, difficoltà legate all'uso di sostanze, assenza di rete di sostegno)
- *Gruppi Mamme altrove*: gruppi esperienziali di donne straniere, gestanti e neomamme, di recente immigrazione, provenienti dalla stessa area geografica, basato sul confronto tra pari, per raccontare e raccontarsi l'esperienza e le emozioni della maternità in una terra diversa dal Paese di origine. Si è poi sviluppata una integrazione con il Progetto *Nati per leggere* per promuovere la lettura ad alta voce sia nella lingua italiana che nella lingua del paese d'origine

### *Punti di forza*

- Il consultorio si è confermato come contesto ideale per interventi di sostegno alla maternità e alla genitorialità, sia perché già caratterizzato dalla presenza di un'équipe integrata sociosanitaria, dall'approccio multidisciplinare e dal lavoro di rete, sia perché ha un ampio bacino di utenza dove è possibile attuare interventi preventivi oltre che curativi
- Sono stati intercettati bisogni individuali e familiari, prima che diventassero motivo di disagio con attivazione di specifici interventi, in situazioni che spesso non rientravano in una casistica aprioristicamente "a rischio" e che quindi non sarebbero state riconosciute
- Il lavoro di équipe è migliorato e la presa in carico delle situazioni di disagio lavorando in modo più integrato con gli altri servizi e con interventi più individualizzati
- È stato facilitato l'accesso ai servizi in particolare per chi difficilmente vi si sarebbe rivolto per ignoranza, diffidenza o difficoltà di avere consapevolezza del proprio bisogno
- Si è attuata una sanità d'iniziativa

### *Punti di debolezza*

- Non poter contare per alcuni interventi su risorse stabili, perché legate al progetto, con conseguente difficoltà a inserire alcune buone prassi nelle attività strutturate del consultorio
- Difficoltà a diffondere alcune esperienze in altri contesti dove la figura dell'Assistente sociale nel consultorio è presente solo per poche ore o non è ancora ben strutturata con una specifica identità professionale all'interno dell'équipe, limitandosi quindi ad interventi di supporto o su invio del singolo caso con un approccio molto lontano da quello dell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, il solo che consente il riconoscimento della complessità e la possibilità di trattarla in modo unitario, ma a più livelli

### *Fattori da mettere a sistema*

- Formazione multiprofessionale oltre a quella specifica monoprofessionale
- Attività di screening dei casi a rischio nelle varie fasi del Percorso Nascita attraverso strumenti standardizzati, l'osservazione e l'ascolto
- Attivazione di sinergie con formazione di microéquipe multidisciplinari per la definizione del progetto di sostegno
- Presa in carico multidisciplinare modulata in funzione delle problematiche emerse nella fase di valutazione attraverso una molteplicità di interventi declinati nei percorsi individualizzati.

## Materiali

Questionario sociale (si veda l'Allegato 1)

Griglia sociale (si veda l'Allegato 2)

Traccia Intervista Sociale Percorso Nascita (si veda l'Allegato 3)

## Progetto Rifornimento in volo: l'attività di rilevazione del disagio psichico nei Consultori familiari aziendali

**di Grazia Fazzino<sup>25</sup>**

Il processo di omogeneizzare dei percorsi assistenziali attraverso l'adozione di Protocolli Aziendali per l'assistenza consultoriale nel Percorso Nascita ha favorito l'idea di realizzare nei consultori familiari aziendali ciò che Linee guida e Raccomandazioni nazionali e internazionali suggeriscono in materia di promozione del benessere psicologico nella maternità e nella paternità utilizzando l'opportunità offerta dai Fondi Famiglia.

Il nostro lavoro è l'esito di un percorso di sperimentazione di un modello operativo professionalmente orientato, volto ad applicare procedure innovative, con il consenso e la partecipazione attiva di tutti i professionisti e le strutture coinvolte attraverso un percorso per fasi, con una progressiva estensione del modello di intervento a tutte le Unità Funzionali Consultoriali, grazie alle attività messe in campo con il Progetto pluriennale di sostegno alle genitorialità vulnerabili.

La valutazione dello stato psichico della madre nel percorso nascita costituisce un elemento fondamentale dell'assistenza perinatale: i professionisti dovrebbero essere consapevoli della necessità di rilevare con modalità empatiche, sia al momento della presa in carico iniziale che durante le consultazioni successive le condizioni psicologiche della gestante e della puerpera.

*Perché la rilevazione della salute psichica nei consultori familiari?*

- Per porre la necessaria attenzione allo sviluppo del legame nella diade madre-bambino come fattore di prevenzione del disagio psichico e quindi come azione di promozione del benessere psichico
- Per promuovere e sviluppare interventi appropriati di presa in carico e di supporto sia sul versante psicologico e sociale oltre che ostetrico per concorrere al miglioramento del benessere psichico della madre, del bambino e della famiglia

Obiettivo generale: Promuovere l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita (cfr. Italian Obstetric Surveillance System-Itoss, 2019).

*Obiettivi specifici:*

- Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso una attività di riconoscimento del disagio da parte dell'équipe consultoriale composta da psicologo, ostetrica, ginecologo, Assistente sociale
- Effettuare una valutazione del rischio psichico da parte degli psicologi con-

---

<sup>25</sup>Psicologa psicoterapeuta Responsabile Progetto Sostegno alla genitorialità vulnerabile Responsabile UF Consultoriale Valdera.

sultoriali attraverso strumenti standardizzati con verifica degli esiti degli interventi. Di seguito i punti principali:

1. Attività di screening di depressione perinatale e ansia attraverso la somministrazione di questionari da effettuare durante in occasione dei Corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) e di un colloquio di approfondimento e sostegno in caso di positività.
2. Consultazione psicologica individuale con Sportelli di Consultazione psicologica specifici per rilevazione e presa in carico del disagio psichico in gravidanza e in puerperio:
  - 2.1 Richiesta volontaria
  - 2.2. Completamento attività di screening effettuata da psicologo nei corsi di accompagnamento alla nascita.
  - 2.3. Invio personale interno o esterno attraverso utilizzo di *check-list* valutazione del rischio e domande di *Wooley*
3. Presa in carico psicologica individuale e/o di coppia laddove se ne ravvisi il bisogno invio a UFSMA per valutazione psichiatrica ed eventuale trattamento psicofarmacologico.
4. Valutazione della condizione sociale sulle situazioni a rischio da parte dell'Assistente sociale consultoriale e raccordo con Assistente sociale territoriale, laddove necessario.
5. Presa in carico multidisciplinare (psicologica, sociale, ostetrica) attraverso l'utilizzo di tutte le risorse interne al consultorio (spazio allattamento, corsi di massaggio neonatale, promozione lettura precoce, *home visiting*).

I risultati delle ricerche più recenti richiamano l'attenzione sulla rilevanza di programmi di screening e di interventi di supporto a partire dalla gravidanza e non solo in puerperio. La donna pertanto, per la sua stessa salute e per il futuro psichico del bimbo, ha bisogno di essere psichicamente aiutata durante tutto il periodo perinatale attraverso interventi di sostegno diversificati e di dimostrata efficacia.

Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza psicologica nel pre e nel *post partum*:

- Su richiesta volontaria
- Su invio dei professionisti interni del consultorio
- Su invio professionisti interni dei Punti Nascita aziendali
- Su invio dei professionisti esterni (MMG, Pediatri PLS)
- Sulla base di una prima rilevazione del rischio da parte degli altri professionisti sanitari operanti all'interno dei consultori (ginecologi, ostetriche, assistenti sociali)

Riconoscimento e rilevazione precoce delle situazioni di rischio (disturbi psichici/psichiatrici, disturbi da uso di sostanze, violenza di coppia (IPV)/domestica) da parte dell'ostetrica e delle altre figure consultoriali che entrano in contatto con la gestante e/o partner dalla fase preconcezionale in poi (visite preconcezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche-ginecologiche in gravidanza, invii da altri Servizi).

Allo scopo gli Operatori possono utilizzare strumenti di rilevazione del rischio ed in particolare, per il rischio depressivo, le domande di *Whooley* (due items del test PHQ -9) (allegato1 del Protocollo).

*Domande di Whooley:*

- Durante l'ultimo mese le è capitato spesso di sentirsi giù di morale, depressa o senza speranza?
- Durante l'ultimo mese le è capitato spesso di avvertire scarso interesse o piacere nel fare le cose?

*PHQ-2* nella versione italiana tutti gli strumenti di screening, in particolare gli ultrabrevi, non vanno intesi come strumenti diagnostici ma come indici della probabile presenza di sintomatologia depressiva anche in assenza di un disturbo diagnosticabile (Picardi e Masick, 2014).

*Punti di forza*

- Aver introdotto all'interno delle équipes il concetto di screening del disagio psichico
- Elevata adesione da parte delle utenti alla attività di *screening*
- Elevata adesione da parte dei professionisti /équipe
- Presa in carico psicoterapica
- Coinvolgimento attivo di psicologi neolaureati in tirocinio extracurricolare
- Condivisione e approvazione del protocollo aziendale

*Punti di debolezza*

- Risorse insufficienti di personale con competenze psicologiche per garantire con continuità l'attività di rilevazione e di presa in carico terapeutica
- Presenza di Consulitori con équipes ancora fragili
- Disomogeneità territoriali nella condivisione dei percorsi sia con i Punti Nascita che con le UFSMA e i SerD

*Fattori da mettere a sistema*

- Lo schema metodologico e operativo del progetto. Il progetto è replicabile in tutti i Consulitori attraverso il coinvolgimento attivo e la formazione di tutti i professionisti delle équipes multidisciplinari
- Raccolta informazioni dalla donna in gravidanza e/o in puerperio

Informazioni generali relative ad età, sesso, nazionalità, comune di residenza, titolo di studio, professione, stato civile, anni di relazione con il partner, numero figli, con chi vive attualmente. Informazioni su gravidanza ed eventuali condizioni che costituiscono fattore di rischio. Settimana di gravidanza, se è stata pianificata, se si tratta della prima gravidanza o meno, se è fisiologica/a rischio/PMA, se in precedenza ha avuto gravidanze a rischio, aborti spontanei, interruzioni volontarie di gravidanza, morte perinatale, lutti/traumi nell'ultimo anno, se ha sofferto di ansia, depressione, problemi alimentari, patologie croniche, se assume alcolici o tabacco. Set di strumenti per la rilevazione del disagio psichico e per la consultazione diagnostica a cura dello psicologo

- Nei Corsi Accompagnamento Nascita strumenti per lo screening (set ridotto) a cura dello psicologo:

Scheda socio-anagrafica MSSS, Ces-d o EPDS e STAY - se positivo invito al completamento (Tas20-PAI-PBI); colloquio di restituzione.

Nella consultazione individuale: Colloquio; Scheda socio-anagrafica; Strumenti di rilevazione disagio psicologico TAS-20, MSSS, CES-D o EPDS, PAI, PBI, STAI Y-1 e 2, PDSS, PSI-SF in puerperio; colloquio di restituzione.

L'osservazione psicodiagnostica può essere integrata da altri strumenti (*tests*) a parere dello psicologo. Le condizioni di rischio, meritevoli di particolare attenzione clinica, sono:

- Lutto perinatale

Circa una gravidanza su sei si interrompe con la morte del bambino più spesso nelle prime settimane di gravidanza. Una gravidanza su 275 si interrompe nella seconda metà con la morte in utero. Perdere un figlio è un evento che colpisce migliaia di persone ma che si fatica ad affrontare sotto tutti i profili: medico, psicologico e sociale. La perdita di un bambino in gravidanza o dopo il parto è un evento di grande intensità emotiva e produce un lutto profondo e pervasivo ad alto rischio di implicazioni psichiche (Ravaldi, 2019).

Procreazione medicalmente assistita

Violenza in gravidanza e puerperio

Violenza perinatale

La violenza (IPV e/o violenza familiari) nel periodo perinatale (intorno al concepimento, gravidanza, dopo-parto) ha numerose conseguenze (WHO, 2011): Ostacoli nel gestire sessualità, contraccezione, decisioni riproduttive; interruzioni di gravidanza (forzate o impedito); comportamenti a rischio (fumo, alcol, non aderenza alle cure mediche); aborti spontanei; complicazioni ostetriche in gravidanza e parto; parto pretermine, basso peso alla nascita; minor propensione all'allattamento; salute fisica e psicologica della donna (-> dpp); morte per suicidio o omicidio.

Le reazioni alla gravidanza dopo un'esperienza di infertilità:

- Se c'è stata una precedente perdita di gravidanza, l'ansia è notevolmente più alta in entrambi i partner e aumentano le difficoltà di fronteggiamento insieme a un senso di distacco emotivo
- In generale, le donne con un'esperienza di infertilità tendono ad effettuare più controlli e sono più ansiose, depresse e arrabbiate con se stesse rispetto alle donne fertili
- La storia di una donna infertile può essere anche la storia di una donna che ha subito molte perdite importanti nella vita, e quando si ottiene la gravidanza è facile idealizzarla e fare fantasie su un bambino che sarà perfetto o sull'essere una madre speciale

Dalla sorveglianza Itoss sul suicidio materno in Italia (Italian Obstetric Surveillance System, 2016), il suicidio è emerso quale seconda causa di morte materna tra 43 e 365 giorni dalla fine della gravidanza in 7 regioni italiane, nonostante il tasso di suicidio della popolazione femminile in Italia sia fra i più bassi d'Europa

Il suicidio materno è una causa importante di mortalità materna in Italia. Una storia di disturbo mentale precedente è frequente nelle morti per suicidio materno nonostante i numerosi contatti con servizi e professionisti sanitari durante la gravidanza e nel periodo perinatale, disturbi mentali anche gravi non vengono registrati/riconosciuti. I professionisti della salute mentale e del percorso nascita devono essere consapevoli del problema

*Segnali di pericolo:* Recente e significativo cambio dello stato mentale o emergere di nuovi sintomi, nuovi pensieri o atti di violento autolesionismo, nuove e persistenti esternazioni di incompetenza come madre o estraneazione dal bambino.

*Pianificazione per ridurre rischi futuri:* La Psicosi durante periodi postparto precedenti aumenta significativamente il rischio in periodi postparto futuri. Non sempre le donne ricevono consigli su questo rischio e sui metodi per limitarlo. A volte il rischio viene sottostimato o attribuito non correttamente.

- Presa in carico durante la gravidanza da parte dei diversi professionisti coinvolti nei diversi *setting* con interventi differenziati in base al livello di rischio.
- Attivazione e/o Prosecuzione Presa in carico in *post partum* entro il primo anno di vita del bambino con interventi personalizzati.

## Materiali

Protocollo Aziendale del percorso assistenziale (si veda l'Allegato 4)

Perinatal positivity

<https://vimeo.com/329089976>

Indagine Istituto Superiore di Sanità sul suicidio materno in Italia, 2019.

<https://www.epicentro.iss.it/itoss/suicidi-materno-italia-itoss>

Italian Obstetric Surveillance System-Itoss, (2019), *Il Sistema di sorveglianza ostetrica*, Roma, Istituto Superiore di Sanità

World Health Statistics 2011

## Riferimenti bibliografici

Whooley MA, et al. *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many.* J Gen Intern Med 1997; 12(7):439-45. [Medline]

Picardi, C. A., Masick, K. D. (2014). *Research methods: Designing and conducting research with a real-world focus.* Sage Publications, Inc.

Ravaldi C., (2019), *L'aborto spontaneo ritenuto Approccio clinico e terapeutico*, Ciaolapo Onlus

[https://www.ciaolapo.it/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=614:l-aborto-spontaneo-ritenuto-approccio-clinico-e-terapeutico&Itemid=854](https://www.ciaolapo.it/index.php?option=com_k2&view=item&id=614:l-aborto-spontaneo-ritenuto-approccio-clinico-e-terapeutico&Itemid=854)

## Promuovere le competenze nella genitorialità disfunzionale tra valutazione e intervento di Bianca Rita Berti e Roberta Romano<sup>26</sup>

Il Piano Sanitario Sociale Regionale Integrato 2018-2020 definisce la *genitorialità disfunzionale* e prevede la costituzione di Unità per la valutazione delle competenze genitoriali e della recuperabilità delle stesse come modalità e strumento per ottimizzare la comunicazione, la relazione e la collaborazione tra le diverse Istituzioni coinvolte nella tutela minori e nel sostegno alla genitorialità in difficoltà.

Con riferimento anche ai Lea (Livelli essenziali di assistenza) del 2017, alle Linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in condizioni di vulnerabilità" e, non per ultime, alle Linee di indirizzo aziendali sulla valutazione delle capacità genitoriali (Azienda USL Nord Ovest Toscana, 2018), nel gennaio 2019 si è costituita la nostra Unità di valutazione che vede coinvolte, oltre al Servizio Sociale, non solo la nostra Unità Funzionale ma anche la UF Salute Mentale Adulti, l'UF SerD e l'UF Consultorio che ha il ruolo di coordinamento in considerazione dell'importante compito assegnate dai già citati Lea.

La valutazione delle competenze genitoriali viene infatti ritenuta una funzione trasversale della linea professionale Psicologia nelle sue articolazioni organizzative e del Servizio Sociale. In tale contesto organizzativo la valutazione delle competenze genitoriali, come già detto, spetta principalmente al Consultorio ma per rendere ancora più approfondita e "specializzata" la stessa, il nostro servizio UFSMIA si occupa di valutare le funzioni genitoriali in nuclei dove è emersa psicopatologia e/o disabilità nei minori e dove si pensa che la stessa influisca sull'esercizio di tali funzioni; nella stessa ottica l'UFSMA si occupa di valutare le funzioni dei genitori che presentano psicopatologia e il SerD di quelli che presentano dipendenze. È possibile dunque che più psicologi afferenti a Unità Funzionali diverse si occupino dello stesso nucleo integrando poi le loro valutazioni.

L'UVMi (Unità Valutazione Minori) della Zona Pisana si costituisce come un'équipe all'interno della quale le valutazioni vengono assegnate alla/e UF/UUFF che si ritengono più adeguate per quello specifico nucleo familiare, per la sua storia e i suoi bisogni.

Le assegnazioni vengono concordate sulla base di vari elementi che comprendono lo studio del materiale a disposizione sul caso e le informazioni provenienti dal Servizio Sociale. Il coordinatore Psicologo si interfaccia con il coordinatore del Servizio Sociale al fine di garantire maggior confronto e integrazione sulle situazioni.

L'équipe nasce per offrire la possibilità di promuovere maggiore integrazione multiprofessionale e creare uno spazio fisico e mentale dove il confronto tra più operatori afferenti a diverse Unità Funzionali possa sostenere questo compito così complesso inerente la genitorialità. La genitorialità è intesa come una di-

<sup>26</sup> Bianca Rita Berti, Psicologo-Psicoterapeuta UFSMIA USL Toscana Nord-Ovest Zona Pisana; Roberta Romano, Neuropsichiatra Infantile Responsabile UFSMIA USL Toscana Nord-Ovest Zona Pisana.

mensione dell'individuo che racchiude al suo interno molteplici aspetti e componenti che vengono valutate nel processo interattivo con il bambino servendosi dunque di modelli teorici e strumenti di valutazione dell'interazione e non delle singole componenti.

#### *Punti di forza*

Riflettendo sull'esperienza di questo primo anno emergono come punti di forza:

- L'adozione di un approccio centrato sulle risorse e non solo sui deficit, considerando anche il processo evolutivo mediante il quale gli adulti hanno imparato ad attribuire significati e ad organizzare il loro comportamento e non solo a considerare gli effetti di quest'ultimo sul bambino
- La possibilità di integrare la visione e la lettura di più professionisti che guardano al nucleo familiare da diverse prospettive e con diverse competenze permette di porre la famiglia come soggetto attivo promotore del suo cambiamento e di salvare il bambino "nella" sua famiglia e non "dalla" sua famiglia quando questo ovviamente sia possibile

#### *Punti di debolezza*

- Allo stesso tempo, l'intervenire di più operatori e di più linee professionali pone la necessità di trovare maggiori spazi dedicati al confronto tra le diverse letture esplicative della situazione e di integrare, talvolta, linguaggi e strumenti diversi

#### **Fattori da mettere a sistema**

L'esperienza fatta dimostra l'efficacia della U.V.Mi che deve consolidare la multi-professionalità della sua équipe attraverso momenti di confronto tra gli operatori coinvolti a vario titolo nei nuclei familiari (Educatore, Psicologo, Servizio Sociale, Neuropsichiatra infantile, Psichiatra)

Valutare la genitorialità significa anche valutare le capacità riflessive e di mentalizzazione del genitore che permettono interazioni *mind-minded* (Meins, 1997) con il figlio caratterizzate quindi da maggiore o minore sensibilità e responsabilità nei suoi confronti e l'équipe che valuta non può certo prescindere a sua volta da una buona mentalizzazione e capacità di integrazione su quella specifica famiglia.

