



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE
hic sunt futura



MASTER UNIVERSITARIO II LIVELLO «GOVERNARE E DIRIGERE I SERVIZI SOCIOSANITARI»>>

ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI (ESI)
L'Equipe Integrata Minori e Famiglie
(E.I.T.M.F.) quale esempio di efficace
integrazione socio-sanitaria

Antonio Impagnatiello



Scopo ed obiettivi della Tesi

- Descrivere un'esperienza di lavoro integrato nell'area minori, con specifico riferimento al tema della valutazione e presa in carico dei minori vittime di maltrattamento.
- L'obiettivo è di evidenziare come la fattiva integrazione tra sociale e sanitario porta a risultati efficaci nei confronti dell'utenza e di contenimento nei costi per i soggetti istituzionali.

Back ground



- I temi prioritari delle successive diapositive evidenziano:
 - a. Cos'è il maltrattamento dei minori
 - b. Qual è l'entità del fenomeno
 - c. L'esperienza del modello di valutazione e presa in carico dell'EITMF di Latisana
 - d. Il confronto tra realtà con e senza l'integrazione sociosanitaria
 - e. Conclusioni

Prendersi cura dei minori vittime di maltrattamento

Il maltrattamento dei minori è l'insieme di:

«tutte le forme di mal-trattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, trascuratezza o trattamento negligente o sfruttamento commerciale o di altro tipo, che risulta in effettivo o potenziale danno alla salute del bambino, alla sua sopravvivenza, sviluppo o dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere». OMS, 1999

È un fenomeno che comporta conseguenze complesse, fisiche e psicologiche, tangibili e intangibili che possono manifestarsi nel breve e nel lungo periodo, interessando anche l'età adulta.

Ne deriva, per il sistema dei servizi e per gli operatori preposti alla presa in carico delle situazioni, l'assunzione di:

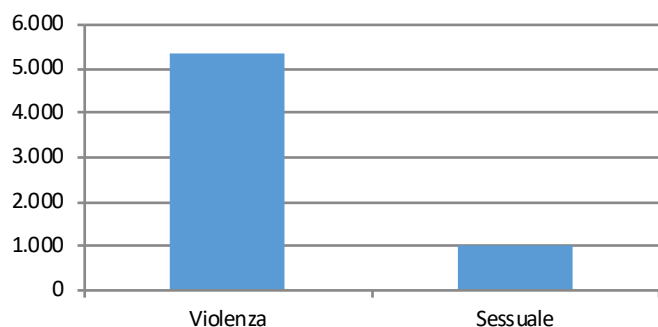
1. un delicato ma fondamentale ruolo:
 - a) di promozione della salute psicofisica,
 - b) di individuazione delle situazioni problematiche;
 - c) di riparazione del danno.
2. un approccio ai problemi flessibile e non deterministico
3. interventi che, per essere davvero efficaci, integrino tutela e protezione del bambino con un lavoro valutativo e terapeutico sulla famiglia.





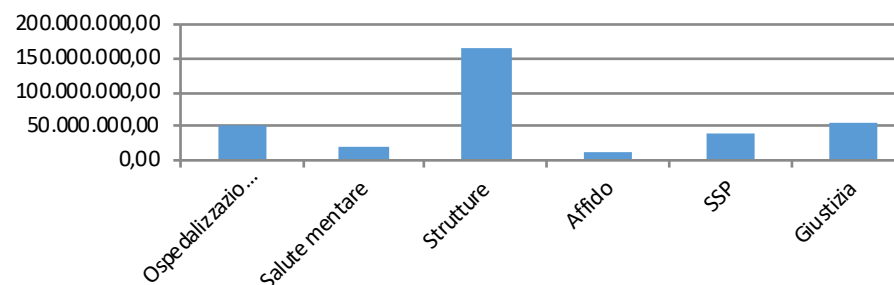
Qualche dato per “capire” il fenomeno italiano

Anno 2016

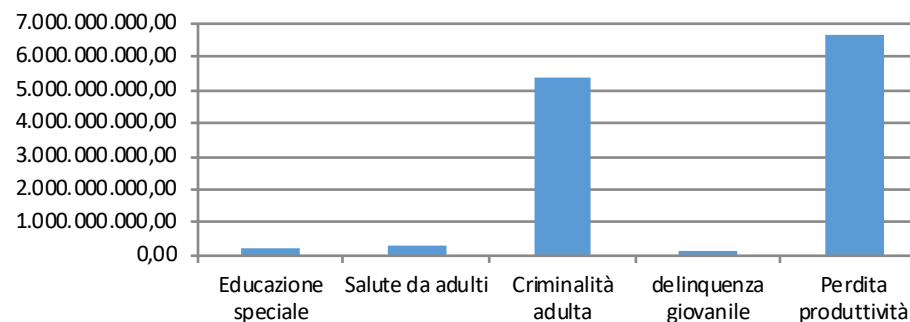


15 al giorno, il 58% bambine
In caso di violenza sessuale,
l'83% bambine!

