



Un progetto selezionato  
da Con i Bambini nell'ambito  
del Fondo per il contrasto  
della povertà educativa minorile



Associazione Focolare  
Maria Regina onlus

**Soggetto Responsabile**



# PRIMA

Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia  
e la Maternità Assistita

## LE OPPORTUNITÀ DI UN' ESPERIENZA

La redazione del presente Manuale è stata curata dall'Associazione Focolare Maria Regina ONLUS a seguito di selezione da parte dell'Impresa Sociale CON I BAMBINI per il Bando Prima Infanzia nell'ambito degli interventi per la prevenzione ed il contrasto della povertà educativa minorile

Si ringraziano:

**Valentina Bennato**

**Silvia Calafiore**

**Ilary Cichella**

**Federica Fianza**

**Simona Foschini**

**Silvia Leonzi**

**Alessandra Pagnani**

**Maria Cristina Verrocchio**

**Giovanni Francesco Visci**

Un sentito ringraziamento a Ida Basilico, Antonella Cicioni, Emanuela Di Battista, Adele Merletti, Francesca Tommarelli, Alessia Verzilli, e a Giulia Cataudella, Lidia Di Bartolomeo, Chiara Monticelli, Giuseppina Piermattei, Annarita Troisi, operatrici Home Visiting senza le quali questo progetto non avrebbe avuto una realizzazione tanto sentita ed efficace.

Un ringraziamento particolare al sig. Elio Cichella per il suo contributo alla realizzazione di questo manuale.

A tutti va il sincero apprezzamento da parte del Centro di Coordinamento

La stesura del manuale, frutto della raccolta dei vari contributi dei partecipanti e degli operatori del progetto PRIMA è stata curata da **Claudia Paraguai**

Partner di progetto



Fondazione di Religione  
Istituto Maria Regina



Consutorio Familiare UCIPEM  
"Amici del Consutorio" onlus



Fondazione Caritas  
Arcidiocesi di Pescara-Penne



Università "G. D'Annunzio"  
di Chieti-Pescara



Regione  
Abruzzo



Comune di Pescara



Comune di Teramo



Comune di  
Roseto degli Abruzzi



Comune di Pineto



ASL di Pescara



AUSL di Teramo



## SOMMARIO

Presentazione	Pag. 5
Invito alla lettura	Pag. 6
<b>1. Il Progetto PRIMA. Illustrazione del Progetto</b>	
1.1 Introduzione	Pag. 9
1.2 La sensazione di sentirsi svuotate	Pag. 10
1.2.1 Maternity Blues... ovvero, sentirsi un pò giù dopo il parto	Pag. 10
1.2.2 Le ansie per il bambino	Pag. 11
1.2.3 Se la coppia è in crisi	Pag. 11
1.3 Obiettivi del Progetto PRIMA	Pag. 11
1.3.1 Obiettivi Specifici	Pag. 12
1.3.1.1 Effetti della povertà educativa nei primi mille giorni	Pag. 12
1.3.1.2 Accesso ai Servizi	Pag. 12
1.3.1.3 Prevenire le varie forme di maltrattamento	Pag. 13
1.3.1.4 La cultura dei Nidi d'Infanzia non solo come servizio educativo	Pag. 14
1.4 Contesto di riferimento	Pag. 14
1.5 Presupposti teorici	Pag. 15
<b>2. I preliminari del Progetto. Formazione, procedure, documentazione applicata</b>	
2.1 La scelta di proceduralare le fasi del lavoro di Progetto	Pag. 16
2.2 La costruzione della procedura di lavoro	Pag. 17
2.3 I vantaggi della procedura di lavoro	Pag. 17
2.4 La documentazione di Progetto	Pag. 18
2.5 La procedura di presa in carico del Servizio Home Visiting	Pag. 18
2.6 Il corso di Formazione	Pag. 21
<b>3. Rete di Sorveglianza e Screening. L'apporto della rete nell'ingaggio delle mamme</b>	
3.1 Oggetto e Significato	Pag. 32
3.2 Concetto di genitorialità	Pag. 33
3.3 Principi metodologici	Pag. 34
3.4 Servizio Rete di Sorveglianza e Screening a Pescara	Pag. 35
3.5 Servizio Rete di Sorveglianza e Screening a Teramo	Pag. 36