## Materiali

Linee di indirizzo aziendali sulla valutazione delle capacità genitoriali dell'Azienda USL Nord Ovest Toscana del 19/02/2018 (si veda l'Allegato 5)

Regione Toscana, *Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020*

<https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/10/CM35/affari/testo3778.PDF>

*L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf>

DPCM 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

<http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=esenzioni&menu=vuoto>

## Riferimenti bibliografici

Meins, E. (1997), *Security of attachment and the social development of cognition*, Hove, UK, Lawrence Erlbaum Associates.

## Il Lavoro in équipe nel percorso adottivo di Maria Letizia Ciompi<sup>27</sup>

La nascita dei quattro Centri Adozione area vasta, si realizza con Accordo di Programma della Regione Toscana del 25 febbraio 2002, con i Comuni capofila delle 34 zone sociosanitarie e le 12 AUSL, per la Preparazione/Formazione delle coppie aspiranti l'Adozione, ai sensi della L. 184/1983 "Diritto del minore ad una famiglia", art. 1, comma 3 e art. 29 bis, comma 4, let. a e b.

La preparazione/formazione delle coppie aspiranti all'adozione avviene con il Corso Adozione, in un gruppo di 7/12 coppie, provenienti dall'Area Vasta di riferimento, co-condotto dall'équipe Formatori di Area vasta, Assistenti Sociali e Psicologi, secondo un Modello di Intervento per l'Informazione ed un Modello di Intervento per la preparazione/formazione, previo colloquio preliminare.

Il progetto, pensato a livello di area vasta, unico in tutta Italia, permetteva e permette ancora oggi, di ottimizzare le risorse della preparazione, assicurando anche un servizio sempre disponibile durante l'anno, anche per quelle zone con pochissimi coppie interessate all'adozione.

La finalità principale del progetto è stata e lo è ancora oggi, preparare e formare la coppia, responsabilizzandole alla complessità del percorso adottivo e sulla realtà e i bisogni dei bambini, che arrivano dal percorso adozioni, sia nazionale che internazionale.

Successivamente nelle varie zone sociosanitarie, la coppia trova accoglienza da parte dell'équipe adozioni territorialmente competente, per procedere allo Studio di coppia, dopo la domanda/e al tribunale per i minorenni competente, finalizzato all'idoneità all'adozione.

Generalmente gli psicologi sono inseriti nei servizi consultoriali e, in alcune zone, anche le assistenti sociali; di fatto il consultorio sembrerebbe il contenitore ideale della genitorialità, anche adottiva. Tuttavia nonostante le varie organizzazioni territoriali, già dal primo Protocollo Regionale della Toscana sulle Adozioni, veniva sempre indicato il lavoro in équipe, che nelle ultime "Indicazioni metodologiche per lo studio di coppia finalizzato alla valutazione e all'accompagnamento per l'idoneità nell'ambito del procedimento di adozione nazionale e internazionale"(DGRT n. 702 del 26/08/2013), diventa un percorso ancora più fortemente integrato, specificando le azioni, i campi di indagine individuali e comuni, integrati delle due professionalità, cardine del percorso adottivo. Inoltre, le due professioni sono strettamente integrate e coordinate dalla figura del ROA di Zona, referente per il TM e la Zona, di entrambi i servizi. Lo *Studio di coppia* è una fase essenziale del percorso adottivo finalizzata ad una approfondita conoscenza degli aspiranti genitori, di quelle caratteristiche necessarie per garantire la migliore accoglienza al bambino che arriva nel percorso adottivo.

Ma, dopo l'arrivo del bambino, da entrambi i percorsi sia nazionale che internazionale, inizia la terza fase della coppia, dopo la preparazione con l'équipe

27. Responsabile organizzativo Adozione Zona Pisana Centro Adozione Area Vasta Nord-Ovest Pisa, Formatore Adozioni Area Vasta, Coordinatore Adozione Area Vasta Nord-Ovest, Assistente sociale-Azienda USL Toscana Nord-Ovest Pisa.

di AV, lo studio di coppia con l'équipe di Zona, quest'ultima in particolare deve continuare a seguire la coppia ed il bambino, in modalità integrata, secondo quanto prescrivono le *Indicazioni metodologiche in materia di intervento di sostegno nell'Adozione Nazionale ed Internazionale, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento preadottivo e del post adozione* (DGRT 1369/2016). Le seguenti Indicazioni anche qui specificano i ruoli le competenze ed anche i due livelli di sostegno: il sostegno Standard, dedicato a tutte le coppie e bambini ed il sostegno mirato, dedicato a quelle situazioni che hanno necessità di prolungare i sostegni dei servizi, con progetti specifici, condivisi anche dalla famiglia adottiva.

Ma l'équipe adozioni interviene anche in maniera integrata su altri percorsi che sono:

1) *L'Adozione dei casi particolari*, ai sensi dell'art 44 e 57 della L. 184/83, dove per l'Area VastaNord Ovest Pisa si sono rimodulate le *Indicazioni Metodologiche di base*, sulle richieste specifiche contenute nella legge, redigendo infine due Relazioni professionali distinte ed una relazione di sintesi congiunta integrata. Tale modalità è stata seguita anche per le coppie omogenitoriali.

2) *L'Accesso alle Origini dell'Adottato* ai sensi dell'art 28 c5 per i riconosciuti alla nascita e per l'art 28 c7 NR, (previo Interpello della madre biologica segreta, ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale 278/2013 e succ. CDC, se vivente). Anche in questo caso l'AS e lo PS realizzano la fase finale integrata e congiunta, con un colloquio di restituzione all'adottato adulto.

#### *Punti di forza*

- Per l'équipe di AV, continuare a rafforzare la rete tra i ROAZ ed i Formatori adozione, assicurando un coordinamento continuo e l'aggiornamento professionale
- Per l'équipe di Zona, affinare sempre più lo Studio di coppia

#### *Punti di debolezza*

- Resta la criticità rispetto alla presa in carico nel post adozione da adozione internazionale e qualche criticità sull'Affido Provvisorio/Rischio giuridico
- Oggi l'adozione direi che è un percorso complesso di valenza sociosanitaria e non più socioassistenziale e pertanto richiede la massima integrazione dei professionisti incaricati, lungo un percorso di vita della famiglia adottiva e del bambino
- Importantissimo è il monitoraggio sino alla maggiore età per studiare le criticità ed i fallimenti adottivi

#### **Fattori da mettere a sistema**

L'importanza della presa in carico delle coppie e dei bambini, che deve avvenire ad incarico avvenuto e non solo in vista della Relazione al TM. È necessario lavorare con il bambino e la sua famiglia adottiva, in modalità integrata e costantemente.

## Materiali

L. 4 maggio 1983, n. 184, *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1983/05/17/083U0184/sg>

Toscana, delib. GR 27 dicembre 2016, n. 1369, *Indicazioni metodologiche in materia di interventi di sostegno nell'adozione nazionale ed internazionale, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento pre-adoztivo e del post-adozione. Approvazione*.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000001627>

Toscana, delib. GR 26 agosto 2013, n. 702, *Indicazioni metodologiche per lo studio di coppia finalizzato alla valutazione e all'accompagnamento per l'idoneità nell'ambito del procedimento di adozione nazionale e internazionale*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2013DG0000000086>

## Progettualità e pratiche innovative per il sostegno alla genitorialità e il benessere delle famiglie. Il sostegno alla genitorialità rivolto a gruppi di genitori di bambini con patologie gravi di Paola Manna<sup>28</sup>

Il presente lavoro fa riferimento ad una lunga esperienza di lavoro condotta dal Servizio di Salute Mentale Infanzia Adolescenza di Siena e rivolta a gruppi di genitori con bambini affetti da gravi patologie.

Sono stati individuati alcuni elementi di contatto che caratterizzano il gruppo e su questi abbiamo lavorato per far emergere il vissuto di dolore e di inadeguatezza che spesso accompagnano queste famiglie.

Un primo elemento individuato è il senso di colpa che deriva dal senso di responsabilità in relazione alla patologia del figlio e, conseguentemente, legato alla difficoltà di accettazione e ai relativi sentimenti di vergogna.

La nascita di un bambino con una patologia grave può produrre una profonda ferita all'integrità dell'Io del genitore. L'immagine di Sé avrebbe, infatti, una forte difficoltà a riconoscersi nell'oggetto-figlio, perdendo ogni punto di riferimento identificatorio (Freud, 1914).

La difficoltà di vivere il dolore per la perdita del bambino ideale porta ad un mascheramento del vissuto di lutto e costringe il genitore a dover fare i conti con le angosce evocate dal bambino reale.

Nel caso della disabilità, infatti, il genitore deve abbandonare la strutturata costruzione di bambino sano idealizzato, nutrita nel tempo e rafforzata nel corso della gravidanza, a favore della atipica e angosciante condizione del figlio con deficit. Rinunciare a quell'immagine cristallizzata del bambino immaginato, visceralmente accudito poiché colorato di personali proiezioni, costringe ad uno dei più potenti vissuti di lutto in una delle più delicate fasi della vita.

Il dolore provocato da questo peculiare lutto, inoltre, non può essere manifestato. Esso infatti aumenterebbe il senso di inadeguatezza e di vergogna del genitore che rischierebbe di indietreggiare definitivamente di fronte alle reali necessità di accudimento del figlio.

La mancata rielaborazione dei vissuti e l'impossibilità ad esprimere i sentimenti di vergogna e di dolore porta inevitabilmente ad un vissuto profondo di rabbia che spesso si manifesta nei confronti delle difficoltà esterne. Un esempio è la scuola, considerata incapace di gestire il bambino, il servizio sanitario che non eroga abbastanza interventi a cui si aggiunge il rifiuto degli altri verso il loro bambino come espressione della paura che ancora esiste nei confronti della disabilità.

Non si può non citare, infatti, l'imbarazzo e il dolore per queste manifestazioni che non solo non permettono ma anzi ostacolano le relazioni sociali e le situazioni pubbliche, in cui è piuttosto comune il rischio di scontrarsi con reazioni dovute alla disinformazione o errata interpretazione dei comportamenti del bambino (Estes, et al., 2009).

<sup>28</sup> Psicologa, salute mentale asl Sud-Est

I vari contesti vengono vissuti con disagio, in parte come effetto di una proiezione all'esterno dei propri sentimenti di rabbia e rifiuto, in parte perché "colpevoli" di collocarsi in un sistema di risorse ed investimenti insufficiente rispetto alle richieste.

Sebbene sia piuttosto comune notare nel corso degli anni un aumento dell'autoefficacia genitoriale, positivamente correlata al ruolo attivo assunto dal genitore e alla conoscenza della disabilità, il disagio e la disperazione di queste famiglie non cambiano nel tempo: l'angoscia materna, lo stile di *coping* negativo sul figlio e il senso di non fare abbastanza accompagnano lo sviluppo del bambino (Kuhn & Carter, 2006).

Tale logorio e sovraccarico, infine, rendono i genitori sempre più angosciati, più delusi e più preoccupati per la gestione del comportamento del figlio e per gli effetti del bambino sugli altri membri del nucleo familiare ma, soprattutto, per la sua dipendenza nei confronti delle loro cure (Holroyd & McArthur, 1976).

I possibili effetti di quanto fin qui descritto sono il senso di solitudine e la tendenza all'isolamento. Questi nuclei familiari spesso si sentono soli, non potendo e non riuscendo a condividere le loro angosce e difficoltà finiscono per isolarsi sempre di più creando con il bambino un rapporto simbiotico e di fusionalità emotiva.

Non è raro, infatti, assistere al tentativo di riparazione, da parte di madri e padri, attraverso l'annullamento della propria vita personale, rinunciando a qualsiasi cosa che non sia direttamente collegata al figlio "danneggiato". È frequente riscontrare reticenza nell'affidarlo a qualcuno e spesso i genitori, e in particolare le madri, finiscono per sopperire non solo le funzioni mancanti del bambino ma anche quelle che è in grado di svolgere (o sarebbe in grado di svolgere) con alcuni semplici accorgimenti.

Gli obiettivi del gruppo genitori che il Servizio ha individuato e si è proposto di raggiungere nel corso degli anni, attraverso un'attenta analisi della presa in carico di tutto il nucleo familiare, sono i seguenti:

- Offrire uno spazio di riflessione e comprensione a tutto il sistema familiare partendo dal presupposto, alla base della teoria di Winnicott, secondo il quale non si può comprendere il bambino se non dalle sue relazioni familiari (Winnicott, 1958)
- Creare un senso di appartenenza ad un gruppo in cui poter condividere le esperienze e i vissuti
- Ridurre il senso di profonda solitudine
- Offrire l'opportunità per un cambiamento della percezione di sé e delle relazioni interpersonali
- Favorire una conoscenza più profonda delle proprie risorse e consapevolezza
- Riconoscere di essere loro stessi portatori di bisogni specifici e imparare a riconoscere e distinguere i bisogni personali da quelli dei loro figli

L'esperienza del gruppo genitori ha permesso agli operatori di crescere professionalmente attraverso la condivisione e la riflessione sull'importanza dell'incontro tra professioni di aiuto e genitori in difficoltà. In particolare l'aver preso contatto empaticamente con le loro fragilità e le loro profonde ferite ha reso gli

operatori ancora più consapevoli della necessità di quanto espresso da Frances Tustin, ovvero che all'interno di una società che abbia lo scopo di supportare, accogliere, proteggere ed includere si deve costituire un maturo "cerchio di mani unite intorno al bambino" che permetta a lui di passare attraverso intensi sentimenti e ai genitori di avere cura di sé, avendo cura dell'altro (Tustin, F., & Del Corno, F. 1997).

## Riferimenti bibliografici

Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koheler, E., Zhou, X.H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay, SAGE Publications and The National Autistic Society, vol. 13 (4), pp. 375-387.

Freud, S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, OSF, vol.7.

Holroyd, J., & McArthur, D. (1976), Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism, *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 80, pp. 431-436.

Kuhn, J.C., & Carter, A.S. (2006). Maternal Self-Efficacy and Associated Parenting Cognitions Among Mothers of Children With Autism, *American Journal of Orthopsychiatry*, by the American Psychological Association 2006, vol. 76 (4), pp. 564-575.

Tustin, F., & Del Corno, F. (1997), *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Winnicott, D. W. (1958), *DW Winnicott: collected papers. Through paediatrics to psycho-analysis*. London, Tavistock Publications.

## Gli interventi a sostegno delle famiglie nell'UFSMIA Arezzo-Casentino-Valtiberina di Susanna Giaccherini, Valentina Galastri e Luciano Luccherino<sup>29</sup>

Nella complessità di lavoro dei SMIA, la presa in carico del minore è imprescindibile dal connettersi con il suo contesto di crescita, da una visione ecologica (Bronfenbrenner, 2002) che tenga conto degli aspetti interazionali dello sviluppo.

Fondandoci su questa prospettiva interpersonale, lo sviluppo risulta essere frutto di "un processo di *co-creazione*, di un dialogo continuo con le menti degli altri che costituisce la matrice intersoggettiva" (Stern, 2000) e i legami di attaccamento ne divengono parte strutturale e strutturante.

A partire da queste *milestones* di riferimento teorico, la declinazione organizzativa dei servizi deve necessariamente articolarsi su interventi che mantengano un focus centrato sul bambino e sulla famiglia e che amplino l'orizzonte alle reti sociali, in un legame di interdipendenza con le altre agenzie istituzionali e la comunità.

Nello specifico dell'Unità Funzionale Infanzia Adolescenza (UFSMIA) Arezzo-Casentino-Valtiberina gli interventi a sostegno delle famiglie possono essere a grandi linee distinti in tre macroaree:

- interventi specialistico-clinici per gravi problematiche psicopatologiche dei minori
- interventi per la fascia di età 0-3 anni, per cui i legami con i *caregivers* rappresentano elemento essenziale dell'operare clinico
- interventi per famiglie vulnerabili e multiproblematiche, da declinarsi anche con la creazione di équipe multidisciplinari interservizi

Se nel primo ambito possiamo annoverare, tra le altre, consolidate esperienze di lavoro sui disturbi dello spettro autistico (esperienze di *Parent Training* e *Home Training*) e quelle sui disturbi del comportamento alimentare (Gruppi *Maudsley Model Family based treatment*), sono le successive due aree che rappresentano il focus della presente trattazione.

Riguardo alle famiglie vulnerabili, la DG 42/2019 *Linee-guida per la promozione dell'alta integrazione sociosanitaria in ambito tutela minori e sostegno alla vulnerabilità familiare*, il consistente lavoro di formazione integrata degli operatori sociali e sanitari svolto dall'USL Sud-Est, nonché il contestuale accesso ai finanziamenti dei Fondi Famiglia 2018 e l'adesione al Programma Nazionale P.I.P.I., hanno rappresentato un forte stimolo per una riflessione e ridefinizione di modelli organizzativi e operativi di presa in carico.

Il lavoro con queste famiglie coinvolge spesso una molteplicità di enti e servizi,

<sup>29</sup> Susanna Giaccherini, Psicologa Ufmsia Arezzo- Casentino- Valtiberina Coordinatore Gruppo Tutela Minori Zona Aretina, USL Toscana Sud-Est; Valentina Galastri, Psicologa Ufmsia Arezzo- Casentino- Valtiberina, USL Toscana Sud-Est; Luciano Luccherino, Neuropsichiatra Responsabile Ufmsia Arezzo- Casentino- Valtiberina USL Toscana Sud-Est.

con un grave rischio di frammentazione dei percorsi, di disorganicità delle visioni, di interventi sprovvisti di elementi essenziali, di tempi che si dilatano, di assenze o contrapposizioni.

D'altra parte, gli operatori coinvolti nelle situazioni di maggior complessità vivono l'allarme della solitudine delle decisioni, di un'eccessiva esposizione al rischio professionale, della mancanza di luoghi di coordinamento e di pensiero condiviso.

Il rischio di non riuscire a lavorare insieme è più elevato quando gli operatori appartengono a enti o organizzazioni diverse e devono negoziare non solo il significato delle specifiche competenze professionali, ma anche quello dei rispettivi enti di appartenenza, le cui logiche di intervento non necessariamente tendono a coincidere (Campanini, 2010).

È indubbio che ci troviamo su un fronte di complessità in cui è essenziale la costruzione di interventi integrati basati sulla partnership tra professionisti e servizi con mandati istituzionali differenti (Mowbray et al 2000; Sheehan R. 2005; Wilson et al, 2005, Devaney 2008), fattore che la ricerca ha evidenziato essere fondamentale per l'attuazione di efficaci interventi di promozione del benessere dei bambini (Dawson and Berry, 2002; Devaney, 2008).

E se la complessità organizzativa è un difficile fronte di lavoro per gli operatori, non possiamo non tener conto dell'eventuale ricaduta sulle famiglie di aspetti disfunzionali e di mancato coordinamento dei servizi, come in modo chiaro ci descrive Crittenden: "specie nelle situazioni familiari multiproblematiche aumentare il numero delle relazioni terapeutiche non può che essere controproducente: partendo dal presupposto che i genitori non sono ancora in grado di riflettere ed integrare, quando vengono offerti molti interventi è come se venisse lasciato loro l'impossibile compito di integrare ciò che i professionisti non riescono ad integrare"(Crittenden, 2019)

La costituzione dei *Gruppi Tutela Minori* in ogni Zona Distretto della asl Toscana Sud-Est sta rappresentando un passo avanti significativo nella promozione di processi di integrazione tra i servizi. La presenza di un coordinatore per l'area sociale e di uno per l'area sanitaria, così come l'afferenza all'équipe stabile di lavoro di un rappresentante per ogni servizio specialistico (UF Attività consultoriali, UFSMIA, UFSMA, Ser.D.) favorirà la costruzione di una cultura condivisa sulla tutela dei minori e un miglior percorso organizzativo delle prese in carico.

In tale modello intendiamo mettere al centro non solo il benessere e gli equilibri di salute dei singoli (talvolta fonte di contrasto tra i modelli di intervento puntiforme dei servizi specialistici), ma la relazione tra il minore e il suo contesto familiare, e tra il sistema famiglia e il sistema sociale allargato. Anche sfruttando la spinta derivante dai contenuti del programma P.I.P.I.9, il processo di aiuto viene inteso come "un programma di azione partecipata" (Dellavalle, 2011), che contempla il benessere del bambino congiuntamente al benessere del suo sistema relazionale, considerato capace di trasformazione e di acquisizione di capacità.

