

# Il bambino a rischio sociale: modalità assistenziali

A cura di G. Cirillo, P. Siani, C. Rotelli, C. Righetti, M. Grimaldi, C. Lisi, M. Petrella

**Parole chiave** *Rischio sociale. Assistenza sanitaria. Integrazione socio-sanitaria.*

Si è tenuto a Napoli, nel maggio 2003, dopo otto anni dal primo, il convegno sul "bambino a rischio sociale", organizzato dal Centro Studi Interistituzionale per l'Integrazione socio-sanitaria del Comune di Napoli e dell'ASL Napoli 1, dall'Associazione Culturale Pediatri e dal Centro per la Salute del Bambino. Sul convegno è stata pubblicata una nota sul numero scorso di *Quaderni acp*.

Al termine del convegno sono state formulate delle raccomandazioni che riteniamo utile rendere note ai nostri lettori. Esse possono servire come riflessioni per la organizzazione dell'assistenza ai bambini/ragazzi in sede locale.

Il sostegno genitoriale e alla responsabilità familiare rappresenta una delle azioni fondamentali dei Piani di Zona nell'ambito dell'area di priorità Responsabilità familiare e di quella dei Diritti dei Minori.

L'Integrazione Socio-Sanitaria, sancita dalla L. 229/99 e 328/00, con il contributo delle esperienze dell'applicazione della L. 285/97, nella sua dimensione organizzativo-professionale, deve ancora trovare una reale applicazione nell'ambito del sostegno genitoriale. Tuttavia è necessario che questa nuova cornice-opportunità determini dei progressivi cambiamenti anche in queste aree di priorità per la realizzazione di percorsi e programmi integrati, con il contributo del sistema dei servizi sanitari, sociali, educativi e del terzo settore.

Le azioni contro l'esclusione-disabilità sociale per i minori che nascono e vivono in famiglie in condizioni di disagio presuppongono alcuni elementi innovativi che attengono alla organizzazione dei servizi e alla definizione di nuovi percorsi organizzativi: tutto questo nell'ambito del distretto (inteso come socio-sanitario) che assume la funzione fondamentale di governance della salute della popolazione di riferimento.

La necessità che il sostegno genitoriale e le azioni per favorire l'inclusione sociale e il benessere vengano attivati il più precocemente possibile, durante la gravidanza o al più tardi alla nascita del bambino, presuppone percorsi operativi che superino la sperimentaltà, siano formalizzati e resi obbligatori. Inoltre risulta ovvio che il periodo perinatale e la relazione funzionale ospedale-punto nascita con il territorio siano assolutamente strategici.

Il percorso nascita-sostegno genitoriale rappresenta un percorso di presa in carico integrato che come tale presuppone il coinvolgimento di diversi servizi e unità operative e di varie figure professionali. Tale percorso può inoltre essere assunto come riferimento anche per la presa in carico di bambini in altre epoche della vita che siano portatori insieme alle loro famiglie di bisogni speciali.

Nel periodo perinatale è auspicabile che tra le azioni dell'Unità Operativa Ospedaliera sia previsto un bilancio sociale della famiglia, utilizzando strumenti disponibili (scheda CEDAP, libretto regionale) o da creare ex-novo.

Le informazioni socio-sanitarie devono rendersi disponibili tempestivamente per il pediatra di famiglia e per il distretto di residenza. Tali procedure (accoglienza e dimissione protetta socio-sanitaria) devono rientrare nelle prestazioni tariffabili.

Il pediatra di famiglia rappresenta la figura professionale più vicina alla famiglia e al bambino con una continuità di rapporto che gli consente non solo di evidenziare il disagio e attivare reti territoriali, ma anche di individuare fattori protettivi all'interno della famiglia e i cambiamenti che ivi si determinano nel corso del tempo. Per tutti questi motivi il pediatra di famiglia rappresenta l'elemento chiave che, rispetto ai bambini con bisogni speciali e le loro famiglie, può svolgere la funzione di responsabile del caso.

La funzione di responsabile del caso deve entrare in relazione con i servizi ter-

ritoriali integrati in cui l'Unità Operativa Materno-Infantile, il Servizio Sociale Circoscrizionale, con l'eventuale contributo del terzo settore, costituiscono l'Unità di Valutazione Integrata.

L'Unità di Valutazione Integrata, in collegamento con il pediatra di famiglia, deve definire e monitorare un progetto personalizzato per la famiglia con bisogni speciali e complessi, assumendo quindi la funzione di Regia del Caso.

La definizione, con il superamento della sperimentaltà, di questo percorso attiva trasformazioni nell'organizzazione territoriale dei servizi che vanno governati anche a livello regionale.

Tenendo conto delle profonde trasformazioni avvenute in questi anni nella domanda e nei bisogni della popolazione, con una crescita esponenziale di problematiche psico-sociali che hanno trovato l'organizzazione dei servizi territoriali impreparata per ragioni strutturali e professionali a risponderci in modo adeguato, sembra indispensabile che venga elaborato da parte della Regione Campania, secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Azione per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000-2001, un Piano Regionale per l'Infanzia e l'Adolescenza, mutuando la metodologia di coinvolgimento di tutte le amministrazioni interessate e del privato sociale, adottata per la redazione del Piano Nazionale.

All'interno di tale Piano il Progetto Obiettivo Regionale Materno-Infantile troverebbe una efficace cornice per l'integrazione socio-sanitaria.

La pianificazione regionale dovrebbe in primo luogo identificare e definire due fondamentali funzioni dei dipartimenti materno-infantili e delle unità operative-consultori:

- ▶ un ruolo di governo dei percorsi
- ▶ una visione comunitaria e una approfondita conoscenza dei problemi e dei bisogni della popolazione di riferimento. ♦

Per corrispondenza:  
Giuseppe Cirillo  
e-mail: cirillo@libero.it

organizzazione **sanitaria**