<b>4. Servizio Home Visiting. Fasi operative, feedback, punti di forza</b>	
<b>4.1 Fasi Operative</b>	Pag. 37
<b>4.2 Feedback delle famiglie</b>	Pag. 39
<b>4.3 Forze</b>	Pag. 40
<b>4.3.1 I tempi della domiciliarietà</b>	Pag. 40
<b>4.3.2 Il “villaggio”</b>	Pag. 40
<b>4.3.3 La pandemia</b>	Pag. 41
<b>4.3.4 Lo screening</b>	Pag. 41
<b>4.4 Criticità</b>	Pag. 41
<b>CASI STUDIO</b>	Pag. 42
<b>5. Sportello di Orientamento e Accompagnamento</b>	
<b>5.1 Introduzione</b>	Pag. 48
<b>5.1.1 Contribuire a ridisegnare l’accesso al welfare locale</b>	Pag. 48
<b>5.1.2 Contribuire a rafforzare l’immagine dell’assistente sociale</b>	Pag. 49
<b>5.1.3 Promuovere la dimensione comunitaria del servizio sociale</b>	Pag. 49
<b>5.2 Lo sportello O&amp;A</b>	Pag. 50
<b>5.2.1 Lo sportello O&amp;A di Teramo</b>	Pag. 51
<b>5.2.2 Lo sportello O&amp;A di Pescara</b>	Pag. 51
<b>5.3 Il Progetto Individualizzato</b>	Pag. 52
<b>5.4 La dote educativa</b>	Pag. 52
<b>5.4.1 La gestione della dote economica</b>	Pag. 53
<b>5.5 Altri interventi</b>	Pag. 54
<b>5.6 I cambiamenti di rotta derivati dalla pandemia</b>	Pag. 55
<b>6. Attività di Informazione e Comunicazione. Il blog durante la pandemia</b>	
<b>6.1 Una strategia comune e condivisa</b>	Pag. 56
<b>6.2 Attività di informazione e comunicazione</b>	Pag. 56
<b>6.2.1 Sviluppo di una visual graphic del Progetto</b>	Pag. 57
<b>6.2.2 Aggiornamento del sito del Soggetto Responsabile</b>	Pag. 58
<b>6.2.3 Creazione e aggiornamento del Blog dedicato al Progetto</b>	Pag. 59
<b>6.2.4 Conferenza iniziale/open day per la presentazione del Progetto</b>	Pag. 60
<b>6.2.5 Corso di Formazione per gli Operatori coinvolti nel Progetto</b>	Pag. 61
<b>6.2.6 Gestione dei Social Media</b>	Pag. 61
<b>6.2.7 Realizzazione e diffusione del materiale cartaceo</b>	Pag. 62
<b>6.2.8 Diffusione degli eventi sui siti dei partner</b>	Pag. 63
<b>6.3 L’importanza del blog durante la pandemia</b>	Pag. 64

**7. La valutazione di impatto. Dati e grafici di lettura**

Premessa .....	Pag. 67
<b>7.1</b> Analisi dei dati raccolti .....	Pag. 69
<b>7.1.1</b> Prese in carico .....	Pag. 69
<b>7.1.2</b> Segnalazioni e Fattori di Rischio .....	Pag. 71
<b>7.1.2.1</b> Fattori di Rischio: Disoccupazione .....	Pag. 72
<b>7.1.2.2</b> Fattori di Rischio: Monoparentalità .....	Pag. 73
<b>7.1.2.3</b> Fattori di Rischio: Tossicodipendenza .....	Pag. 74
<b>7.1.2.4</b> Fattori di Rischio: Nuclei già in carico o segnalati ai S.S. ....	Pag. 75
<b>7.1.3</b> Il Progetto Individualizzato di Accompagnamento alla Crescita .....	Pag. 77
<b>7.1.4</b> Analisi comparata dati ex-ante e dati ex-post .....	Pag. 80
<b>7.2</b> Qualche spunto per il futuro... ..	Pag. 82
<b>7.3</b> Conclusioni .....	Pag. 83