Ne consegue che il sostegno alle famiglie vulnerabili e multiproblematiche si fonda sulla possibilità di progettare e mettere in campo risposte plurime e servizi articolati, integrati, flessibili, capaci di cogliere la peculiarità di ogni singola situazione ed accompagnarla nel proprio percorso, costruendo ed implementando contesti di corresponsabilità tra i diversi soggetti in gioco (Canali *et al.*, 2008; Fava Viziello 2011; Rosina, 2014).

L'attivazione del progetto Fondi Famiglia 2018 *Sostenere la genitorialità per tutelare i diritti dei minori* ha consentito una "messa a sistema" di procedure e metodologie già adottate nei territori. L'intervento è caratterizzato da:

- Una marcata integrazione tra sociale e sanitario sia negli aspetti di programmazione degli indirizzi e dei modelli di intervento, che nella concretezza della presa in carico delle situazioni multiproblematiche
- La costituzione di équipe integrate per la conduzione degli interventi nelle situazioni di maggior complessità
- Una valorizzazione degli interventi educativi
- Azioni di promozione delle competenze rivolti sia ai minori che ai genitori attivati in collaborazione con UFSMIA

Entrando nel merito della sua strutturazione, il modello individuato intende rafforzare il valore dell'intervento educativo quale elemento di maggior prossimità al nucleo familiare, ponendosi come facilitatore delle relazioni, "cinghia di trasmissione" tra i bisogni specifici della famiglia e i servizi, sensore sul campo delle trasformazioni in atto (relative sia agli eventi critici, sia correlate agli elementi positivi di cambiamento).

Proprio per la delicatezza e l'importanza del suo ruolo, l'educatore deve essere parte integrante dell'équipe, con una chiara conoscenza delle azioni programmate dai diversi servizi, e con un chiaro e condiviso mandato sugli obiettivi.

Proprio ritenendo essenziale tale professionalità, si deve purtroppo sottolineare che non esistono risorse educative assegnate all'UFSMIA di Arezzo: le figure coinvolte sono quasi sempre messe in campo dai servizi sociali territoriali e vincolate alla temporaneità degli appalti al terzo settore e dei relativi segmenti progettuali.

Relativamente ai minori appartenenti a nuclei vulnerabili o multiproblematici seguiti dal Servizio di salute mentale Infanzia Adolescenza di Arezzo, oltre alla presa in carico individuale, si intendono consolidare due strategie di intervento:

- attivazione di percorsi di gruppi di parola e social *skills* per minori su cui sono attivi percorsi di tutela. Ciascun gruppo a cadenza quindicinale verrà svolto con il sostegno degli educatori domiciliari. Obiettivo del lavoro è quello di promuovere competenze autoregolatrici e relazionali utili a favorire un miglior adattamento, autoefficacia e autostima, oltre a maggiori capacità di *cooping* nei contesti sociali
- attivazione di un percorso di promozione di competenze sulla lettura dei bisogni relazionali dei propri figli, rivolto a genitori di bambini in età prescolare. Quest'ultimo intervento verrà attivato nell'ambito del lavoro già svolto dall'ambulatorio 0-3 anni seguendo la metodologia del *Circle of Security*

Il metodo COS (*Circle of Security* - Circolo della Sicurezza) è un modello psicoeducativo indirizzato a genitori di bambini con disturbo di regolazione, e in tutti quei casi in cui il clinico ne rilevi la necessità.

Il modello può essere attivato sia per gruppi che per singole coppie genitoriali, ma non può essere utilizzato nelle situazioni di presenza di una psicopatologia dei genitori.

Il COS consiste in otto incontri nei quali, attraverso filmati naturali ed immagini esplicative, vengono affrontate le tematiche relative all'attaccamento *caregiver*-bambino e alla relazione tra questi due attori.

Il fine è quello di modificare il focus attentivo del genitore da un giudizio sul comportamento del figlio ad una comprensione dello stile di relazione adulto-bambino. Partendo dalla consapevolezza di quali siano i bisogni fondamentali dei bambini, l'adulto viene aiutato a riflettere sui propri comportamenti in risposta a quelli del figlio, e a modificare modalità comportamentali disfunzionali a promuovere una relazione emotivamente significativa e al contempo autorevole.

Il punto di partenza del COS è un approccio non giudicante rispetto agli eventuali errori che i genitori possono commettere nell'affrontare le difficoltà che incontrano nella crescita dei figli.

Nelle intenzioni del servizio è contenuta una spinta che lega l'asse della cura a quello della prevenzione, attraverso un'operatività mirata a promuovere competenze e a prevenire i rischi di ostacolo al percorso di sviluppo. Ciò tenendo congiunte le azioni che riguardano il minore e quelle volte a migliorare le competenze affettivo-relazionali dei suoi genitori.

Nonostante, o forse proprio per la fatica e lo scoraggiamento che talvolta coinvolge noi operatori per l'intensità dei ritmi di lavoro dei servizi e per la scarsità delle risorse, rimane la ferma convinzione che sia necessaria una multidisciplinarietà degli interventi ed un marcato impegno a migliorare i percorsi di promozione, prevenzione, cura e protezione dei bambini e delle famiglie che incontriamo. Una risorsa, questa, da mettere in campo con tenacia e che intende essere spinta propulsiva verso un'organizzazione lungimirante dei servizi.

## Riferimenti bibliografici

Brofenbrenner, U. (2002), *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino.

Cooper, G. Powell, B., Hoffman, K. Marvin, R. (2013), *The Circle of Security Intervention, enhancing attachment in early parents-child relationship*

Campanini, A.M., Riva, V. (2010), *Integrazione professionale e servizi sociali: una scommessa possibile*, in *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetto del welfare*, a cura di C. Facchini, Bologna, Il Mulino.

Canali, C., Vecchiato, T., Whittaker, J.K. (2008), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Padova, Fondazione Emanuela Zancan Onlus.

Canali C., Vecchiato T., (2011), (rapporto finale a cura di), *RISC, Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*. Quaderni di ricerca sociale 12, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali,

[http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/0B4B1F11-B5D0-4ED8-8DD5-BF8390976D65/0/QuadernoRS\\_12\\_RapportoRISC\\_2011.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/0B4B1F11-B5D0-4ED8-8DD5-BF8390976D65/0/QuadernoRS_12_RapportoRISC_2011.pdf)

Crittenden, P. (2019), *Raising parents: attachment, representation and treatment*, Routledge.

Dawson, K. Berry, M. (2002), *Engaging Families in Child Welfare Services: An Evidence-Based Approach to Best Practice*, *Child Welfare*, 81(2), p. 293-317.

Dellavalle, M. (1995), *Minori da tutelare, genitori da aiutare. L'intervento sociale nel contesto italiano*. In Crivillé, A., "Genitori violenti, bambini maltrattati", Napoli, Liguori Editore.

Devaney, J. (2008), *Inter-professional Working in Child Protection with Families with Long-Term and Complex Needs*, *Child Abuse Review Volume*: 17(4), p. 242-261.

Fava Vizziello, G. et. al. (2011), *Possiamo davvero aiutare a fare i genitori?* in Bastianoni, P. Taurino, A. Zullo, F. "Genitorialità complesse. Interventi a sostegno dei sistemi familiari in crisi.", Milano, Edizioni Unicopli.

Manaresi, F. Pazzagli, C. (2016), *Il Circolo della sicurezza: sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino.*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Mowbray, C., Oyseman, D., Bybee, D. (2000), *Mothers with Serious Mental Illness New direction. Mental health services*, n. 88(1), p. 73-91.

Rosina, B. (2014), *Genitorialità e patologia psichiatrica: sfide professionali tra sostegno e tutela.*, tesi di dottorato in Sociologia e metodologia della ricerca sociale- Università Milano Bicocca

Sheehan, R. (2005), *Partnership in Mental Health and Child Welfare*, *Social Work in Health Care*, n.39, p. 309-324.

Stern, D. (2000), *Il mondo interpersonale del bambino.*, Milano, Bollati Boringhieri.

Wilson, D. Horner, W., (2005), *Chronic Child Neglect: Needed Developments in Theory and Practice Families in Society*, volume 86, n. 4, p. 471-481.

## Le équipe multiprofessionali. Esperienza SdS Senese di **Simona Viani**<sup>30</sup>

Il contesto organizzativo in cui la società della salute Zona senese sta sperimentando il lavoro con le équipe multiprofessionali è quello del Centro Adozioni dove ormai da anni si è consolidato un modello di intervento sia per le coppie aspiranti all'adozione che per genitori adottivi dove l'Assistente sociale e lo psicologo si muovono insieme con una collaborazione ed un'intesa che si realizza in modo autonomo. La SdS ha poi partecipato all'edizione n 4 e n 8 del progetto P.I.P.P.I.. L'adesione a questo progetto, seppur interrotta per qualche anno, ha permesso di diffondere la pratica della multiprofessionalità in tutto l'ambito territoriale senese. È stato possibile inserire nelle varie équipe operatori di servizi diversi e anche alcune insegnanti. Anche se non è ancora una pratica semplice da realizzare, ha comunque permesso di diffondere e condividere i principi essenziali della presa in carico globale delle persone fragili e ci ha insegnato un linguaggio comune e riconoscibile. È stato organizzato e formalizzato il Gruppo Tutela Minori (GTM) che coinvolge un rappresentante di ogni servizio e che si riunisce ogni 15 giorni. In questo gruppo di lavoro ci si confronta sui vari provvedimenti che arrivano dai tribunali o da altri enti ed istituzioni che a vario titolo si interessano di tutela dei minori. Si affrontano anche le problematiche legate alla gestione dei casi complessi cercando di promuovere la predisposizione di progetti di aiuto comuni. Si è organizzato un tavolo di confronto per adolescenti a rischio coordinato da un medico del Servizio di Salute Mentale Adulti (Dott.ssa Giannini) che si riunisce periodicamente e che promuove la tutela della salute e la prevenzione del disagio psichico nei giovani dai 16 anni. In parallelo a tale gruppo di lavoro è stato organizzato un servizio di ascolto nelle scuole superiori, in questo momento gestito da educatrici professionali sempre afferenti al servizio SMA.

Le situazioni che vengono segnalate sono poi affrontate con un'équipe che si organizza sul caso specifico.

Dal mese di luglio dell'anno scorso, inoltre, la SdS senese ha realizzato il progetto SIPROIMI per minori stranieri non accompagnati e neomaggiorenni all'interno del quale, così come previsto dalla legge vigente in materia, si è costituita una équipe composta da educatori, Assistente sociale, referenti del progetto, psicologa, operatori sociali e mediatori. L'équipe si riunisce regolarmente ed è molto strutturata ed organizzata (viene redatto verbale che può essere oggetto di controllo e verifica per la commissione del Ministero). L'équipe lavora unita, collabora alla predisposizione dei PAI in favore dei ragazzi e nel raggiungimento degli obiettivi che vi sono descritti.

### *Punti di forza*

- Approccio condiviso delle problematiche, confronto e messa in rete delle varie professionalità e competenze

<sup>30</sup> Referente Centro Adozioni Area VastaSud-Est Siena.

- Il confronto sulle azioni da programmare permette di comprendere i vari aspetti e i vari punti di osservazione degli operatori (tema che può anche essere un limite se i punti di vista diventano rigidi)
- In alcuni contesti (tipo SIPROIMI) avere a disposizione una cornice giuridica che impone la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale facilita la reale realizzazione
- L'utilizzo di un modello di lavoro in équipe, se sperimentato per un lungo periodo (come nell'ambito delle adozioni) diventa sistema e permette di superare la fatica di incontrarsi e di lavorare insieme
- Nella proposta del progetto P.I.P.P.I. e nel sistema della piattaforma RP il lavoro in équipe ci insegna a pensare al lavoro degli operatori in una formula scientifica che sottolinea l'importanza della valutazione della situazione da trattare, del pensiero approfondito degli obiettivi, la predisposizione di attività efficaci, la definizione dei tempi di realizzazione e l'analisi costante degli interventi.

#### *Punti di debolezza*

- Difficoltà ad organizzare riunioni di équipe e mantenere un calendario per il lungo periodo a causa del carico di lavoro degli operatori e spesso la distanza dei loro uffici
- La presa in carico multiprofessionale delle persone purtroppo ancora produce uno spezzamento ed una settorializzazione delle competenze. Questo costringe le persone a spostarsi da ufficio ad ufficio per poter aderire e partecipare ai percorsi proposti (valutazione competenze genitoriali al consultorio, valutazione personologica presso il servizio SMA, valutazione e sostegno dei figli allo SMIA). Credo che per le persone sia difficile dare un senso a linguaggi spesso troppo tecnici (competenze genitoriali) e comprendere competenze diverse spesso coincidenti in operatori con stesse funzioni (psicologo che si occupa delle competenze genitoriali e psicologo che valuta la personalità; psicologo del SerD e psicologo del consultorio)
- In assenza di una cornice definita ancora in alcuni contesti le équipe multiprofessionali si riuniscono solo se gli operatori ne condividono l'opportunità
- Difficoltà nel coordinamento delle équipe, spesso delegata esclusivamente all'Assistente sociale

## La specificità del lavoro in équipe multidisciplinare: l'esperienza del consultorio di Arezzo

di Tonina Michela Tanda<sup>31</sup> e di Silvia Dragoni<sup>32</sup>

### La specificità del lavoro in équipe multidisciplinare dell'unità funzionale attività consultoriali di Arezzo in ambito consultoriale: dalle origini all'attualità<sup>33</sup>

Intorno agli anni 70 del secolo scorso in Italia vennero istituite le facoltà di Psicologia in due sedi specifiche a Roma e Padova. Erano gli anni delle grandi Riforme del Sistema Sanitario Nazionale attuate con la L. 833/1978. L'approvazione della L. 194/1978 ovvero *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, la L. 180/1978 per la chiusura dei manicomi e che offre nuovi paradigmi della cura psichiatrica e confluisce nella L. 83/1978, hanno rappresentato per la scrivente la cornice istituzionale pubblica entro cui promuovere ed esercitare la professione di assistenza psicologica. Le politiche di aziendalizzazione e di privatizzazione collegate a "misure di razionalizzazione della finanza pubblica" deviano e limitano pratiche di assistenza e di cure innovative, determinando una potente medicalizzazione e utilizzo sempre più diffuso di farmaci in ogni fase della vita.

Il quel contesto culturale innovativo delle pratiche della clinica medica e delle discipline sanitarie e sociali erano contemplate indicazioni di specificità operative che riguardavano tutte le figure professionali riconosciute all'interno delle strutture sanitarie locali.

Erano anni di fermento culturale e di innovazioni delle prassi della cura e per il sostegno alla famiglia coinvolta in prima persona nella cura dei propri bambini o adulti psichiatrici dimessi dalle istituzioni che li custodivano. Il lavoro territoriale di allora richiedeva progettazione di tipo individualizzato e attivazione di risposte multiprofessionali per unici soggetti e famiglie.

Le prime équipe territoriali quindi si costruivano per la riabilitazione con logopediste, ortofonisti, fisioterapisti e pedagogisti o tecnici di varie discipline. Interfaccia fondamentale dell'operare erano il contesto di vita e le istituzioni territoriali compresa la scuola di ogni ordine e grado.

La neuropsichiatria infantile disciplina ospedaliera si occupava dei nati con handicap. A quelle strutture vennero sottratti i disagiati neuropsichici per favorire l'inserimento sociale e scolastico, atti fondanti nuovi paradigmi della cura rivolta alla persona disabile. Quei modelli imperativi vennero esportati in contesti esterni all'Italia.

Si evidenziavano nuovi paradigmi di riferimento per le pratiche della cura e per la decodifica delle malattie. La disciplina psicologica degli anni '80, che responsabilmente operava nel contesto di vita dei soggetti portatori di bisogni, decodificandone la complessità della domanda, attuava una cura consapevole.

31 Psicologa/psicoterapeuta Azienda USL Sud Est Toscana

32 Assistente sociale UFA. Consultoriali Arezzo Az.USL Toscana Sud Est

33 di Tonina Michela Tanda.

I pediatri operavano in ospedale ma anche nel territorio, erano parte costitutiva del gruppo di lavoro consultoriale. I ginecologi convocati al lavoro consultoriale devono essere prevalentemente, non obiettori per la L. 194/1978, ma anche destinati al lavoro di reparti di ostetricia e ginecologia. La doppia appartenenza istituzionale di queste figure ha ritardato nel nostro territorio aretino e toscano il pieno sviluppo e valorizzazione delle *Unità Funzionali Consultoriali*.

Le attività di diagnosi e cura di malattie ginecologiche sono state scorporate dal lavoro territoriale e trattenute in reparti specifici e attività privata. Esperienze di ricerche recenti fanno valutare le patologie ginecologiche, come esiti perturbanti di eventi stressanti al femminile. Siamo stati complici, a nostra insaputa di azioni di silenziamento del dolore psichico uterino/femminile che si fa materico-malattia somatica

Il mondo moderno attuale considera, la persona come un unicum *Mente-Corpo-Relazioni-Ambiente-Ecosistema*. Il movimento dell'esistere è mosso dall'intenzione di cercare il bene, per Aristotele "ogni cosa tende al bene" e la pratica della cura è chiamata a proteggere la vita propria e quella altrui da ogni forma di male.

Il pensiero che mi ha accompagnato in tutti gli anni del mio operare nelle istituzioni è racchiuso in questo principio primo: "qualunque cittadino che entra in contatto con il Sistema sanitario pubblico, porta in sé oltre ad una domanda di cura, anche una richiesta implicita di ascolto e un'esigenza di narrazione, rappresentazione e di riconoscimento di cittadinanza".

Il paziente/soggetto che ha una storia personale, lavorativa, familiare, sociale e che quindi ci rappresenta la società in cui viviamo, un quadro ben più ampio e complesso del singolo sintomo impellente da definire e da zittire.

Il mio lavoro di incontro/supporto alla gravidanza ha rappresentato il più importante punto di osservazione degli elementari processi di medicalizzazione della gestazione e del fallimento delle politiche sanitarie consultoriali nel garantire la gratuità delle prestazioni di tutela della gestazione in tutta la penisola italiana.

Si è purtroppo affermata la moda tra le coppie in attesa di farsi visionare con la tecnologia dell'ecografia lo sviluppo fetale che richiede notevole investimento economico e psicologico. Malgrado i livelli essenziali di assistenza ammettano la necessità di procedure codificate in 2/3 ecografie da effettuarsi nel corso della gestazione fisiologica, assistiamo ad una tendenza del sistema medico/ostetrico di incrementare il numero di interventi ecografici privati, sulla pancia/gestante, inducendo nella donna/coppia, attraverso il vertice visivo una pseudo-dipendenza connotata da meccanismi psicologici ansiogeni del tipo "controllo".

Ad ogni programmato controllo sale l'ansia e si manifesta la paura che "tutto proceda bene". Una paziente tanto è più vulnerabile quanto più viene schedata, testata, classificata in categorie nosografiche che a dismisura si sono moltiplicate nel processo di aziendalizzazione della Sanità, perdendo di vista l'essere umano nella sua integrità mente-corpo-relazioni-ambiente-ecosistema. Si può definire una situazione che attiva lo Stress nella madre e di conseguenza nel feto e con esso l'interessamento di ormoni e neurotrasmettitori che posso compromettere l'evoluzione della gestazione. Inoltre, facilmente suggestionabile è l'assetto mentale della donna gestante, che disposta per natura all'assun-

zione della consapevolezza dei processi maturativi della maternità interiore, si trova esposta in condizionamenti tecnico oggettivi favorevoli le vulnerabilità genitoriale.

Tanti dubbi per me su come operare all'interno delle istituzioni quali il Consultorio familiare: i contenuti e i temi da confrontare, sono la nascita e la vita, ma anche la morte ed il dolore, ma anche la sessualità e l'affettività; quindi le relazioni, i legami ed anche la rottura dei legami e le separazioni.

Il buon senso utilizzato dagli operatori di semplificare il lessico specialistico e adattare i programmi di promozione alla salute e di assistenza, in corrispondenza alle richieste/aspettative di salute, in continua trasformazione, ha favorito incontri gratificanti e soddisfacenti con le persone interessate ed ha incrementato il numero dei partecipanti alle attività di assistenza proposte.

Si può affermare che la parola veicola consapevolezza e cura.

Diverse sono le tipologie di *setting* da adottare in contesto consultoriale: individuale, duale, gruppale, familiare.