Costi diretti



Costi indiretti



Per una spesa totale annua di 13 MILIARDI/Anno

La storia dei servizi per la protezione e la tutela dei minori in Italia

I “servizi di tutela dei minori” possono essere definiti come

«l'insieme dei servizi deputati ad intervenire quando è coinvolto il Tribunale per i minorenni, principalmente nelle sue competenze civili, laddove ci sono bambini da proteggere a fronte di condotte gravemente pregiudizievoli messe in atto dai genitori»

3 fasi evolutive fondamentali in Italia:

- a) Anni '80: l'emersione del problema del maltrattamento all'infanzia;
- b) Anni '90: la nascita di servizi pubblici sociosanitari specializzati nella tutela dei minori;
- c) Primi Anni 2000: il fenomeno del ritiro delle deleghe da parte dei Comuni alle Asl in campo di tutela minori. In risposta al ritiro delle deleghe, si delineano essenzialmente le seguenti configurazioni:
 - “in senso stretto”, suddividendo le funzioni di prevenzione e sostegno da quelle in collaborazione con le autorità giudiziarie;
 - “in senso ampio”, mantenendo insieme tutte le funzioni concernenti l'area della tutela.
 - sperimentazione di nuovi assetti organizzativi, creando équipe specialistiche di secondo livello, con una competenza di erogazione diretta di interventi, e/o organismi responsabili di presidiare una buona connessione di rete tra i diversi soggetti intervenienti



MODELLO E.I.T.M.F. DI LATISANA

Destinatari del servizio:

Minori e delle famiglie nelle situazioni di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso sessuale.

Area operativa:

SSC di Latisana dal 2004 – dal 2014 anche il SSC di Cervignano del F.

Obiettivi:

garantire una presa in carico globale (psicologici, sociali, legali, educativi e sanitari) sia dei minori che delle famiglie, non può prescindere da un'interazione tra l'ambito clinico e giudiziario.

coordinare in modo efficace ed efficiente l'intervento di professionisti afferenti ad aree diverse, individuando tempi e metodologie condivise per la valutazione e il trattamento delle situazioni.

Modalità operative:

La metodologia adottata dall'EITMF: presa in carico multi-professionale ed integrata; stretta interazione ed integrazione tra i vari interventi attuati dagli operatori; costante sinergia sia tra gli operatori dell'EITMF, sia sul piano dell'interazione inter-istituzionale con gli Enti interessati (Servizi territoriali socio-sanitari, Privato sociale, Comunità, Istituti scolastici, Medici di base e Pediatri di libera scelta, Tutore). L'EITMF esercita il ruolo di "regista" con l'obiettivo di coordinare le diverse fasi dell'intervento e di condividerne gli obiettivi per agire in modo sinergico.

MALTRATTAMENTI E VIOLENZE SUI MINORI

Come Combattere il
Fenomeno in modo Efficace



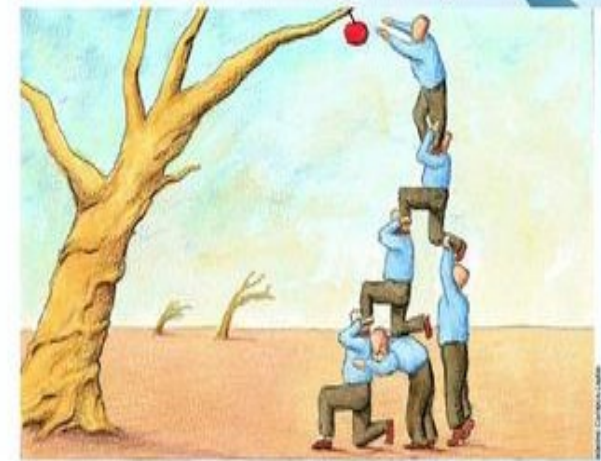
E.IT.M.F.: una definizione

Modello organizzativo:

Strutturata su un 1° ed un 2° livello operativo. Nello specifico, al secondo livello operativo è prevista un'équipe specialistica fortemente integrata, composta da professionisti di area sanitaria, sociale ed educativa, ovvero:

- 1 psicologo dell'EMT/Azienda (16 h settimanali)
- 1 psicologo del CF/Azienda (16 h settimanali)
- 2 psicologi esterni forniti dall'Ambito e rimborsati dall'Azienda (38 h settimanali ciascuno, uno con funzioni di coordinamento clinico)
- 3 educatori (a 38 settimanali ciascuno)
- 2 assistenti sociali (a 36 h settimanali ciascuno)

Il lavoro di rete e l'équipe integrata interna ed esterna: metodologia, nodi critici, la funzione di regia



E.I.T.M.F.: alcuni dati sull'utenza e il servizio

Fig.1 - Utenti in carico. Anni 2014, 2015 2016

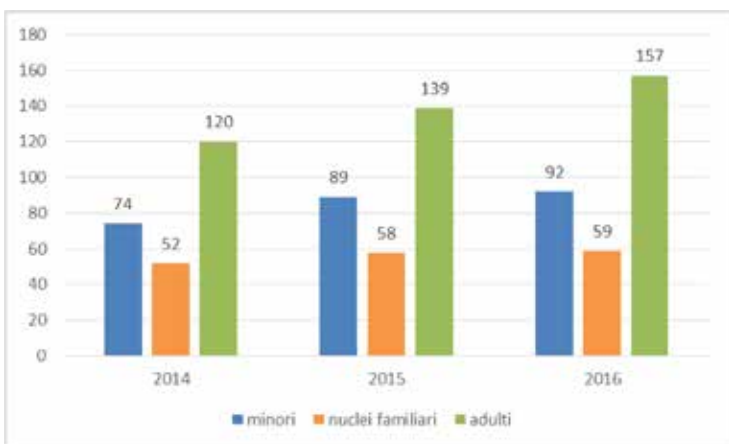


Fig.2 - Tipologia di problema (dato di flusso). Anni 2014, 2015, 2016

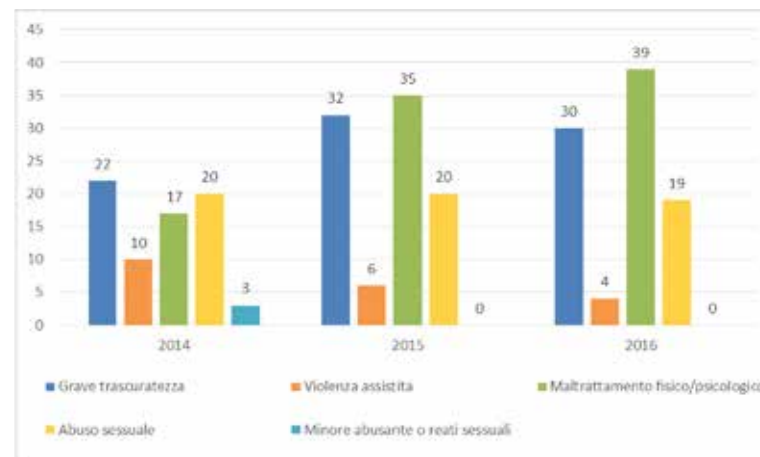
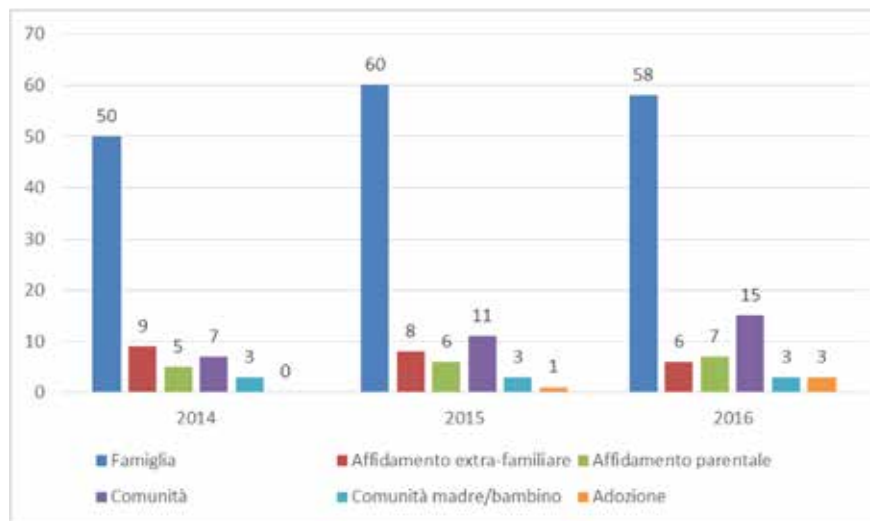