La pratica dell'incontro assistenziale, attraverso i gruppi a conduzione multidisciplinari favorisce la creazione di un clima partecipativo, corale e di condivisione, superando l'aridità dello specialismo parcellizzato racchiuso nell'ambulatorio specialistico della relazione duale. Nel contesto consultoriale ambulatoriale di Arezzo vi è sempre disponibile una équipe di operatori preposta per ambiti di intervento che interviene nel rispetto delle specificità e si fa carico della persona. Il *setting* gruppale, antropologicamente consono alla specie umana, destinata a farsi vita attraverso l'incontro con un altro, è stato il mio modo preferito entro cui praticare la relazione di cura e di condividere i temi della salute con le donne/partner/figli.

In 20 anni di attività consultoriale ho incontrato le partecipanti/coppie ai gruppi programmati di accompagnamento alla nascita e delle pratiche di Allattamento. Un processo di crescita e di condivisione di una idea di femminile attualizzata in tutte le sue proprie potenzialità espressive. Ciò è stato possibile ridando la parola alle donne e la determinazione della gestione del proprio corpo che si fa identità con la propria mente, il proprio pensato, attraverso una gestione corale della domanda di Cura portata dalle donne all'interno del nostro Consultorio Familiare di Arezzo.

Un servizio di transito, un luogo che ha assunto valore per la determinazione di operatrici capaci di proteggere il genere femminile nel prezioso atto dedicato alla generatività.

Tuttavia, mi appare ancora un traguardo difficile da raggiungere, l'obiettivo della valorizzazione della nascita e della procreazione responsabile, nella sua dimensione fisiologica. La disciplina psicologica riconosciuta, come specialistica sanitaria, ai suoi esordi è stata utilizzata primariamente all'interno delle istituzioni pubbliche preposte. Chi andava dallo psicologo un po' si vergognava.

Nel corso del tempo "almeno una volta andare dallo psicologo" è divenuto componente fondante l'immaginario collettivo di chi vive nel nostro paese. Una disciplina che non è più tanto giovane e tuttavia stenta a dimostrarsi all'altezza di un compito moderno di cura.

La psicologia clinica istituzionale con funzioni di coordinamento ha mancato il suo compito di promuovere paradigmi innovativi della teoria e della pratica

derivanti dal lavoro della cura di servizio sociosanitario pubblico. La distrazione nel campo della cura psicologica di servizio pubblico, è arrivata dall'invasione delle scuole di specializzazione che operavano e operano all'esterno del sistema sanitario pubblico. Riduzione e semplificazione di complessità umane al servizio di culture della assistenza perfettamente corrispondenti a logiche aziendalistiche economiche.

Facile chiudersi nella logica dell'applicazione della testistica e della misurazione dell'individuo o dell'applicazione di un qualche modello di cura, adatto a *setting* privati e formattato nelle molteplici scuole di formazione private e destinate ad un ristretto numero di persone paganti. In qualche caso fortunato vi è stata una fuga dei cervelli dal servizio pubblico alle scuole private per formare gli operatori destinati di ritorno al lavoro del servizio pubblico.

Una mia relazione presentata durante il percorso di formazione con la Regione Toscana *Promuovere le competenze genitoriali: il lavoro in équipe multiprofessionali per il supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità*, rappresenta il percorso compiuto in 20 anni di integrazione fra discipline sociali e sanitarie.

### **Promuovere le competenze genitoriali: l'esperienza dell'unità funzionale attività consultoriali di Arezzo<sup>34</sup>**

L'équipe consultoriale ha accolto con piacere l'invito a partecipare al seminario promosso dalla Regione Toscana *"Promuovere le competenze genitoriali: il lavoro di équipe multiprofessionali per il supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità"*, credendo nell'esperienza costruita insieme in questi anni, pur nella consapevolezza della necessità di continuare a lavorare per la costruzione di Linee guida e metodi di lavoro sempre più condivisi, integrati e coerenti con i nuovi scenari sociali che si stanno delineando.

Il consultorio familiare è un servizio caratterizzato da un *flusso circolare intellettuale*, interno, esterno e continuo; da un lato il riconoscimento del sapere professionale delle diverse figure coinvolte, dall'altro l'arricchimento costante e necessario del sapere della comunità, che entra a far parte del servizio, lo integra, valorizza e modifica. In breve, i professionisti sono chiamati ad una etica della responsabilità professionale e comunitaria che implichi una formazione continua, un arricchimento culturale ed una crescita volta all'attivazione di reti di salute di equità.

Ogni servizio si mobilita per trovare i propri spazi di crescita e riorganizzazione. Per quanto riguarda l'UFA Consultoriali di Arezzo l'occasione è stato il progetto aziendale *Accompagnare i genitori e proteggere i figli*, decorso dal giugno al dicembre 2017, il cui obiettivo generale era il sostegno alla genitorialità fragile, ma che prevedeva, nello specifico, l'individuazione precoce della fragilità genitoriale attraverso una quanto più immediata segnalazione da parte dei servizi, nonché assistenza e cura con misure concrete di sostegno genitoriale e azioni preventive, quali visite domiciliari, ambulatoriali, gruppi di sostegno.

Fortunatamente, il lavoro di anni, aveva già favorito nel territorio aretino la costituzione stabile di corsi di accompagnamento alla nascita rivolti a neogenitori, la possibilità di visite domiciliari puerperali al bisogno, servizi di sostegno all'allattamento, ed era quindi necessario riflettere ed innovare, trovare nuovi spazi di bisogno ancora poco sviluppati.

---

34 di Silvia Dragoni.

Il primo focus di riflessione dell'équipe ha riguardato i destinatari del progetto, ossia le cosiddette *famiglie fragili*. I pensieri primari, gli stimoli che questa diade di parole ha suscitato, hanno riguardato la connessione con la multiproblematicità: sempre più i servizi sono stati intesi come luoghi di cura di malattia, vista come un malessere fisico, psichico e sociale. In tal senso la famiglia si rivolgeva al servizio con l'etichetta di portatrice di una qualche problematicità, un sintomo di disfunzionalità nel proprio stile di vita, e già snaturata della propria fattiva importanza nel benessere comunitario. Da queste considerazioni nuovi pensieri si sono fatti strada nell'équipe, con la necessità di rileggere i bisogni dei cittadini e come opportunità di ripensare al proprio lavoro quotidiano, all'identità professionale e del servizio, come una rilegittimazione dell'interesse collettivo, dei beni comuni e della salute universale, di cui i cittadini in primis si fanno portatori.

La multiproblematicità ha riacquisito nel confronto il proprio significato più originario, staccandosi dalla fragilità, che è stata letta dal gruppo di lavoro, non come la presenza di sintomi, ma come opportunità per la famiglia di costruire con i servizi un *affiancamento discreto* in momenti vissuti come particolarmente difficili o faticosi.

Pur restando invariati gli interventi di sostegno alle famiglie multiproblematiche ad alta complessità, il servizio consultoriale ha deciso di farsi "proattivo", ponendo nuova attenzione verso le famiglie che si trovano a fronteggiare un momento delicato del proprio percorso di vita attraverso due azioni peculiari:

1. Intercettazione precoce
2. Interventi di affiancamento, sostegno e ridefinizione (welfare leggero)

Il percorso progettuale ha previsto attenzione diversificata all'équipe e alla rete territoriale. L'équipe ha ridefinito modelli di intervento *non assistenziali*, ma di promozione familiare, abbandonando momentaneamente, anche se con difficoltà, l'approccio ai propri modelli di intervento rivolti alle famiglie multiproblematiche: il gruppo di lavoro che si è dedicato al progetto è stato costituito da psicologa, Assistente sociale e ostetrica consultoriali, ed ha ripreso una *riflessione intellettuale* sulle procedure esistenti interne ed esterne, attraverso incontri sia tra operatori che con la rete, delineando strumenti di lavoro fino a quel momento assenti ed aprendo un dibattito sul tema della cura e della fragilità.

La rete territoriale ha mostrato il bisogno di rendere il servizio consultoriale maggiormente visibile e accessibile a tutti i cittadini ed ai professionisti; è stato avviato un dialogo attivo con il coinvolgimento di Pediatri di Libera Scelta, Punto Nascita, Ambulatorio Gravidanza a Rischio e Terapia Intensiva Neonatale. Il tentativo è stato quello di avviare una conversazione dialogica in cui si superasse l'impulso a far prevalere una propria tesi, attivando invece una *cooperazione impegnativa e impegnata* con lo scopo di riconfigurare alcuni modelli.

Proprio la caratteristica della *profondità* dello scambio culturale, punto di forza primario di questo percorso, ha favorito l'emersione della necessità di costruire uno strumento di lavoro, contenente indicatori chiari che aiutassero nella definizione comune di famiglia fragile e che potesse favorire e identificare, nell'ambito di percorsi di preparazione alla nascita, le dinamiche relazionali e affettive connesse al ruolo genitoriale maschile e femminile, per riconoscere precocemente fattori di rischio.

Di seguito lo strumento/griglia di individuazione di famiglie fragili, secondo la definizione condivisa di tutti gli attori coinvolti, rilevabili in famiglie inserite in percorsi pre e postnatali:

I fattori di rischio riguardano:

1. eventi luttuosi/aborti spontanei precedenti alla gravidanza in corso
2. parto prematuro
3. donne in gravidanza over 40 o in età adolescenziale (14-18)
4. presenza di eventi stressanti da identificare in ambito familiare (malattie gravi oncologiche di familiari, altri eventi luttuosi, separazioni familiari, perdita di lavoro, crisi di coppia)
5. scarsa o debole rete familiare o sociale
6. straniera in isolamento sociale e con difficoltà linguistico culturali
7. situazione di percepita o riferita conflittualità tra partner
8. riferita difficoltà di altri figli in relazione alla gestazione in corso
9. cambio di più pediatri di libera scelta nel corso del primo anno di vita del bambino

Le attività derivate dal progetto hanno riguardato colloqui con singoli e coppie, osservazioni diade madre bambino durante l'accesso allo "spazio mamme", incentivazione di visite domiciliari puerperali, attivazione di reti territoriali di maggior supporto qualora necessario, eventuale presa in carico, segnalazione alle autorità, istituzione del servizio di "massaggio Infantile", predisposizione dello strumento griglia di rilevazione e sua diffusione, predisposizione di memoria per l'attivazione del servizio sociale territoriale e condivisione di una procedura di raccordo ospedale -territorio.

### **I punti di forza e debolezza**

I punti di forza e debolezza del percorso sono speculari: la rete ha trovato certamente nuove connessioni, maggior consapevolezza delle culture e delle modalità di lavoro dei servizi, sono state costruite procedure condivise ed anche un percorso formativo congiunto svolto nell'anno 2019, sono stati promossi *servizi di iniziativa* volti al potenziamento della resilienza.

Con umiltà e responsabilità è comunque innegabile il fatto che non sia stato semplice abbandonare schemi classici di presa in carico ed integrare l'ottica di "medicalizzazione" con la nuova ottica di promozione e assenza di malattia.

Gli operatori hanno *dato valore* sia al proprio lavoro con rinnovata motivazione e passione, diventando *nutrimento di idee*, sia alla comunità riconoscendone la significativa dimensione protettiva.

## Riferimenti bibliografici

Mortari, L. (2015), *Filosofia della cura*, Milano, Raffaello Cortina.

## S.O.S. tenere la funzione genitoriale di Maurizio Tempestini, Donatella Giovannetti e Matilde Sanesi<sup>35</sup>

La Regione Toscana con la Delibera n. 1133 del 15 novembre 2016 (Fondi Famiglia 2016), fra le varie attività, promuove azioni per la qualificazione del sistema di interventi e servizi dedicati alle famiglie e alla genitorialità.

Nello stesso periodo vengono pubblicate le Linee di indirizzo nazionali *L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità* approvate il 21 dicembre 2017.

Le Linee di indirizzo raccomandano di garantire alla famiglia un accompagnamento che non solo permetta ai genitori di rispondere più positivamente ai bisogni di crescita dei loro figli, ma che sia orientato a sostenere le famiglie nelle comunità locali, assumendo un mandato di prevenzione e protezione a favore dei bambini.

In tale contesto il Servizio Politiche di Inclusione Sociale del Comune di Pistoia sviluppa e presenta un progetto che propone attività innovative che si rivolgono all'universalità delle famiglie in una logica di *empowerment* partendo dall'idea di famiglia che porta con sé le risorse necessarie per poter affrontare le difficoltà che incontra e raggiungere la propria dimensione di benessere se adeguatamente stimolata e supportata.

Il progetto *S.O.S. tenere la funzione genitoriale* nasce, in ottica preventiva e di promozione del benessere, come risposta alla necessità di fare rete con le famiglie con minori del territorio, e sostenerle nella loro funzione genitoriale.

Sulla scorta di collaborazioni già attive con l'Università di Firenze, con alcuni istituti scolastici, con alcune cooperative del terzo settore e sulla base di momenti di riflessione con professionisti diversi (ad es., insegnanti, dirigenti scolastici, educatori, assistenti sociali), è stato stabilito di lavorare con le famiglie nei momenti di transizione all'interno dei contesti scolastici. Sono stati scelti alcuni assunti teorici specifici inerenti la famiglia ed il suo funzionamento per orientare operativamente le azioni del progetto *S.O.S. tenere la funzione genitoriale*. Pur potendo estendere a molteplici strutture familiari le riflessioni teoriche di seguito illustrate, in questa sede l'attenzione è stata focalizzata sulle famiglie con figli minori che si trovano a frequentare i servizi educativi e scolastici presenti nel territorio.

Il progetto intende stimolare, orientare e sviluppare nuovi modi di stare insieme tra scuola, famiglia e comunità educante, intendendo nello specifico con quest'ultimo termine le figure professionali di psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali.

Il coordinamento tra i diversi soggetti che hanno messo a disposizione competenze e professionalità diversificate ha favorito la promozione di una funzione genitoriale positiva e, conseguentemente, il benessere dei bambini.

<sup>35</sup> Maurizio Tempestini, Funzionario Comune di Pistoia; Donatella Giovannetti, Assistente sociale Comune di Pistoia; Matilde Sanesi, Psicologa Università degli Studi di Firenze.

Il progetto si pone come obiettivo ultimo la realizzazione di un percorso di alta formazione, ricerca-azione e supervisione psicologica per sostenere sul campo insegnanti ed altre figure educative capaci di:

- Costruire nel tempo rapporti con i genitori improntati all'accoglienza di questi ultimi e della loro storia specifica, focalizzandosi sui bisogni della genitorialità che emergono in particolari momenti di transizione nel percorso scolastico dei loro figli (prima classe della scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di primo grado) attraverso la messa a punto di percorsi di accoglienza e conoscenza reciproche
- Individuare tempestivamente, dalla propria posizione professionale specifica, fattori di rischio che potrebbero costituire elementi di pregiudizio per i minori
- Attivare azioni professionali per il supporto alla funzione genitoriale, anche in raccordo con educatori professionali ed operatori del servizio sociale presenti nel territorio

Il Comune di Pistoia, intendendo valorizzare le collaborazioni già in essere, coinvolge nell'ipotesi progettuale anche l'Università degli Studi di Firenze- Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia - con l'obiettivo di sostenere il progetto da un punto di vista teorico, scientifico e di supervisione e di stanziare ulteriori fondi per una linea di ricerca-azione, ritenendo fondamentale il potersi avvalere di analisi accurate rispetto all'efficacia delle azioni messe in campo.

Infine, vengono coinvolte le Cooperative Sociali Arkè e Pantagrue che possono offrire personale educativo formato e specializzato sia nel lavoro con i bambini sia con le famiglie.

L'obiettivo è quello di creare collaborazioni fra insegnanti ed educatori ognuno nel rispetto delle proprie professionalità e ruoli ma nell'idea di una "contaminazione" reciproca.

Il progetto ha preso avvio nel settembre del 2017 e ha coinvolto:

- Anno scolastico 2017/2018 – 141 famiglie di cui 90 direttamente nelle attività e 51 nel gruppo di controllo
- Anno scolastico 2018/2019 – 105 famiglie di cui 64 direttamente nelle attività e 41 nel gruppo di controllo
- Anno 2019/2020 il progetto è ancora in corso e, sulla base delle restrizioni previste dai decreti e alla chiusura delle scuole, sono state create modalità di formazione on line oltre che attività da far svolgere alle famiglie e ai bambini da casa

Il progetto si articola in 5 Linee di attività:

*Linea formazione:* prevede 5 incontri di carattere teorico-pratico, a partire dal mese di ottobre, rivolti agli educatori e ai docenti operanti all'interno del progetto; tali incontri sono volti a potenziare le competenze comunicativo-relazionali di entrambi i professionisti e a preparare, soprattutto gli insegnanti, al loro ruolo di "referenti per la genitorialità".

Ogni incontro è di 2,5 ore e si svolge in orario extrascolastico dalle 17:00 alle 19:30 presso i locali delle scuole partecipanti al progetto.

Nello specifico, durante i primi 3 incontri, vengono preparate le attività di accoglienza da effettuare con i genitori e presentati due strumenti specifici per il potenziamento della comunicazione tra scuola e famiglia:

- Nel primo incontro viene ripresentato il progetto agli insegnanti, agli educatori e agli assistenti sociali presenti e vengono fornite alcune “pillole teoriche” sulla definizione di famiglia e del suo ciclo vitale. In seguito ad ogni team di insegnanti vengono affiancati due educatori professionali, che seguiranno i docenti per l'intero anno scolastico. Durante questo primo incontro, i gruppi formati, provvederanno alla realizzazione della prima pagina del *whatsapp cartaceo*, un librone-portafotografie che viene realizzato all'interno della classe e che viene portato a casa dagli alunni partecipanti al progetto. Tale libro potrà essere compilato anche dai genitori e sarà fatto circolare tra tutte le famiglie con l'obiettivo di facilitare la creazione di un ponte tra questi due contesti.
- Nel secondo e terzo incontro viene presentato l'altro strumento: *l'incontro accogliente*, consiste in un colloquio, effettuato tra i genitori, gli insegnanti e gli educatori, che permette alle famiglie di narrare la storia del bambino e della loro famiglia. Nello specifico nel secondo incontro vengono date alcune “pillole teoriche” sulla comunicazione e sulle strategie per comunicare in modo efficace. Viene presentata la scheda tecnica per strutturare il colloquio accogliente e i vari gruppi iniziano a pensare dove realizzare tale colloquio e come strutturare la stanza per accogliere i genitori.
- Nel terzo incontro i vari gruppi definiscono il contenuto da indagare con le famiglie (ad es: storia personale della famiglia, tempo libero del bambino...), riflettono sulla gestione del tempo e dello spazio, sugli aspetti della comunicazione non verbale e sulle attivazioni emotive che possono nascere durante la conversazione, definendo il ruolo che ciascuno di loro dovrà assumere (ad es: chi apre il colloquio, chi pone le domande, chi conclude il colloquio). Inoltre, vengono pensate le attività che uno dei due educatori dovrà effettuare con i bambini mentre i genitori saranno impegnati nell'incontro accogliente con il team docenti e con l'altro educatore. Infine, vengono individuate delle possibili date, prima delle vacanze invernali, nelle quali effettuare tali colloqui.
- Nel quarto incontro si realizza un momento formativo con la collaborazione del Servizio Sociale del territorio. In questo incontro parla una coordinatrice dei centri socioeducativi e illustra i servizi presenti sul territorio, inoltre, interviene un Assistente sociale e illustra alle insegnanti le prassi per la segnalazione di un bambino ai servizi sociali e fornisce loro dei recapiti in caso di necessità.
- Nel quinto incontro viene illustrata l'importanza per i professionisti della cura di affrontare una co-progettazione collegiale inerente temi per la promozione del benessere emotivo e relazionale. Viene presentato loro uno schema di co-progettazione e gli viene chiesto di pensare agli specifici bisogni che sono emersi nelle varie classi. In seguito a questa riflessione i vari gruppi iniziano a strutturare le attività da svolgere sia con i bambini che con i genitori al fine di incrementare la partecipazione tra la scuola e la famiglia.

*Linea accoglienza:* prevede delle occasioni d'incontro accuratamente progettate tra gli educatori, i docenti operanti all'interno del progetto e i genitori degli alunni appartenenti alle loro classi per favorire una conoscenza reciproca e la

condivisione di mutui-obiettivi (si veda anche la linea formazione).

*Linea co-progettazione:* Rientrano in questa fase tutte le attività e le azioni strategiche co-progettate da insegnanti ed educatori a partire dagli specifici bisogni che sono emersi nelle varie classi (anche grazie all'incontro accogliente), e che devono rispondere all'obiettivo di incrementare la partecipazione e la collaborazione tra la scuola e la famiglia al fine di creare un clima di fiducia e stima reciproca fra il team docente ed i genitori, tale da permettere una reale e fattiva collaborazione.

*Linea supervisione psicologica:* sarà attivato uno sportello di supervisione psicologica destinata agli insegnanti ed agli educatori operanti nel progetto. Tale sportello serve a monitorare le azioni della co-progettazione, nonché agisce come punto a cui i singoli docenti o educatori possono accedere in caso di problematiche relazionali o comunicative con le famiglie degli alunni.

*Linea ricerca azione:* il contributo del Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze, nella figura della Professoressa Enrica Ciucci e del suo gruppo di ricerca, riguarda inoltre l'individuazione di strumenti psicometrici e la loro somministrazione ai genitori delle classi partecipanti, secondo un disegno di ricerca *Evidence-Based* (pre-test, post-test, follow-up), al fine di rilevare eventuali cambiamenti intervenuti in seguito alla partecipazione al progetto. Per fare ciò devono essere individuate anche delle classi di "controllo", che cioè non prendono parte al progetto. È tra gli obiettivi da realizzarsi a cura del Dipartimento un'approfondita elaborazione statistica dei dati rilevati così come la diffusione dei risultati alla comunità scientifica.

#### *Punti di forza*

- Possibilità di creare supporto e rete fra famiglie, fra famiglie e scuola nell'ottica di un lavoro condiviso e co-progettato fin dalle sue fasi iniziali
- *Empowerment* delle famiglie e dei singoli professionisti che percepiscono la possibilità di condividere le proprie esperienze e specificità professionali acquisendo, allo stesso tempo, quelle di professionisti diversi
- Incremento della fiducia nei confronti degli insegnanti che si sentono maggiormente valorizzati anche nel lavoro di supporto alle famiglie e supportati a loro volta da altri professionisti
- La partecipazione delle scuole e degli insegnanti ha permesso di raggiungere un numero ampio di famiglie e di formare insegnanti che, una volta terminato il progetto, saranno comunque in grado di continuare a mettere a frutto quanto appreso

#### *Punti di debolezza*

- Difficoltà a reperire insegnanti nella fase iniziale
- Difficoltà a far accettare agli insegnanti la presenza dell'educatore in classe e nella comunicazione con la famiglia
- Difficoltà a far superare gli stereotipi legati alla figura dell'Assistente sociale

#### *Fattori da mettere a sistema*

- Co-progettazione: Fin dai primi momenti le linee progettuali sono state presentate a tutte le scuole del territorio pistoiese lasciando spazio a contributi

e idee arrivando a progettare in base ai bisogni rilevati dalle scuole stesse

- Co-costruzione: durante la linea di accoglienza, ogni team di insegnanti ed educatori ha potuto analizzare gli specifici bisogni di ciascuna classe e strutturare attività ad hoc per rispondere alle necessità individuate
- Supervisione e costruzione di relazioni

Il tutto è avvenuto sotto la supervisione di una psicologa esperta che, attraverso la linea di formazione, ha proposto attività volte a creare e rafforzare le relazioni monoprofessionali ma anche fra professioni diverse.

## Materiali

Toscana, delib. GR 15 novembre 2016, n 1133, *Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con delega alle Politiche per la Famiglia del 17/6/2016 per il riparto delle risorse stanziato sul Fondo per le Politiche per la Famiglia annualità 2016. Approvazione Piano di Massima delle Attività e promozione azione di sistema su area educazione familiare e sostegno genitorialità. Prenotazione risorse.*

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000001398>

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2017, *L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf>

PROMUOVERE LE COMPETENZE GENITORIALI:  
IL LAVORO IN ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI PER IL SUPPORTO ALLE FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI VULNERABILITÀ

# 3

## **PARTE III**

PUNTI DI FORZA,  
FATTORI DA METTERE A SISTEMA,  
STRUMENTI OPERATIVI  
E PROSPETTIVE DI SVILUPPO

## Punti di forza

- Il lavoro dell'équipe multidisciplinare è importante nell'individuazione, valutazione, programmazione e realizzazione degli interventi di accompagnamento mirati al sostegno della genitorialità all'interno di una rete integrata di servizi territoriali;
- Il contesto dell'équipe multidisciplinare favorisce una valutazione del nucleo familiare realizzata secondo un approccio centrato sulle risorse, e non solo sui deficit. L'integrazione delle competenze, visioni e letture, consente di conoscere il nucleo da diverse prospettive ed orienta a porre la famiglia come soggetto attivo promotore del suo cambiamento;
- Il lavoro condiviso e coprogettato, fin dalle fasi iniziali del percorso di crescita del bambino, aiuta a creare percorsi di supporto e di rete fra famiglie e tra queste e la scuola, e favorisce dunque la promozione di una funzione genitoriale positiva e, in ultima analisi, il benessere complessivo dei bambini;
- La promozione di attività che incrementano la fiducia delle famiglie nei confronti degli insegnanti, sostiene e valorizza il ruolo degli operatori scolastici che possono supportare con maggiore consapevolezza i nuclei e che a loro volta possono sentirsi affiancati da altri professionisti;
- La formazione specifica e congiunta consente di sviluppare percorsi di *empowerment* per i singoli professionisti della comunità educante (insegnanti, dirigenti scolastici, educatori, assistenti sociali).
- I percorsi congiunti formativo-informativi favoriscono la costruzione di nuove connessioni, e procedure condivise tra i servizi territoriali e agevolano l'acquisizione di maggiori consapevolezze delle culture e delle modalità di lavoro dei vari professionisti;
- La promozione dei servizi di iniziativa garantisce il potenziamento della resilienza tra famiglie ed operatori;
- Il consultorio è contesto chiave nel processo di rafforzamento del modello toscano di intervento multiprofessionale che interessa i percorsi integrati di prevenzione e protezione a favore di azioni di sostegno alla maternità/genitorialità, con bisogni complessi;
- Il consultorio è il luogo in cui si possono intercettare precocemente i bisogni individuali e familiari, prima che si trasformino in motivo di "disagio" o rientrano in una casistica "a rischio";
- Il consultorio facilita l'accesso ai servizi offerti dall'ampio territoriale e attenua il livello di resistenza, diffidenza o difficoltà che le persone possono manifestare nella presa di consapevolezza del proprio bisogno;
- L'introduzione del concetto di *screening* del disagio psichico (in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento del disagio) è gestita dall'équipe multiprofessionale dei consultori con il coinvolgimento attivo dell'utenza e dei vari professionisti, compresi psicologi neolaureati in tirocinio extracurricolare;
- La condivisione e l'approvazione di Protocolli Aziendali nel Percorso Nascita consente di realizzare, nei consultori familiari, azioni mirate ed integrate in materia di promozione del benessere psicologico nella maternità/paternità;

- Nell'ambito dei percorsi di adozione, il rafforzamento continuo della rete tra i Responsabili Organizzativi Zonali in materia di Adozione ed i Formatori Adozione assicura coordinamento e aggiornamento professionale continuo per l'équipe di tutte e quattro le Aree Vaste;
- L'équipe di Zona affina sempre più lo studio di coppie aspiranti all'adozione dopo la presentazione della domanda al tribunale competente permette di conoscere le caratteristiche e le condizioni necessarie a preparare la migliore accoglienza al bambino;

## Fattori da mettere a sistema

- Attivazione di sinergie con formazione di microéquipe multidisciplinari per la definizione del progetto di sostegno.
- Presa in carico multidisciplinare modulata in funzione delle problematiche emerse nella fase di valutazione attraverso una molteplicità di interventi declinati nei percorsi individualizzati.
- Promozione di incontri formativo-informativi congiunti e multiprofessionale (Educatore, Psicologo, Servizio Sociale, Neuropsichiatra infantile, Psichiatra) ad integrazione delle formazioni e dei corsi di aggiornamento previste per ciascuna professione, al fine di riflettere, confrontare e condividere diverse teorie, pratiche, strumenti, esperienze, gli schemi metodologici e operativi, da replicare in più contesti.
- Attivazione di risorse del personale con competenze psicologiche per garantire con continuità l'attività di rilevazione e di presa in carico terapeutica.
- Costruire una struttura di coordinamento continuo al fine di organizzare e gestire una rete territoriale composta da diversi servizi e professionisti del sistema integrato.
- Particolare attenzione affinché la procedura di presa in carico delle coppie e dei bambini non sia basata solo sull'ottica di "medicalizzazione" e della "malattia".
- Il coinvolgimento delle insegnanti a collaborare nella fase iniziale dell'accompagnamento dei genitori in situazioni complessi, attraverso un percorso progettato e tra tutti i soggetti coinvolti nella rete.
- Attività di *screening* dei casi a rischio nelle varie fasi del Percorso Nascita attraverso strumenti standardizzati, l'osservazione e l'ascolto;
- Strutturazione nei consultori di équipe multiprofessionali/multidisciplinari con previsione, in particolare, della presenza dell'Assistente sociale all'interno dell'équipe multiprofessionale al fine di riconoscere la complessità dei fattori e la possibilità di trattare la situazione in modo unitario, a più livelli;
- Condivisione, a livello territoriale, dei percorsi di accompagnamento sia con i Punti Nascita che con le UFSMA e i SerD;
- Raccolta informazioni dalla donna in gravidanza e/o in puerperio e strumenti per la rilevazione del disagio psichico e per la consultazione diagnostica a cura dello psicologo.
- Mettere a sistema un piano di monitoraggio per garantire la maggior efficienza possibile al sistema di rete, per analizzare le criticità ed i fallimenti adottivi.

## Strumenti operativi

DGR 273 del 2 marzo 2020, “Determinazioni in merito alle azioni per l’attuazione del PSSIR 2018-2020”.

Le quaranta schede operative, articolate in azioni, percorsi, soggetti, risultati attesi ed indicatori per il monitoraggio e la valutazione - sono state previste dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (di cui alla deliberazione di Consiglio regionale 73 del 9 ottobre 2019) nel capitolo rubricato “Articolazione del piano”.

I titoli delle schede sono stati individuati come ambiti significativi di azione, a delineare i contesti nei quali devono svilupparsi e prendere forma in termini operativi gli obiettivi strategici disegnati dal Piano. Le schede si articolano in una sezione di contesto e di motivazioni che introduce alla descrizione delle azioni a seguire puntualmente indicate, insieme alla matrice di responsabilità che per ogni azione individua il livello di responsabilità regionale, delle zone distretto e gli indicatori di risultato.

Le tematiche che hanno interessato il percorso formativo trovano riferimenti diretti nelle schede:

n. 38, “Percorso nascita e genitorialità positiva, responsabile e partecipe” e “Supporto alla genitorialità in situazione di vulnerabilità”. In questa scheda sono confluiti gli obiettivi e le azioni maturati attraverso i percorsi ed i programmi regionali più evoluti in materia di prevenzione, sostegno al percorso nascita e promozione della genitorialità; come sintesi del modello di intervento che si propone è riportato “Il mondo del bambino (*Assesement Framework*)”, sperimentato attraverso il Programma P.I.P.P.I.

*Messaggio chiave della scheda*

*Garantire equità di accesso e qualità dei servizi attraverso le reti dedicate al percorso nascita. Rispondere al bisogno di sostegno nella genitorialità, espresso e non espresso dalle persone e dalle famiglie particolarmente nei primi mille giorni di vita del bambino. Innovare le pratiche e i modelli di intervento per intercettare precocemente i fattori di rischio e rispondere ai bisogni fondamentali dei bambini secondo una visione promozionale e partecipata della genitorialità.*

n. 39, “Accogliere e accompagnare bambini, adolescenti, genitori nei contesti familiari e nei servizi”.

La scheda ricomponne concettualmente la sfera della prevenzione con la sfera della tutela e propone una visione del sistema dei servizi basato sul fondamentale interrogativo dell’appropriatezza e dell’efficacia degli interventi. Si è inteso in sostanza superare il dualismo tra contesti di prevenzione e di protezione, ricongiungendo azioni che, con l’obiettivo comune di lavorare per innalzare i livelli di sicurezza dei bambini, si basino sugli stessi principi, metodologie e strumenti.

*Messaggio chiave della scheda*

*I percorsi di Protezione non rappresentano una soluzione disgiunta dai contesti della Prevenzione e Promozione, ma piuttosto costituiscono un continuum di servizi per accogliere e accompagnare adeguatamente bambini e genitori.*

n. 40, "Il Lavoro di équipe ed i programmi di intervento multidimensionali". La scheda rappresenta uno strumento trasversale a supporto del complesso di obiettivi ed azioni declinati nelle precedenti schede. A partire da una prima definizione del "luogo" dell'équipe integrata, viene sancito l'obiettivo del mantenimento, consolidamento, promozione e sostegno alla costituzione di nuovi team quali contesti funzionali allo sviluppo di tutti i percorsi di cura, accompagnamento, sostegno che riguardano le persone, le famiglie ed i minori.

Messaggio chiave della scheda

*Promuovere e sistematizzare il lavoro in équipe per assicurare la multidisciplinarietà e l'appropriatezza degli interventi e dei percorsi individualizzati di sostegno e accompagnamento.*

DGR 573 del 29 maggio 2017, "Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione Zonale (PIZ)".

Il provvedimento attua le previsioni del comma 6 dell'articolo 21 ("Piani integrati di salute") della l.r. 40/2005 con il quale si impegna la Giunta regionale ad elaborare le linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ. Le linee guida si fondano sul presupposto che lo stato di salute di una popolazione è determinato anche da fattorie condizioni che espongono le persone a situazioni di vulnerabilità, sui quali l'organizzazione dei sistemi socio-sanitari può e deve intervenire. Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di Area Vastae del piano attuativo locale dell'AUSL di riferimento, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di Zona distretto e si attua attraverso i programmi operativi annuali. Le linee guida declinano dunque i processi e gli strumenti per la programmazione e individuano, tra gli altri, i riferimenti propedeutici alle attività per ogni settore ed area tra i quali troviamo l'area materno infantile, l'area della salute mentale infanzia e adolescenza e tutti gli interventi a carattere residenziale, domiciliare e territoriale previsti dal nomenclatore delle prestazioni sociali.

DGR 957 del 22 luglio 2019, "Implementazione delle Linee di Indirizzo sull'Intervento con Bambini e Famiglie in situazione di vulnerabilità. Superamento della fase sperimentale del Programma P.I.P.P.I. e indirizzi per le Zone Distretto e Società della Salute sull'area infanzia e adolescenza. Assegnazione risorse cofinanziamento e risorse integrative regionali".

Il provvedimento salda per la prima volta lo sviluppo del Programma P.I.P.P.I. all'assegnazione alle Zone Distretto e Società della Salute del Fondo Nazionale Politiche Sociali (annualità 2018), grazie alla previsione (da tempo auspicata) dell'inserimento della dotazione finanziaria collegata all'implementazione dell'ottava fase nel complesso del fondo nazionale stanziato per garantire la tenuta e lo sviluppo del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali. La reintroduzione del vincolo di almeno il 40% del fondo da destinare agli interventi e servizi per l'area dell'infanzia e dell'adolescenza ha suggerito di non lasciare indefinite le macrocategorie di intervento dettate dal Nomenclatore sociale e di declinare piuttosto le tipologie, le misure, i dispositivi con i quali i territori sono chiamati ad assicurare l'operatività del Sistema Integrato di Prevenzione, Promozione, Protezione ed Autonomia. La delibera approva dunque due allegati fondamentali: l'allegato "A", "Indirizzi per l'attuazione degli interventi programmati dalle Zone Distretto e Società della Salute a valere sulla quota destinata

all'infanzia e all'adolescenza del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali" che contestualizza e descrive più nel dettaglio gli interventi da assicurare fissando il livello di servizio delle équipee integrate Zonali; l'allegato "B", "Indirizzi per gli Ambiti Territoriali aderenti alla fase di implementazione delle linee di intervento con i bambini e le famiglie in situazione di vulnerabilità (P.I.P.P.I. 8) promosse dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali" con il quale l'attuazione del Programma P.I.P.P.I. in Toscana è ricollocata nel più ampio contesto della diffusione delle linee di indirizzo nazionali sulla genitorialità vulnerabile e della programmazione di area infanzia e adolescenza.

DGR 769 del 10 giugno 2019, "Attuazione della DGR 90 del 28/1/2019: definizione del modello di intervento integrato sull'area della prevenzione della genitorialità vulnerabile e della promozione della genitorialità positiva. Assegnazione alle Zone Distretto e Società della Salute delle risorse del Dipartimento Politiche per la Famiglia (Fondi Famiglia 2018) e delle risorse integrative regionali". Saldatura tra assegnazione risorse erogate dal Dipartimento e costituzione/rafforzamento delle EEMM si approva un nuovo strumento operativo "Sostenere la genitorialità vulnerabile: indirizzi per il lavoro in équipe" in cui le équipe multidisciplinari di natura integrata socio-sanitaria sono individuate quali livelli di servizio che intervengono per accompagnare le famiglie negligenti o in situazione di vulnerabilità e sono corresponsabili con i servizi sociali della costruzione congiunta del progetto di intervento (Progetto Quadro), della valutazione diagnostica e prognostica del bambino e dell'adulto genitore e del sostegno e dell'assistenza psicologica a loro favore, nel rispetto di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", di cui all'articolo 1, comma 7, del DL 30 dicembre 1992, n. 502.

DGR 603 del 6 maggio 2019, "Indicazioni per la diffusione dell'esperienza del Programma Nazionale P.I.P.P.I. e per la valorizzazione degli operatori senior e dei formatori esperti a supporto del sistema dei servizi delle Zone Distretto e Società della Salute della Toscana. Approvazione", si indicano le modalità per la diffusione dell'esperienza del Programma P.I.P.P.I. e per la valorizzazione degli operatori senior e dei formatori esperti a supporto dello sviluppo del sistema integrato dei servizi delle Zone Distretto e Società della Salute della Toscana.

## Prospettive di sviluppo

La reintroduzione del vincolo di utilizzo del Fondo Nazionale Politiche Sociali per interventi e servizi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, fissato al 40% nel 2018 e incrementato fino al 50% nel 2020, rappresenta la leva più efficace a disposizione della programmazione territoriale. Questa importante novità consente di non lasciare indistinta la destinazione del finanziamento nazionale e costituisce uno strumento di forte impatto per la costruzione dei piani operativi annuali di Zona distretto che deve accompagnarsi ad una più puntuale definizione a livello regionale del nomenclatore degli interventi, dei dispositivi, delle misure che delimitano l'intero Sistema di prevenzione, Promozione, Protezione e Autonomia.

D'altro canto la prospettiva del rafforzamento delle équipes multidisciplinari, con particolare attenzione alla componente specialistica, avviata con la programmazione dei fondi erogati dal Ministero della Famiglia, prosegue senza soluzione di continuità e si aggancia al quadro programmatico regionale nel frattempo definito attraverso il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (DCR 73/2019) e nelle relative schede attuative (DGR 273/2020). La Regione Toscana ha infatti riconfermato l'obiettivo della costituzione di almeno una équipe integrata in ogni Zona, al fine di rafforzare un modello di valutazione e accompagnamento per le situazioni più complesse a carattere multidimensionale. Si tratta di linea di sviluppo che mira ad innalzare i livelli di sicurezza per i bambini ed i ragazzi che vivono in famiglie a rischio, maltrattanti, in situazione di vulnerabilità sociale ed economica, implementata anche grazie alla riprogrammazione in continuità delle progettualità sviluppate attraverso i Fondi Famiglia 2019 e 2020.

A supporto di questi obiettivi di sviluppo si è fatta strada l'esigenza di approfondire la conoscenza dei livelli organizzativi territoriali chiamati ad esprimere i contesti per il lavoro in équipes. Nella seconda metà del 2020 è stato dunque progettato un percorso specifico, in collaborazione con l'Osservatorio Sociale Regionale, che aggancia l'indagine dell'équipe dell'area minori a quella del Reddito di Cittadinanza, in un comune approfondimento conoscitivo sull'asse dell'inclusione sociale delle famiglie vulnerabili. I risultati, una volta disponibili, costituiranno la base per la valutazione dei cambiamenti in atto sostenuti dagli indirizzi regionali e per focalizzare i bisogni del sistema dei servizi e della comunità di operatori.