Fig.3 - Collocazione dei minori. Anni 2014, 2015, 2016



E.I.T.M.F.: alcuni dati sui risultati del servizio

Tab. 1 - Nuovi ingressi e uscite dalle strutture residenziali. Anni 2013-2016

	Nuovi ingressi	Totale uscite	Uscite			
			Rientrati in Famiglia	In Affidamento	Usciti con mamma	In Adozione
2013	5	15	8	6		1
2014	3	8	5		2	1
2015	9	10	8	2		
2016	2	4	2		1	1



Tab. 2 - Spesa annuale per strutture residenziali e affidamento familiare. Anni 2010-2016

Ambito di Latisana	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa minori in comunità	553.175,10	581.364,47	613.396,16	742.160,70	378.782,33	324.586,24	364.912,76
Spesa comunità madre e bambino	//	33.990,00	18.217,73	51.693,30	52.928,34	15.585,44	1.910,73
Affidamento familiare (costi a carico dei Comuni)	//	44.873,28	55.265,27	56.756,03	69.780,58	67.652,63	61.033,59

Tab. 3 - Media principali interventi realizzati (su 25 settimane). Anni 2014 e 2015

	Interventi a settimana	Interventi al giorno
2014	32,4	6,5
2015	31,5	6,3

ESITI

Il modello dell'E.I.T.M.F. di Latisana consente di:

- Consolidare una presa in carico multiprofessionale *altamente integrata*, come da indicazioni Regionali e ministeriali, al fine di evitare interventi frammentari, conflitti di competenza e incertezza nella presa in carico, con tempistica congrua ai bisogni, come non avveniva in precedenza;
- Garantire un approccio metodologico che consenta una valutazione prognostica in *tempi brevi: ora in 6 mesi, prima non esistevano prognosi*;
- *Individuare* situazioni non facilmente «intercettabili» dai servizi non specialistici, soprattutto relative ad abuso sessuale: prima solo in seguito di denuncia penale, ora in seguito a rilevazione degli operatori;
- *Diminuire* la permanenza in comunità dei minori (permanenza media 10-13 mesi versus 36/48 del modello precedente);
- *Abbatere* i costi delle rette in comunità terapeutiche (riduzione del 50% della spesa da € 742.000 del 2013 a € 365.000 del 2016, con reimpiego dell'economia per la realizzazione di nuovi servizi);
- *Aumentare* i progetti di affidamento familiare (dai 5/6 del precedente modello agli attuali 15/20);
- Essere *punto di riferimento* per gli operatori in quanto Servizio "Specializzato".