È indubbio che l'emergenza sanitaria abbia avuto delle conseguenze importanti sulla vita delle famiglie e sull'organizzazione dei servizi, determinando bisogni nuovi ed inaspettati da un lato e rapide e frenetiche rimodulazioni dall'altro. Questa situazione, purtroppo non transitoria, ha tuttavia evidenziato le potenzialità di alcuni interventi anche nella dimensione da remoto, come ad esempio la misura dell'educativa domiciliare. La Regione si è posta quindi l'obiettivo di implementare la diffusione dell'educativa domiciliare quale strumento per salvaguardare il legame tra il bambino e i membri della sua famiglia, valorizzarne le risorse del nucleo e accompagnare il processo di costruzione di risposte positive ai bisogni evolutivi del bambino da parte dei genitori, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo per l'intervento con le famiglie in situazione di vulnerabilità* emanate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

In generale, tutta la gamma di servizi, dispositivi, interventi e misure a favore delle famiglie necessita di continue rimodulazioni in relazione ai nuovi bisogni legati all'emergenza sanitaria da Covid-19. Al riguardo si ritiene che il documento *L'implementazione di P.I.P.P.I. nel tempo di emergenza sanitaria. Un impegno ostinato per garantire i diritti dei bambini e delle bambine*, (Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare (LabRIEF) dell'Università di Padova <https://www.minoritoscana.it/?q=node/1124>) costituisca un valido orientamento concettuale ed operativo per il Sistema di Prevenzione, Promozione, Protezione e Autonomia.

## Sitografia e riferimenti documentali

### ORGANISMI ISTITUZIONALI

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

<https://www.lavoro.gov.it/Pagine/default.aspx>

Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri

<http://famiglia.governo.it/it/>

Regione Toscana

<https://www.regione.toscana.it/>

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

<https://www.minoritoscana.it/>

Osservatorio sociale regionale

<https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale>

Azienda regionale di sanità (ARS)

<https://www.ars.toscana.it/>

## PROGRAMMI E LINEE DI INDIRIZZO

Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-guida-sostegno-famiglie-vulnerabili-2017.pdf>

Linee di indirizzo per le famiglie in situazioni di vulnerabilità per bambini e ragazzi "di facile lettura"

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/Linee-Indirizzo-famiglie-vulnerabili-Easy.pdf>

Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per bambini e ragazzi

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee-guida-accoglienza-minorenni.pdf>

Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per bambini e ragazzi "di facile lettura"

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/etr-Linee-Indirizzo-comunita-minorenni-easy.pdf>

Linee di indirizzo nazionali per l'Affidamento Familiare

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/Linee-guida-affidamento-familiare-2013.pdf>

Linee di indirizzo nazionali per l'Affidamento Familiare "di facile lettura"

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/minorenni-fuori-famiglia/Documents/etr-Linee-Indirizzo-affido-easy.pdf>

Programma P.I.P.P.I.

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Pagine/default.aspx>

Comunità di pratiche Programma P.I.P.P.I.

[https://elearning.unipd.it/programmaP.I.P.P.I./](https://elearning.unipd.it/programmaP.I.P.P.I/)

Piano per gli interventi e i Servizi Sociali di contrasto alla Povertà 2018-2020

<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Reddito-di-Inclusione-Rel/Documents/Piano-interventi-servizi-poverta.pdf>

Interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria

[https://www.minori.gov.it/sites/default/files/idi\\_care\\_progetto\\_200619.pdf](https://www.minori.gov.it/sites/default/files/idi_care_progetto_200619.pdf)

Piano regionale di contrasto alla Povertà

[http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5194073&nomeFile=Delibera\\_n.998\\_del\\_10-09-2018-Allegato-A](http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5194073&nomeFile=Delibera_n.998_del_10-09-2018-Allegato-A)

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020

<https://www.consiglio.regione.toscana.it/upload/10/CM35/affari/testo3778.PDF>

Sostenere la genitorialità vulnerabile: indirizzi per il lavoro in équipe

[https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5220230&nomeFile=Delibera\\_n.769\\_del\\_10-06-2019-Allegato-A](https://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5220230&nomeFile=Delibera_n.769_del_10-06-2019-Allegato-A)

## **NORMATIVA**

L. 28 marzo 2019, n.26, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4, recante disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/29/19G00034/sg>

DL 28 gennaio 2019, n. 4, Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/01/28/19G00008/sg>

DM 18 maggio 2018, Criteri di riparto del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale e l'adozione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, ai sensi, rispettivamente, dell'articolo 7, comma 4 e dell'articolo 21, comma 6, lettera b), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/07/06/18A04583/sg>

D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/13/17G00161/sg>

DPCM 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

<http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=esenzioni&menu=vuoto>

L. 4 maggio 1983, n. 184, Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1983/05/17/083U0184/sg>

Toscana, delib. GR 2 marzo 2020, n. 273, Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2020DG00000000265>

Toscana, delib. GR 9 dicembre 2019, n. 1547, Programmazione multilivello: strumenti di governace e nuovo ciclo di programmazione a seguito del PSSIR 2018-2020

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001789>

Toscana, delib. GR 4 novembre 2019, n. 1339, Integrazione alla DGRT 573/2017 Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione Zonale (PIZ), adeguamento al nuovo PSSIR 2018-2020

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001580>

Toscana, delib. GR 22 luglio 2019, n. 957, Implementazione delle Linee di Indirizzo sull'Intervento con Bambini e Famiglie in situazione di vulnerabilità. Superamento della fase sperimentale del Programma P.I.P.P.I. e indirizzi per le Zone Distretto e Società della Salute sull'area infanzia e adolescenza. Assegnazione risorse co-finanziamento e risorse integrative regionali.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001120>

Toscana, delib. GR 10 giugno 2019, n. 769, Attuazione della DGR 90 del 28/1/2019: definizione del modello di intervento integrato sull'area della prevenzione della genitorialità vulnerabile e della promozione della genitorialità positiva. Assegnazione alle Zone Distretto e Società della Salute delle risorse del Dipartimento Politiche per la Famiglia (Fondi Famiglia 2018) e delle risorse integrative regionali.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000000895>

Toscana, delib. GR 1 ottobre 2018, n. 1076, Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 SdS/zone distretto

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2018DG00000001233>

Toscana, delib. GR 29 maggio 2017, n. 573, Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione Zonale (PIZ)

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2017DG00000000659>

Toscana, delib. GR 27 dicembre 2016, n. 1369, Indicazioni metodologiche in materia di interventi di sostegno nell'adozione nazionale ed internazionale, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento pre-adoattivo e del post-adozione. Approvazione.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000001627>

Toscana, delib. GR 15 novembre 2016, n. 1133, Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con delega alle Politiche per la Famiglia del 17/6/2016 per il riparto delle risorse stanziare sul Fondo per le Politiche per la Famiglia annualità 2016. Approvazione Piano di Massima delle Attività e promozione azione di sistema su area educazione familiare e sostegno genitorialità. Prenotazione risorse.

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000001398>

Toscana, delib. GR 26 agosto 2013, n. 702, Indicazioni metodologiche per lo studio di coppia finalizzato alla valutazione e all'accompagnamento per l'idoneità nell'ambito del procedimento di adozione nazionale e internazionale

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2013DG00000000086>

Toscana, LR 24 febbraio 2005, n. 41, Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

<http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;41>

Toscana, LR 24 febbraio 2005, n. 40, Disciplina del servizio sanitario regionale.

<http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;40>

## **DATI E RICERCHE**

Banca dati progetti infanzia e adolescenza

<http://www.bancadatiprogetti-infanziaadolescenza.minoritoscana.it/>

Interventi per la promozione e la tutela dei diritti di bambini e ragazzi nelle 26 zone distretto toscane. Anno 2019

[https://www.minoritoscana.it/sites/default/files/idi\\_interventi\\_200219.pdf](https://www.minoritoscana.it/sites/default/files/idi_interventi_200219.pdf)

Profili di Salute 2019

<http://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2019>

Profili Zonali: i dati al 31/12/2018

<https://www.minoritoscana.it/?q=node/1100>

## Allegati

*La sezione riporta il programma delle giornate formative e alcuni strumenti operativi utilizzati dai gruppi di lavoro multidisciplinari durante il percorso formativo, i quali possono rappresentare un utile orientamento all'operatività.*

### **Programma delle giornate formative**

**Allegato 1**

**Allegato 2**

**Allegato 3**

**Allegato 4**

**Allegato 5**

## Programma delle giornate formative



**Crescere Insieme**  
Formarsi insieme



Istituto  
degli  
Innocenti



# Promuovere le competenze genitoriali: il lavoro in équipe multiprofessionali per il supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità

Il Centro Regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza propone un percorso formativo-informativo per favorire il consolidamento ed il rafforzamento del modello toscano basato sull'intervento multi-professionale per sostenere percorsi integrati, nell'ambito dei servizi socio-sanitari, sociali e sanitari toscani, per il supporto a famiglie con bisogni complessi. Il percorso è realizzato in continuità con un primo ciclo formativo svolto nel primo semestre del 2019 sul tema specifico del sostegno alla genitorialità vulnerabile con gli operatori delle Zone Mugello, Fiorentina Nord-Ovest e Fiorentina Sud-Est. Dopo gli esiti positivi emersi da questa esperienza, anche in termini di competenze acquisite nel lavoro multiprofessionale, e per valorizzare l'esperienza del percorso "Crescere insieme" orientata a rafforzare le risorse della famiglia e delle relazioni, la Regione Toscana propone un nuovo ciclo di seminari con l'obiettivo di fornire indicazioni omogenee in merito ai contesti in cui si sviluppano le politiche e gli strumenti per la programmazione del sistema di interventi e servizi che riguardano l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie. In particolare si intende accompagnare il processo di integrazione dei diversi apporti professionali ed organizzativi delle équipe multiprofessionali che operano nell'ambito degli interventi a favore della maternità, della genitorialità, della salute mentale e delle famiglie fragili. Il percorso, articolato in tre moduli formativi, viene svolto in due edizioni che coinvolgono l'Area Vasta Toscana Nord-Ovest e l'Area Vasta Toscana Sud-Est.

### Area Vasta Nord-Ovest e Area Vasta Sud-Est - Modulo 1

**Firenze, martedì 10 dicembre 2019**

Istituto degli Innocenti, Salone Brunelleschi

**Le politiche per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie: contesti e strumenti.**

**I Parte 9.30-13.30**

#### Programma

- 9.30 **Saluti e introduzione ai lavori**
- 10.00 **Percorsi, progetti e indirizzi regionali per la definizione del modello integrato di accompagnamento e sostegno alle famiglie**  
*Alessandro Salvi, Regione Toscana*
- 10.30 **Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità**  
*Adriana Ciampa, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali*
- 11.00 **Politiche e misure nazionali a sostegno delle famiglie**  
*Tiziana Zannini, Dipartimento delle Politiche per la Famiglia*
- 11.30 **Linee di indirizzo per la programmazione educativa integrata di zona**  
*Sara Mele, Regione Toscana*
- 12.00 **Il Piano Integrato Sociale e Sanitario regionale 2019-2020 e la programmazione territoriale**  
*Riccardo Nocentini, Regione Toscana*
- 12.30 **Coprogettazione nei servizi in Toscana**  
*Stefano Lomi, Regione Toscana*

Segreteria organizzativa c/o Istituto degli Innocenti  
email: [formazione@istitutodeglinnocenti.it](mailto:formazione@istitutodeglinnocenti.it)  
telefono: 0552037 255/359



**Crescere Insieme**  
Formarsi insieme



Istituto degli Innocenti



# Promuovere le competenze genitoriali: il lavoro in équipe multiprofessionali per il supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità

**Area Vasta Nord-Ovest – Modulo 2**  
**Pontedera, martedì 21 gennaio 2020**

Aula 7 del Polo Didattico Universitario Daniela Donati, Viale Rinaldo Piaggio, n. 86

Programma

- 9.30 **Saluti e introduzione ai lavori**
- 10.00 **Il lavoro di équipe integrata nel percorso di sostegno alla nascita e alla genitorialità**  
*Mauro Maccari e Anna Ajello, Regione Toscana*
- 10.30 **Progettualità e pratiche innovative nell'area del sostegno alla maternità e alla genitorialità**  
*Rosa Maranto, Responsabile U.F. Attività Consultoriali della Zona-Distretto Livornese*  
*Grazia Fazzino, Responsabile U.F. Attività Consultoriali della Zona-Distretto Valdera*
- 11.30 **Il contesto integrato dei servizi e degli interventi: indicatori e profili zonali**  
*Roberto Ricciotti, Istituto degli Innocenti e Manila Bonciani, Mes Management e Sanità*
- 12.30 **Confronto e discussione**
- 13.00 **Pausa Pranzo**
- 14.00 **Approcci integrati per la definizione del modello di intervento multiprofessionale**  
*Maurizio Polieri, e Mariagiulia Mannocci, Formatori Programma PIPPI e Operatore di area sanitaria*
- 15.15 **Conclusioni**

**Area Vasta Sud-Est - Modulo 2**  
**Siena, mercoledì 22 gennaio 2020**

Sala Aurora, presso il palazzo della Provincia, P.zza Duomo n. 9

Programma

- 9.30 **Saluti e introduzione ai lavori**
- 10.00 **Il lavoro di équipe integrata nel percorso di sostegno alla nascita e alla genitorialità**  
*Mauro Maccari e Anna Ajello, Regione Toscana*
- 10.30 **Progettualità e pratiche innovative nell'area del sostegno alla maternità e alla genitorialità**  
*Tonina Michela Tanda, Psicologa psicoterapeuta U.F. Attività Consultoriale Arezzo*  
*Silvia Dragoni, Assistente sociale U.F. Attività Consultoriale Arezzo*
- 11.30 **Il contesto integrato dei servizi e degli interventi: indicatori e profili zonali**  
*Roberto Ricciotti, Istituto degli Innocenti e Manila Bonciani, Mes - Management e Sanità*
- 12.30 **Confronto e discussione**
- 13.00 **Pausa Pranzo**
- 14.00 **Approcci integrati per la definizione del modello di intervento multiprofessionale**  
*Angela Vignozzi e Valeria Armentano, Formatori Programma PIPPI e Operatore di area sanitaria*
- 15.15 **Conclusioni**



**Crescere Insieme**  
Formarsi insieme



# Promuovere le competenze genitoriali: il lavoro in équipe multiprofessionali per il supporto alle famiglie in situazione di vulnerabilità

**Area Vasta Nord-Ovest - Modulo 3**

**Pontedera, martedì 18 febbraio 2020**

Aula 7 del Polo Didattico Universitario Daniela Donati, Viale Rinaldo Piaggio, n. 86

Programma

9.30 **Saluti e introduzione ai lavori**

10.00 **Prevenzione, Promozione e Protezione: gli indirizzi regionali**

*Lorella Baggiani, Regione Toscana*

10.30 **Salute mentale e famiglie: gli indirizzi regionali**

*Mirta Gonnelli, Regione Toscana*

*Roberto Leonetti, Consulente Regione Toscana Salute Mentale Infanzia e adolescenza*

11.00 **Progettualità e pratiche innovative per il sostegno alla genitorialità ed il benessere delle famiglie**

*Bianca Rita Berti, Salute mentale ASL Nord-Ovest*

*Donatella Giovannetti, Società della Salute Pistoiese e Matilde Senesi, Università degli studi di Firenze*

*Maria Letizia Ciompi, Centro Adozioni Area Vasta Nord-Ovest Pisa*

12.30 **Conclusioni**

**Area Vasta Sud-Est - Modulo 3**

**Siena, mercoledì 19 febbraio 2020**

Sala Aurora, presso il palazzo della Provincia, P.zza Duomo n. 9

Programma

9.30 **Saluti e introduzione ai lavori**

10.00 **Prevenzione, Promozione e Protezione: gli indirizzi regionali**

*Lorella Baggiani, Regione Toscana*

10.30 **Salute mentale e famiglie: gli indirizzi regionali**

*Mirta Gonnelli, Regione Toscana*

*Roberto Leonetti, Consulente Regione Toscana Salute Mentale Infanzia e adolescenza*

11.00 **Progettualità e pratiche innovative per il sostegno alla genitorialità ed il benessere delle famiglie**

*Paola Manna e Susanna Giaccherini, Salute mentale ASL Sud-Est*

*Maurizio Tempestini, Comune di Pistoia, e Matilde Senesi, Università degli Studi di Firenze*

*Simona Viani, Centro Adozioni Area Vasta Sud-Est Siena*

12.30 **Conclusioni**



## Allegato 2

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

	<b>GRIGLIA INTERVISTA SOCIALE PERCORSO NASCITA UF CONSULTORIALE LIVORNO</b>	
---	---	--

### SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE

- Genitore tossicodipendente
- Genitore alcolista
- Genitore detenuto
- Genitore con malattia cronica invalidante
- Famiglia monoparentale
- Istruzione della madre uguale o inferiore alla 5° elementare
- Età della madre uguale o inferiore a 20 anni
- Assenza di relazioni affettive significative e stabili
- Inadeguato supporto familiare e sociale
- Presenza di rapporti conflittuali con la famiglia di origine
- Recente immigrazione/ scarsa conoscenza della lingua

### CONDIZIONE ECONOMICA E LAVORATIVA

- Disoccupazione
- Assenza di risorse economiche stabili
- Assenza di un lavoro stabile
- Condizioni economiche precarie

### CONDIZIONI ABITATIVE

- Assenza di risorse abitative stabili (occupanti senza diritto, ospiti di parenti ed amici)
- Presenza di sfratto esecutivo
- Attivazione percorsi di emergenza abitativa
- Alto indice di affollamento abitativo (persone/vani > 1)
- Condizioni igieniche precarie

### SITUAZIONE CON IL PARTNER

- Assenza del partner
- Conflittualità con il partner
- Difficoltà di relazione con il partner
- Episodi di violenza ed eventuali relazioni/modifiche con la gravidanza
- Scarsa condivisione del carico e delle responsabilità familiari

### RELAZIONE CON IL SERVIZIO

- Relazione con gli Operatori
- Conoscenza del Servizio e dei percorsi offerti
- Chiarezza delle informazioni ricevute

NOTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Allegato 3

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		
	<b>TRACCIA INTERVISTA SOCIALE PERCORSO NASCITA UF CONSULTORIALE LIVORNO</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gli accertamenti sanitari previsti dal libretto regionale di gravidanza sono stati effettuati con regolarità? Se sono stati effettuati in modo discontinuo per quali motivi? _____</li><li>• Attualmente svolge attività lavorativa? Sì, <i>in che tipo di attività e in che ruolo?</i> No, <i>perché?</i> _____</li><li>• Come trascorre attualmente le sue giornate? _____</li><li>• Ha interessi particolari e/o hobby, passioni? Pratica Sport? _____</li><li>• Rispetto alle proprie abitudini di vita è cambiato qualcosa da quando ha scoperto di essere incinta? _____</li><li>• Si sono verificate difficoltà e imprevisti durante la gravidanza e/o il parto? (<i>specificare</i>) _____</li><li>• Come ha affrontato tali difficoltà? (<i>indicare eventuali persone o supporti di riferimento</i>) _____</li><li>• In caso di necessità può contare sulla sua famiglia di origine? _____</li><li>• Ha buoni amici che la sostengono? _____</li><li>• Pensando al rapporto con il suo partner quale aggettivo utilizzerebbe per descriverlo? _____</li><li>• Secondo lei la gravidanza ha influenzato il vostro rapporto di coppia? Se sì in che modo? _____</li><li>• Sono presenti conflitti nel vostro rapporto di coppia? _____</li><li>• Si sente controllata dal suo partner? _____</li><li>• Si sente amata dal suo partner? _____</li><li>• Rispetto all'organizzazione dei Servizi saprebbe indicare quali aspetti ritiene siano stati positivi e quali invece vorrebbe migliorare? _____</li><li>• Rispetto alla relazione con gli Operatori come si è sentita? _____</li><li>• Si è sentita da loro accolta, rassicurata, accompagnata o ha incontrato difficoltà? (<i>quali</i>) _____</li><li>• Rispetto alle informazioni ricevute dagli Operatori ritiene che sono state sufficientemente chiare? _____</li><li>• Che tipo di aspettative nutre rispetto al percorso nascita? _____</li><li>• Pensa che fino ad oggi le sue aspettative iniziali siano state soddisfatte? _____</li></ul>		

## Allegato 4

	<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b> <b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b> <b>Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO</b>	PA_ACO.001 Rev. 0 del 05/06/2018 Pag. 1 di 7
---	---	---

## Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO

Redatto	Verificato	Approvato	Controllato
Coordinatore Gruppo di Lavoro Responsabile UF Consultoriale VDE- Psicologa Dirigente  <i>Dott.ssa Grazia Fazzino</i>	<b>VERIFICA TECNICA</b>  Direttore UO Psicologia <i>Dott. Enrico Salvi</i>  Direttore UOC Professione Ostetrica <i>Dott.ssa Marta Lupetti</i>	Responsabile Area Consultoriale <i>Dott.ssa Rosa Maranto</i>	FQS
	<b>VERIFICA FORMALE</b> <i>Resp. f.f. UOC Qualità e Accreditamento</i> <i>Ing. Fulvio Bessi</i>		

	<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b> <b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b> <b>Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO</b>	PA_ACO.001 Rev. 0 del 05/06/2018 Pag. 2 di 7
---	---	---

#### ELENCO ALLEGATI

Allegato 1: Check list fattori di rischio psico-sociale in gravidanza e in puerperio  
Allegato 2: Scheda sintetica esiti strumenti valutazione rischio psichico in gravidanza e in puerperio

.....

#### SOMMARIO

<b>1. SCOPO/OBIETTIVI .....</b>	<b>2</b>
<b>2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI (ORDINE ALFABETICO).....</b>	<b>3</b>
<b>4. CONTENUTI/DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ OPERATIVE .....</b>	<b>4</b>
<b>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/ MAPPA DEI PROCESSI/DIAGRAMMA DI FLUSSO .....</b>	<b>6</b>
<b>6. PAROLE CHIAVE .....</b>	<b>7</b>
<b>7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI .....</b>	<b>7</b>
<b>8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ESTERNI .....</b>	<b>7</b>
<b>9. DISTRIBUZIONE .....</b>	<b>7</b>
<b>10. GRUPPO DI REDAZIONE/VERIFICA .....</b>	<b>7</b>

.....

#### 1. Scopo/obiettivi

Il percorso assistenziale denominato **valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico terapeutico - assistenziale in gravidanza e puerperio** all'interno dei Consultori familiari ATNO è stato individuato in quanto percorso a forte impatto sulla qualità assistenziale degli interventi e dei suoi esiti rispetto alla finalità di prevenzione e cura del disagio psichico della madre e della relazione madre- bambino. Gli studi più recenti e le recenti Linee guida nazionali e internazionali *Antenatal and postnatal mental health*, dal report *Saving Lives, Improving Mothers' Care*, ma anche dal sistema di sorveglianza della mortalità materna dell'Istituto Superiore di Sanità ItOSS (*Italian Obstetric Surveillance System*), evidenziano le conseguenze degli stati emotivi materni, in particolare ansia e depressione, sullo sviluppo del sistema nervoso fetale, sul decorso della gravidanza, sulle complicanze ostetriche e sullo sviluppo psicomotorio del bambino. Oltre alle trasformazioni sul piano biologico, la maternità implica nuovi equilibri riguardo all'identità di coppia e sociale nonché una ri-definizione dell'identità individuale. Ogni gravidanza mette in discussione gli equilibri precedenti e porta con sé il pericolo di uno scompensamento, configurandosi come una fase di potenziale vulnerabilità (Dabrassi 2008).

	<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b> <b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b> <b>Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO</b>	PA_ACO.001 Rev. 0 del 05/06/2018 Pag. 3 di 7
---	---	---

Da ciò deriva l'importanza del riconoscimento, la presa in carico e il trattamento dei disturbi psichici in epoca perinatale perché tali azioni diagnostiche e terapeutiche possono modificare gli esiti di salute della madre, del neonato e del nucleo familiare. In contrasto con la diffusa tendenza dei professionisti a focalizzare l'attenzione solo sulle condizioni fisiche del feto e della madre, la linea guida *Antenatal and postnatal mental health* definisce la valutazione dello stato di salute psichica della donna un elemento fondamentale dell'assistenza perinatale; i professionisti dovrebbero essere consapevoli della necessità di rilevare con modalità empatiche, sia al momento della presa in carico iniziale che durante le consultazioni successive:

1. l'atteggiamento della donna/coppia verso la gravidanza
2. la presenza di una rete sociale/familiare
3. l'uso di alcool/sostanze d'abuso
4. la qualità delle relazioni interpersonali della donna
5. eventuali condizioni di isolamento sociale e abitativo, abuso e violenza domestica
6. condizione lavorativa, economica, condizione di migrazione
7. condizione di impegno in attività di assistenza verso familiari non autosufficienti
8. la relazione madre-bambino in gravidanza e in puerperio.

La presenza di malattie psichiatriche o trattamenti farmacologici attuali o pregressi, oltre che la familiarità di primo grado per disturbi psichiatrici perinatali, rende opportuno l'invio a valutazione specialistica e l'attivazione della rete assistenziale multiprofessionale. Questa condizione deve essere valutata come elemento di rischio per l'insorgenza di un disturbo psichiatrico grave nel postpartum.

Il PA si pone gli **obiettivi** di

- individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale
- sviluppare ambulatori/sportelli di consultazione psicologica in gravidanza e puerperio nei Consultori Familiari
- effettuare una valutazione del rischio psichico da parte degli psicologi consultoriali attraverso strumenti standardizzati con verifica degli esiti degli interventi

## 2. Campo di applicazione

UUFF Consultoriali della Azienda Toscana Nordovest

## 3. Abbreviazioni/definizioni (ordine alfabetico)

ATNO = Azienda Toscana Nordovest

CAN= Corso di accompagnamento alla nascita

FQS= Facilitatore Qualità e Sicurezza

IPV = Intimate Partner Violence (violenza nel rapporto di coppia)

MMG =Medico medicina generale

PA= Percorso assistenziale

PLS= Pediatra libera scelta

U.F. = Unità Funzionale



**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

**PERCORSO ASSISTENZIALE**

**Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO**

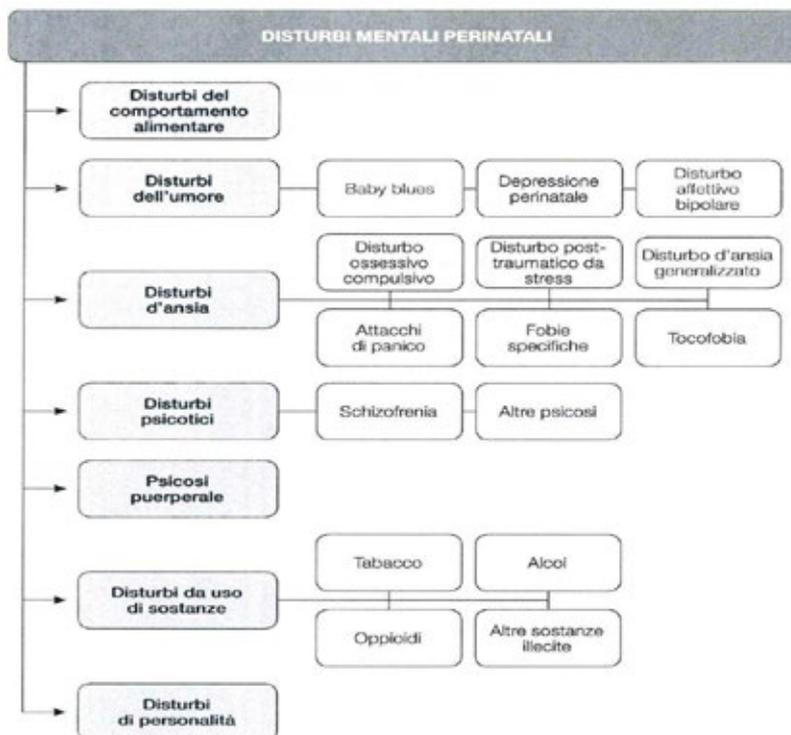
PA\_ACO.001  
Rev. 0  
del 05/06/2018  
Pag. 4 di 7

**4. Contenuti/Descrizioni delle attività/Modalità operative**

**4.1 Psicologia e psicopatologia in gravidanza e nel Post partum fino al 1° anno di vita del bambino**

All'interno del ciclo di vita familiare l'arrivo di un bambino è per la coppia e per la famiglia uno dei periodi caratterizzato da maggiori cambiamenti. In questo vortice di cambiamenti e di responsabilità gran parte delle neomamme manifesta una condizione di benessere psicologico con elementi di sofferenza emotiva transitoria e circoscritta (Green e Kafetsios, 1997). Queste reazioni psicologiche possono però talvolta assumere connotati patologici. La nascita di un figlio è infatti un evento complesso che coincide con rapide modificazioni biologiche, sociali e psicologiche e corrisponde ad una crisi individuale che richiede notevoli capacità di adattamento psicologico e di riorganizzazione delle relazioni interpersonali e di coppia.

Una tale situazione di cambiamento può talvolta determinare numerose manifestazioni psicopatologiche che, in riferimento a Paschetta et al. (2014), possono essere graficamente così riassunte:



Da ciò deriva l'esigenza di impostare e sviluppare all'interno dei Consultori Familiari una attività di rilevazione del disagio psichico in gravidanza e in puerperio e un'offerta attiva di consultazione psicologica per valutare lo stato psichico con particolare attenzione alle manifestazioni delle condizioni di disagio più frequenti in questa popolazione: la sintomatologia depressiva, ansiosa, la qualità del legame genitoriale il

	<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b> <b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b> <b>Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO</b>	PA_ACO.001 Rev. 0 del 05/06/2018 Pag. 5 di 7
---	---	---

sostegno sociale, l'attaccamento prenatale, oltre che l'andamento della gravidanza, lo stato di salute, gli eventi di vita e le relazioni interpersonali.

Infatti i risultati delle ricerche più recenti richiamano l'attenzione sulla rilevanza di programmi di screening e di interventi di supporto a partire dalla gravidanza e non solo in puerperio. La ricerca neuro-psicologica di queste ultime decenni ha dimostrato quanto la relazione madre/neonato sia fondante del futuro sviluppo del bimbo e come questa dipenda dal grado di salute psichica della donna nonché dal supporto che essa può ricevere dal contesto familiare e assistenziale. La donna pertanto, per la sua stessa salute e per il futuro psichico del bimbo, ha bisogno di essere psichicamente aiutata durante tutto il periodo perinatale attraverso interventi di sostegno diversificati di dimostrata efficacia.

#### **4.2 Descrizione ed analisi del problema**

I risultati delle ricerche più recenti richiamano l'attenzione sulla rilevanza di programmi di screening e di interventi di supporto a partire dalla gravidanza e non solo in puerperio. La maggior parte degli studi indica che l'attaccamento materno-fetale aumenta progressivamente con il progredire della gravidanza, in particolare a partire dal secondo trimestre di gestazione con la percezione dei primi movimenti fetali. (Imbasciati-Cena 2015)

#### **4.3 Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza psicologica nel pre e nel post partum**

L'attività di screening si declina attraverso l'accesso alla consultazione individuale in gravidanza o in puerperio su richiesta volontaria e su invio, sulla base di una prima rilevazione del rischio, dei professionisti interni del Consultorio e del Punto Nascita o di professionisti esterni (MMG, Pediatri LS.).

**4.3.1 Riconoscimento precoce** delle difficoltà e delle situazioni di rischio, quali disturbi psichici/ psichiatrici, disturbi da uso di sostanze, violenza di coppia (IPV) / domestica da parte dell'ostetrica e delle altre figure consultoriali che entrano in contatto con la gestante e/o partner dalla fase preconcezionale in poi (visite preconcezionali, consegna libretto gravidanza, CAN, visite ostetriche- ginecologiche in gravidanza, colloqui, consulenze, invii da altri Servizi). I fattori di rischio psico-sociale, su cui richiamare l'attenzione durante i vari contatti degli Operatori con la gestante/puerpera, sono riportati nell'Allegato 1 che può eventualmente essere anche utilizzato come strumento di rilevazione del rischio (in particolare, per il rischio depressivo, le domande di Whooley, due items del test PHQ-9).

**4.3.2 Inquadramento psicologico** per il riconoscimento delle situazioni di disagio psichico attraverso un'attività di consultazione psicologica a carattere diagnostico. Possono essere utilizzati a tale scopo, a giudizio dello psicologo, strumenti diagnostici validati come riportato a titolo esemplificativo nell'allegato 2.

**4.3.3 Presa in carico** durante la gravidanza da parte dei diversi professionisti coinvolti nei diversi setting con interventi differenziati in base al livello di rischio

**4.3.4 Prosecuzione Presa in carico in post partum** ed entro il 1 anno di vita del bambino o avvio presa in carico in puerperio attraverso programmi personalizzati

#### **4.4 Processi operativi di monitoraggio**

Alla luce della normativa di riferimento (L.R. 51/2009, DPGR n.79/R 2016 e DGRT n.108 e 110 /2017), in materia di qualità della sicurezza e delle cure, all'interno delle singole strutture UU.FF. Consultoriali di

	<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b> <b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b> <b>Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO</b>	PA_ACO.001 Rev. 0 del 05/06/2018 Pag. 6 di 7
---	---	---

Zona vengono definite e declinate le modalità operative che consentano l'applicazione di quanto previsto nel presente percorso assistenziale.

Ai fini del corretto monitoraggio della applicazione del PA il professionista psicologo procede con regolarità:

- o alla corretta registrazione nella cartella sanitaria individuale cartacea/elettronica della attività clinico-diagnostica effettuata
- o alla indicazione degli strumenti diagnostici utilizzati
- o dell'esito della valutazione evidenziando se sono stati rilevati elementi di rischio e/o di patologia psichica e quale grado
- o alle registrazione delle indicazioni terapeutiche ed assistenziali coerenti con quanto emerso dalla attività diagnostica
- o alla definizione del piano di monitoraggio degli interventi effettuati
- o alla verifica e monitoraggio degli esiti

I soggetti individuati per l'esecuzione della verifica sono gli FQS ed il personale delegato alla compilazione delle schede di monitoraggio. Gli FQS producono la Relazione di verifica da sottoporre al Responsabile UF che attesti l'avvenuta verifica ed i risultati ottenuti sulla base del monitoraggio con indicazione del percorso assistenziale sottoposto a verifica, della composizione e dimensione della casistica analizzata e le risultanze emerse (in termini percentuali ed assoluti) oltre alle considerazioni conclusive del gruppo di verifica.

Il Responsabile UF sottopone ad analisi critica il percorso assistenziale con le eventuali osservazioni e azioni di miglioramento. Tale analisi viene condivisa in occasione delle periodiche riunioni di Area con il Responsabile del Percorso Multidisciplinare Area Consultoriale e con il Responsabile UO Psicologia. Sulla base delle risultanze emerse da tale attività di analisi, si può confermare il Percorso Assistenziale in uso o proporre eventuali modifiche necessarie.

#### 5. Matrice delle Responsabilità/ Mappa dei processi/Diagramma di flusso

Matrice delle Responsabilità

Fase	Psicologo Consultorio	Operatore Consultorio	Responsabile UF	FQS	Responsabile UO Psicologia	Responsabile Area
Individuazione situazioni a rischio	R	R				
Inquadramento psicologico	R					
Definizione programmi personalizzati	R	C				
Presa in carico	R	R				
Monitoraggio esiti trattamento	R		I		I	
Diffusione PA	I	I	R	C	C	

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST****PERCORSO ASSISTENZIALE**
**Valutazione psicologica del rischio psichico e presa in carico in gravidanza e puerperio all'interno dei Consultori Familiari ATNO**

 PA\_ACO.001  
 Rev. 0  
 del 05/06/2018  
 Pag. 7 di 7

Monitoraggio PA	C		I	R		
Analisi della Direzione			R	C	I	I
Analisi complessiva e verifica PA			C		C	R

**6. Parole chiave**

Relazione madre-bambino, Disagio psichico, screening, diagnosi precoce, trattamento psicologico

**7. Documenti di riferimento interni**

//

**8. Documenti di riferimento Esterni**

- L.R. 51/2009
- DPGR n.79/R 2016
- DGRT n.108 e 110 /2017
- Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità- Accordo Conferenza Stato-Regioni 21/12/2017 - DOCUMENTO TECNICO AREE PROGETTUALI FINANZIABILI CON IL FONDO DI CUI AL DPCM 15 NOVEMBRE 2016 ART.1 LETTERA a) PER LE MISURE AFFERENTI ALLA DIAGNOSI, CURA E ASSISTENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM
- Bibliografia sull'argomento

**9. Distribuzione**

Gli strumenti di indirizzo clinico-terapeutico e assistenziale adottati dalla Struttura sono diffusi a tutto il Personale attraverso modalità individuate dal Responsabile UF e soggette a monitoraggio (es. riunioni di UF e relativi verbali - *requisito Accreditamento 5.1.COM.7 Diffusione dei Protocolli*)

**10. Gruppo di redazione/verifica**

Grazia Fazzino  
 Gianna Battini  
 Antonella De Cesari  
 Patrizia Fistesmaire

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

	<b>Check list fattori di rischio psico-sociale in gravidanza e in puerperio</b>	All. n. 1 Rev. 0 del 16/05/2018 Pag. 1
---	---	---

	SI	NO
<b>Fattori di rischio generale</b>		
Età della donna sotto i 20 anni		
Assenza di risorse economiche e abitative stabili		
Assenza di relazioni affettive/significative stabili		
Uso/ Dipendenza da sostanze psicotrope		
Malattie psichiatriche pregresse o in atto		
Familiarità psichiatrica		
Malattie fisiche debilitanti, croniche o invalidanti		
Malattie organiche del bambino		
<b>Fattori di rischio in gravidanza</b>		
Vulnerabilità ormonale (Sindrome premestruale- Disturbo Disforico Premestruale)		
Familiarità positiva per disturbi psichiatrici		
Gravidanza non programmata e/o non desiderata		
Difficoltà di relazione con il partner		
Inadeguato supporto familiare e sociale		
Recenti eventi di vita stressanti		
Lutto ed esperienze traumatiche		
Complicazioni nello sviluppo del feto, precedenti aborti e MEF, disabilità di altri figli		
<b>Fattori di rischio per violenza domestica</b>		
Precedenti visite mediche per lesioni		
Storia di abuso o violenze		
Visite ripetute in assenza di condizioni fisiche e psichiche che le giustificano (oltre la violenza)		
Dolore pelvico cronico, mal di testa, vaginiti		
Storia di depressione, uso di sostanze, tentativi di suicidio, ansia		
<b>Fattori di rischio per MGF</b>		
Provenienza da paese a tradizione escissoria della donna e/o nel caso di minore della madre e/o del padre		
Madre e/o sorella/e sottoposte a pratica MGF		
Partner proveniente da paesi a rischio		

<b>Domande di Whooley</b>	SI	NO
Durante l'ultimo mese le è capitato spesso di sentirsi giù di morale, depressa o senza speranza?		
Durante l'ultimo mese le è capitato spesso di avvertire scarso interesse o piacere nel fare le cose?		



	<b>Scheda sintetica esiti strumenti valutazione rischio psichico in gravidanza e in puerperio</b>	All. n. 2 Rev. 0 del 16/05/2018 Pag. ____
---	---	--

**Scheda VALUTAZIONE PSICOLOGICA donne in Puerperio**

TEST	Punteggio	TOT OTTENUTO	CUT- OFF
MSSS	6-30		6-18=BASSO LIVELLO 19-24= INTERMEDIO > 24 ADEGUATO

livello di supporto sociale

TAS- 20	20-100		52-60= POSSIBILE ALESSITIM. ≥61 = ALESSITIMIA
---------	--------	--	--

EPDS	> 10
------	------

PBI	MADRE ACCUDIMENTO = /36 IPERPROTETTIV = /39	MADRE ACCUDIMENTO=27 IPERPROTETTIVITÀ = 14
	PADRE ACCUDIMENTO =/36 IPERPROTETTIV= /39	PADRE ACCUDIMENTO=24 IPERPROTETTIVITÀ = 13

MADRE:  
PADRE:

PSI	percentile
	<b>distress genitoriale:</b> Il livello di stress che il genitore sta sperimentando nel suo ruolo genitoriale, inteso come derivante da fattori personali direttamente collegati a tale ruolo risulta .....
	<b>interazione genitore bambino:</b> risulta/ non risulta disfunzionale : il bambino viene/ non viene percepito come non rispondente alle proprie aspettative e è / non è avvertito come un elemento negativo nella propria vita.
	<b>bambino difficile:</b> la bambina sembra/ non sembra avere un temperamento difficile che lo rende difficile da gestire.
Il livello <b>totale</b> di stress dovuto al ruolo genitoriale <b>rientra nella norma/è elevato</b>	

STAI Y 2	20-80	Punteggio grezzo	Percentile
----------	-------	------------------	------------

Ansia di tratto: **ELEVATA/NELLA NORMA**

Data \_\_\_\_\_ Paziente n.cartella : \_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome Psicologo/a che ha effettuato la valutazione \_\_\_\_\_

## Allegato 5

<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b>		LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 1 di 8
	<b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b>	

## LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITÀ GENITORIALI

Redatto	Verificato	Approvato	Controllato
Coordinatore Gruppo di Redazione  Responsabile Percorso Multidisciplinare Area Consultoriale Dipartimento Sanità Territoriale  <i>Dott.ssa Rosa Maranto</i>	<b>VERIFICA TECNICA</b> Direttori UU.OO.CC. Psicologia  <i>Dott. Nicola Artico</i>  <i>Dott. Enrico Salvi</i>  <i>Dott. Fabio Celi</i>  Direttore UOC Assistenza Sociale  <i>Dott.ssa Raffaella Barbieri</i>	Dipartimento Sanità Territoriale <i>Dott. Fabio Michelotti</i>  Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze <i>Dott. Roberto Sarlo</i>  Dipartimento Servizi Sociali, Non Autosufficienza e Disabilità <i>Dott.ssa Laura Brizzi</i>	FQS
	<b>VERIFICA FORMALE</b> Qualifica UO/Struttura organizzativa <i>Dott. Pierluigi Vecchio</i>		

	<b>AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</b> <b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI</b> <b>VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b>	LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 2 di 8
---	--	---

#### ELENCO ALLEGATI

//

#### SOMMARIO

<b>1. SCOPO/OBIETTIVI .....</b>	<b>3</b>
<b>2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI.....</b>	<b>3</b>
<b>4. MODALITÀ OPERATIVE .....</b>	<b>4</b>
<b>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>6</b>
<b>6. PAROLE CHIAVE .....</b>	<b>7</b>
<b>7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI.....</b>	<b>7</b>
<b>8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ESTERNI.....</b>	<b>7</b>
<b>9. DISTRIBUZIONE.....</b>	<b>8</b>
<b>10.GRUPPO DI REDAZIONE/VERIFICA .....</b>	<b>8</b>

.....