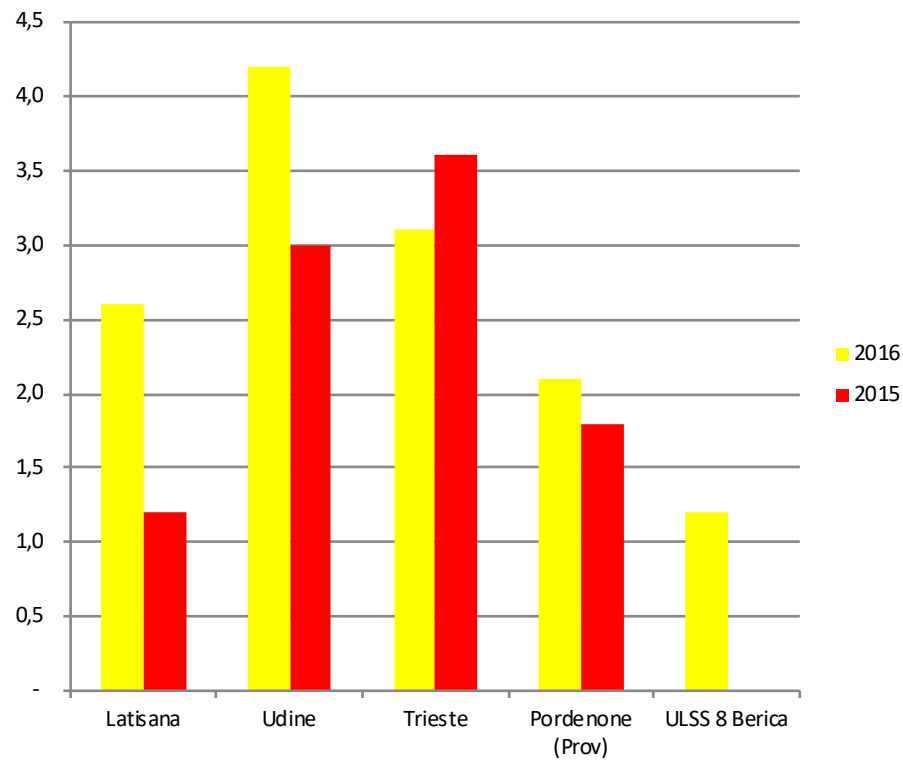




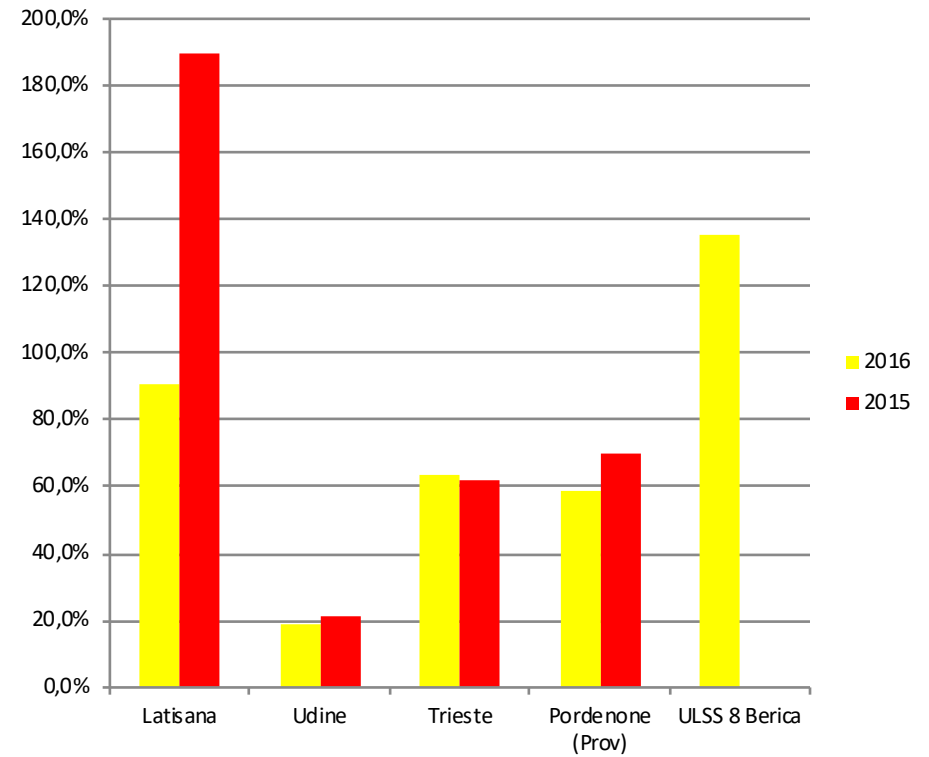
BENCHMARKING

tra realtà con e senza integrazione sociosanitaria

Rapporto Minori in Comunità/Popolaz 0-17 per mille



Rapporto Minori in Affidato/Minori in Comunità



CONCLUSIONI



- La Regione Friuli Venezia Giulia, con le “Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale – Anno 2018” ha “imposto” alle AAS e ASUI di realizzare con i SSC: <<... al fine di eliminare e/o ridurre i fattori di rischio e di danno involutivo in conseguenza di maltrattamento, abuso e grave trascuratezza nei confronti dei minori, si rende necessario promuovere la realizzazione e/o il consolidamento di modelli organizzativi specifici, dedicati e connotati da alta integrazione sociosanitaria....>>.
- Il modello organizzativo deve essere almeno composto (per territori di circa 120.000 abitanti) da:
 - 4 psicologi/psicoterapeuti – di cui almeno 2 a tempo pieno
 - 3 educatori – di cui almeno 2 a tempo pieno
 - 2 assistenti sociali a tempo pieno

GRAZIE A TUTTI
E SOPRATTUTTO

BUONA VITA AI NOSTI FIGLI