#### Premessa

La valutazione delle capacità genitoriali è un'attività maturata in un'area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi del Servizio sociale professionale, della psicologia clinica e dello sviluppo, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica. Intesa in senso ampio riguarda i genitori, la famiglia più estesa e il/i bambino/i e la loro relazione, particolarmente delicata e complessa, le relazioni con il contesto sociale.

La valutazione delle funzioni genitoriali richiesta dall'Autorità Giudiziaria, nell'ambito di un processo per la tutela del minore, è una attività di consulenza a titolo di collaborazione interistituzionale. In considerazione della complessità del tema oggetto, il Servizio Sociale, a cui compete la titolarità della funzione di protezione e tutela dei minori, si avvale dei diversi Servizi Aziendali e si integra con essi( UFSMA/SMIA, Ser.D, Consultorio).

La valutazione avviene in un contesto "coattivo" non richiesto dai genitori; oltre i casi in cui la valutazione delle capacità genitoriali è rivolta a determinare le modalità dell'affidamento dei figli legittimi o naturali nei procedimenti separativi, tre sono le ipotesi graduate in relazione alla gravità della situazione in cui si tratta di determinare la capacità dei genitori:

- 1) minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo quando i genitori o gli altri familiari interessati sono in grado di collaborare con i servizi socio sanitari
- 2) casi in cui uno o entrambi i genitori violano più o meno gravemente i doveri parentali o tengono una condotta comunque pregiudizievole per il minore
- 3) minore in stato di abbandono, e cioè privo di assistenza morale e materiale anche da parte dei membri della famiglia estesa

La valutazione delle funzioni genitoriali prevede anche la valutazione delle reali possibilità di cambiamento del/dei genitori e per questo motivo si rileva l'opportunità che il processo di valutazione e quello di cura siano separati, favorendo una organizzazione con distinzione funzionale tra il momento valutativo e quello della presa in carico da parte dei diversi Servizi secondo le specifiche competenze.

La valutazione delle competenze genitoriali è una funzione trasversale della linea professionale Psicologia nelle sue articolazioni organizzative e del Servizio Sociale Professionale e non prerogativa di un unico Servizio.

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

	<b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b>	LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 3 di 8
---	---	---

Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" art.24, assegna al Consultorio un ruolo specifico riguardo l'attività di consulenza, prevenzione e assistenza ai minori e alle famiglie nonché i rapporti con il Tribunale dei Minori e i relativi adempimenti connessi.

Alle Strutture Organizzative della Salute Mentale e delle Dipendenze compete, nel proprio specifico ambito, la presa in carico diagnostica, terapeutico e riabilitativa. Tali Strutture hanno inoltre tra i loro compiti la consulenza specialistica e la collaborazione con i servizi distrettuali territoriali.

La normativa vigente attribuisce al Servizio Sociale Professionale la titolarità giuridica delle funzioni di tutela minorile e prevede il pieno coinvolgimento di Servizi delle UU.FF Consultoriale, della Salute mentale Infanzia e Adolescenza in presenza di un disturbo psicopatologico del minore della Salute mentale Adulti (UFSMA) e SerD, anche nella fase valutativa attraverso la presenza dei vari specialisti delle suddette Strutture .

Emerge quindi l'importanza delle diverse Strutture Funzionali sul tema e l'opportunità di favorirne il coinvolgimento attraverso una modalità di collaborazione strutturata.

**1. Scopo/obiettivi**

Definire e disciplinare, attraverso l'integrazione operativa dei profili sociali e sanitari, i percorsi multidisciplinari tra gli operatori dei Dipartimenti Sanità Territoriale (Area Consultoriale), Salute Mentale e Dipendenze, Servizio Sociale, nel caso di richieste di "Valutazioni delle Capacità genitoriali" su mandato della Procura presso il Tribunale per i Minorenni, del Tribunale per i Minorenni e/o del Tribunale Ordinario.

In base alle premesse si intende attivare un modello operativo che preveda un'equipe multidisciplinare denominata Unità di Valutazione per Minori (UVMi) composto da Assistenti Sociali e Psicologi provenienti da diverse Strutture Funzionali e che si avvale di tutte le consulenze specialistiche necessarie a rispondere al quesito.

**2. Campo di applicazione**

Le linee di indirizzo troveranno applicazione, in relazione alle specifiche peculiarità delle Zone, da parte delle seguenti Strutture Funzionali

- UF Consultoriale
- UFSMIA
- UFSMA
- UFSerD
- UF Servizi Sociali, Non autosufficienza e Disabilità

**3. Abbreviazioni/definizioni**

UVMi : Unità di Valutazione per Minori

UF: Unità Funzionale

SAS: Servizio Assistenza Sociale

SerD: Servizio Dipendenze

SMA: Salute mentale adulti

SMIA: Salute mentale Infanzia e Adolescenza

CTU: Consulente Tecnico di Ufficio

**Genitorialità:** l'insieme di comportamenti che rendono il caregiver capace di mantenere una relazione caratterizzata da protezione e sostegno adeguati ad accompagnare la crescita del proprio figlio. La genitorialità è un costrutto complesso, il cui sviluppo avviene nel corso del tempo come esito dell'interazione di parametri personali individuali, cognitivi, emotivi e relazionali, che incidono sul processo di accudimento e

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

	<b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b>	LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 4 di 8
---	---	---

quindi sul processo di sviluppo del bambino. La capacità genitoriale non è riducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma comprende anche un'adeguata competenza relazionale e sociale. La valutazione non concerne quindi gli adulti in quanto tali, ma nelle relazioni con i figli ed è specificatamente focalizzata sull'area della genitorialità, aspetto distinto della personalità degli adulti, ma che può comunque esser influenzata dalla presenza di un disturbo della sfera psichica e/o dall'uso-abuso di sostanze di uno o entrambi i genitori. La letteratura infatti é concorde nel ritenere che il funzionamento mentale dei genitori con psicopatologia abbia un impatto negativo sulla salute e il benessere dei bambini (Mowbray et al. 2004, Reupert et al. 2007), i quali sembrano avere, rispetto al gruppo di controllo, il doppio delle possibilità di sviluppare un disturbo psichico durante l'infanzia (Gopfert et al. 2004), l'adolescenza e l'età adulta (Maybery e Reupert 2006). La valutazione si focalizza comunque non sulla pervasività del disturbo, ma sull'impatto che il disturbo ha nella relazione con il/i figli.

#### **4. Modalità operative**

Affinché vengano adeguatamente valutate le capacità genitoriali e analizzate le diverse forme di manifestazione di disagio dei bambini, dei genitori e della loro relazione , ma anche perché vengano evidenziate, se presenti, le risorse di quel contesto relazionale e familiare , le Linee di indirizzo introducono, attraverso l'UVMi, la metodologia di lavoro di equipe integrato nelle diverse fasi del percorso.

##### **4.1 Funzioni dell'UVMi**

Le richieste che l'UVMi dovrà affrontare fanno specifico riferimento a quesiti della Procura presso il Tribunale per i Minorenni, del Tribunale dei Minori o del Tribunale Ordinario che riguardano la "Valutazione delle Capacità Genitoriali" con lo scopo di una adeguata valutazione/diagnosi ed una gradazione delle suddette funzioni che potranno essere pienamente presenti, parzialmente presenti, o presenti in modo del tutto insufficiente per l'esercizio della gestione del minore. L'UVMi dovrà inoltre correlativamente fornire le indicazioni ai Tribunali sul tipo di interventi necessari per l'eventuale riparazione o sostegno o migliore espressione delle funzioni genitoriali in esame.

La Valutazione delle Capacità Genitoriali rientra nella competenza dell'UVMi nei seguenti casi:

- decreto/ ordinanza del Tribunale per i Minorenni, nel quale si dispone la valutazione delle capacità genitoriali;
- richiesta di valutazione delle capacità genitoriali proveniente dal Tribunale Ordinario per l'affido e il collocamento dei minori in situazioni di separazione conflittuale;
- mandato d'indagine socio-familiare da parte della Procura presso il Tribunale per i Minorenni e del Tribunale per i Minorenni (nuova utenza, utenza già in carico agli operatori dei Servizi territoriali) qualora il SAS faccia all'UVMi una esplicita e motivata richiesta sugli aspetti delle capacità genitoriali

In tale attività di valutazione vanno distinti due aspetti fondamentali, non sovrapponibili:

1. la valutazione delle competenze genitoriali, che ha lo scopo di ricercare e chiarire le condizioni di partenza, fa parte di un processo precoce del processo di intervento, in cui si verifica la capacità di un genitore di riconoscere il rischio di danno o il danno subito dal figlio e di accettare un aiuto in un contesto non prescrittivo;
2. la valutazione della recuperabilità, che è un processo dinamico con lo scopo di verificare la motivazione, responsabilità, modificabilità di un genitore a fronte di interventi volti al cambiamento.

##### **4.2 Composizione dell'UVMi**

L'UVMi è composta dalle seguenti figure professionali:

- Assistente Sociale UF Servizio Sociali, Non autosufficienza e Disabilità
- Psicologo UF Consultoriale
- Psicologo UFSMIA
- Psicologo UFSerD

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

	<b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b>	LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 5 di 8
---	---	---

- Psicologo UFSMA
- Assistente Sociale, in proiezione in funzione dei singoli casi e in riferimento alle specificità zonali

La provenienza dalle diverse Unità Funzionali riduce il rischio che si possano creare disparità di vedute tra chi valuta e chi prende in carico la situazione, in analogia a quanto accade quando un C.T.U. decide gli interventi che i Servizi debbono effettuare nell'interesse del minore.

Gli Operatori individuati dedicano una quota del loro orario a tale attività in base alla numerosità e alla tipologia delle richieste; di norma gli psicologi della UF Consultoriale contribuiscono con l'orario prevalente.

La Zona provvede alla costituzione delle UVMi, a definirne la composizione, il coordinamento, l'organizzazione e la sede di attività. Il Coordinatore dell'UVMi è individuato dal Responsabile di Zona, sentiti i Responsabili Professionali e Funzionali, tra i componenti che costituiscono stabilmente l'UVMi. I componenti sono individuati dai Responsabili delle specifiche Strutture Organizzative Professionali di concerto con i Responsabili delle Strutture funzionali e approvati dal Responsabile di Zona.

Il Coordinatore dell'UVMi definirà con i soggetti coinvolti l'organizzazione interna, le modalità operative comprese quelle di ricezione delle domande.

L'incarico di Coordinatore dell'UVMi è un incarico di tipo professionale e non di tipo gestionale. Egli risponde, così come gli operatori assegnati all'UVMi, al Responsabile della Struttura organizzativa di riferimento per gli aspetti gestionali e organizzativi e al Direttore della UO professionale di riferimento per gli aspetti professionali.

#### 4.3 Ricezione e Analisi della domanda

Le richieste che giungono al Servizio Assistenza Sociale relative alla "valutazione delle funzioni genitoriali" saranno indirizzate, secondo le modalità definite dal Coordinatore, all'UVMi che si attiverà per l'analisi della domanda. L'UVMi, per ogni caso oggetto di osservazione e valutazione, svolge le funzioni di diagnosi e di valutazione. Solo se ne venisse ravvisata la necessità, verranno attivati gli specialisti appropriati. La multidisciplinarietà degli Psicologi che la compongono consente infatti di fornire le necessarie competenze secondo i criteri sintetizzati nella tabella 1.

Tab. 1

Unità Funzionale	CRITERI
UFSMIA	Quesiti che implicano valutazione del rischio psicosociale del minore con sintomi in esordio o conclamati, valutazione dell'entità del danno ipotetico ricevuto e conseguente diagnosi circa lo stato mentale del minore.
UFSMA	Quesiti che implicano valutazione psicodiagnostica di genitori dei quali, già dalla documentazione, o in modo palese all'osservazione clinico psicologica, emerge una compromissione del funzionamento psichico.
UFSerD	Quesiti che implicano valutazione psicodiagnostica o medica di genitori dei quali, già dalla documentazione, o in modo palese all'osservazione clinico psicologica, emerge uno stato di dipendenza: da sostanze psicotrope o da gioco.

Lo Psicologo prende in considerazione le variabili relative alla qualità della relazione genitori-figli, esplora le funzioni psichiche dei genitori e dei bambini e la natura della loro relazione utilizzando gli strumenti propri della psicologia (colloquio clinico, osservazione e tests psicologici).

L'Assistente Sociale provvede a svolgere l'indagine sociale finalizzata a raccogliere le informazioni sul contesto ambientale e relazionale in cui vive il minore, sulla presenza di elementi di rischio, di amplificazione del rischio e fattori protettivi, a livello individuale, familiare e nella relazione con i servizi del bambino e dei suoi genitori.

Possono essere coinvolti altri profili professionali delle suddette Unità Funzionali in caso di approfondimenti diagnostici rispetto a situazioni caratterizzate da una psicopatologia in corso, uno stato di dipendenza patologica, o entrambe le condizioni in comorbilità, perché tali condizioni mentali potrebbero, di per sé, essere correlati ad una

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

	<p><b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b></p>	<p>LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 6 di 8</p>
---	--	---

funzione genitoriale compromessa. Analoghi approfondimenti sono necessari nei confronti di minori che presentino particolari segni di sofferenza psicopatologica.

**4.4 Individuazione e funzioni dei case-manager**

I case manager sono individuati in uno psicologo dell'UVMi e un Assistente Sociale associato al singolo caso.

I Case Manager:

- Convocano i genitori per metterli al corrente del senso e degli obiettivi rispetto al percorso da intraprendere e agli interventi previsti, valutativi, di sostegno o di cura in relazione al minore ed alla sua famiglia, nonché informarli in merito ai tempi e modalità di svolgimento dell'attività valutativa rispetto alle capacità genitoriali.
- Effettuano la valutazione delle capacità genitoriali e danno indicazioni rispetto anche alla recuperabilità delle stesse. Dovranno altresì fornire indicazione alla committenza del tipo di condizioni che si dovrebbero realizzare (ambientali, terapeutiche ecc ...) perché funzioni genitoriali in parte compromesse possano trovare una loro evoluzione.
- Si esprimono nel caso in cui la prognosi della recuperabilità delle capacità genitoriali risulti negativa. In questo caso la relazione dovrà prevedere la stesura di un progetto di tutela.
- Effettuano la restituzione agli interessati (genitori o attori familiari) a completamento della loro valutazione
- Effettuano la restituzione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni, al Tribunale Ordinario o Tribunale per i Minorenni con relazione scritta compreso le indicazioni date in risposta al quesito, nei tempi previsti.

Tenendo conto che la costituzione dell'UVMi ha anche l'obiettivo di contenere i tempi di espletamento e di risposta della richiesta, il processo complessivo relativo la valutazione delle capacità genitoriali dovrà concludersi entro i tempi definiti dalla richiesta, salvo richiesta motivata di proroga da parte dei Servizi. In assenza di termini definiti il processo valutativo dovrà comunque concludersi entro sei mesi dalla richiesta.

I Case Manager dell'UVMi, una volta che il Tribunale abbia recepito le indicazioni, si rendono disponibili a partecipare al primo incontro con la/le Strutture funzionali eventualmente identificate per l'intervento per favorire, l'avvio del progetto di cura e/o sostegno alle funzioni genitoriali.

**4.5 Monitoraggio e verifica**

L'attuazione delle Linee di indirizzo sarà oggetto di monitoraggio annuale con verifica trimestrale da parte del Coordinatore dell'UVMi sulla base dei seguenti indicatori:

- n° incontri effettuati dall'UVMi/n° incontri programmati
- n° relazioni-restituzioni prodotte./ n° casi inviati a valutazione

**5. Matrice delle Responsabilità**

Professionisti	Coordinatore UVMi	Operatori UVMi	Operatori Strutture Organizzative	Responsabili Strutture Organizzative Funzionali	Responsabili Strutture Organizzative Professionali
Fase					
Individuazione e Operatori UVMi		I	I	R	R
Definizione modalità operative	R	C	I	R	

## AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

	<b>LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI</b>	LG_IDD 001 Rev. 0 del 19/02/2018 Pag. 7 di 8
---	---	---

Ricezione delle domande	R	C			
Analisi della domanda	R	CR			
Individuazione dei case-manager	R	R			
Consulenze specifiche su richiesta dell'UVMi	R		C	I	
Restituzione	C	R	I	I	
Monitoraggi o e verifica	R	C	I	I	I

R: Responsabile; C: Collabora; I: Informato

**6. Parole chiave**

UVMi, valutazione capacità genitoriali

**7. Documenti di riferimento interni**

Documento Gruppo di Lavoro SMIA/ Consultorio 2016  
 Documento integrazione Dipartimenti Sanità Territoriale/ Salute Mentale e Dipendenze  
 Documento integrazione Dipartimento Servizi Sociali

**8. Documenti di riferimento Esterni**

- L. 328/2000 Integrazione socio sanitaria
- L.R. 41/2005 RT Integrazione socio sanitaria
- DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art.1, comma 7, del decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (17A02015)"
- Delibera Regionale n.313 del 2002 "strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori"
- Deliberazione C.R Toscana 23 dicembre 2003 n. 238 (modifica all'allegato A della Delib. C.R 24 luglio 2002 n. 122. Approvazione del Piano di azione "Diritti dei minori e del Piano di azione "inclusione sociale e contrasto alla povertà")
- CISMAI Coordinamento Italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia: "Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori"
- Canali C. E Vecchiato T. (2012): "Valutare le competenze genitoriali" in Studi Zancan 6, pp. 31-46
- Canali C. "Lavorare con i bambini e con i ragazzi in difficoltà in Toscana. Risultati e riflessioni sul Progetto RiscPersonaLab" Regione Toscana, Istituto degli Innocenti Firenze
- Giovanni B. Camerini, Gaetano De Leo, Gustavo Sergio, Laura Volpini: "Criteri e strumenti di valutazione delle capacità genitoriali" MINORI GIUSTIZIA 3 (2007)
- Vicentini: "Definizione e funzioni della genitorialità" 2003 www.genitorialità.it

**AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**



**LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI  
VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI**

LG\_IDD 001  
Rev. 0  
del 19/02/2018  
Pag. 8 di 8

**9. Distribuzione**

Operatori Strutture Funzionali coinvolte

**10. Gruppo di redazione/verifica**

Dipartimento Sanità Territoriale – Area Consultoriale

Rosa Maranto

Grazia Fazzino

Enrico Salvi

Dipartimento Salute mentale e Dipendenze

Antonella Pitanti

Isabella Bernazzani

Nicola Artico

Fabio Celi

Dipartimento Servizio Sociale

Raffaella Barbieri

Laura Adorni Pallini

Maria Atzeni

Daniela Bicchierini