**8. L'efficacia del Progetto**

<b>8.1</b> Il contesto .....	Pag. 84
<b>8.2</b> il Progetto PRIMA e la "Comunità Educante" .....	Pag. 85
<b>8.3</b> Il Progetto PRIMA e il Covid-19 .....	Pag. 86
<b>8.4</b> I risultati e i materiali derivati dal Progetto .....	Pag. 86
<b>8.5</b> La "popolazione" delle famiglie "Visitate" .....	Pag. 87
<b>8.6</b> Considerazioni ulteriori sul Progetto .....	Pag. 90

**Bibliografia**

## Presentazione

“Se una società vuole veramente proteggere i suoi bambini,  
deve cominciare ad occuparsi dei genitori”

John Bowlby

Essere genitori è una delle esperienze più straordinarie della vita. Permette di provare sentimenti di enorme gioia, amore, orgoglio, emozione, felicità. Spinge a dare il meglio di sé, ma allo stesso tempo può mettere alla prova la pazienza e la capacità di gestire lo stress, a volte può spingere alla rabbia e alla violenza.

Il presente lavoro illustra le modalità di applicazione di un intervento domiciliare di supporto alla genitorialità, di prevenzione del disagio infantile e di contrasto alla povertà educativa. Nasce dal progetto di intervento *PRIMA* (Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita) selezionato dall'Impresa Sociale *Con I Bambini* nell'ambito del bando *Prima Infanzia* e realizzato dall'*Associazione Focolare Maria Regina onlus* e da un ampio partenariato che ha incluso *la Regione Abruzzo, i Comuni di Pescara, Teramo, Roseto degli Abruzzi e Pineto, la Fondazione Caritas Arcidiocesi di Pescara-Penne, il Consultorio Familiare UCIPEM di Pescara, l'Università D'Annunzio di Chieti-Pescara, la Fondazione di Religione Istituto Maria Regina, l'AUSL di Teramo e l'ASL di Pescara*. L'idea è quella di supportare gli operatori sociosanitari del territorio fornendo loro le risultanze della sperimentazione di un modello che ha voluto rendere l'intervento di Home Visiting il più possibile omogeneo e uniforme.

Questo report fornisce spunti per la costruzione di servizi domiciliari pensati per aiutare i genitori a costruire con i loro figli un rapporto solido, che non sia seguito da episodi di violenza di qualunque genere. Illustra gli elementi che sono alla base di una progettazione individualizzata e stimola ad applicarli per risolvere in modo costruttivo anche le situazioni conflittuali che emergono nel contesto familiare.

Rappresenta perciò uno strumento di lavoro che, a fronte di un equipaggiato bagaglio di conoscenze ed esperienze e di una costante supervisione/intervisione potrà essere utilizzato dagli operatori che lavorano nel supporto precoce alla genitorialità attraverso visite e interventi domiciliari. Non propone ricette per risolvere situazioni specifiche, ma piuttosto aiuta la riflessione sui comportamenti e sulle scelte educative al fine di sostenere i genitori nei loro importanti compiti accuditivi ed educativi.

L'auspicio è quello di contribuire, anche attraverso strumenti di lavoro concreti, alla costruzione di un progetto di welfare dove la domiciliarità e la prevenzione precoce siano le parole chiave di una sostenibilità perseguibile.

**Sabrina De Flaviis**

Responsabile di Progetto  
Direttore del Centro Studi Sociali  
“Don Silvio De Annunziis”

## Invito alla lettura

Con vero piacere invito alla lettura di questo documento, non solo per la validità dei riferimenti teorici e metodologici con cui è stato impostato il lavoro, ma anche - e soprattutto - per l'attualità della tematica trattata.

L'Associazione Focolare Maria Regina, nell'ambito della sua mission e nell'ambito dell'attività formativa svolta presso il Centro Studi Sociali Don Silvio De Annuntiis, è anche garante delle buone pratiche che i professionisti dell'area socio-psico-pedagogica mettono in atto nei loro interventi.

Senza sostituirsi alla responsabilità degli Enti di riferimento, l'Associazione Focolare Maria Regina svolge da decenni attività a protezione dell'infanzia e della genitorialità fragile e vulnerabile. Certamente, gli interventi rivolti all'accoglienza di una nuova nascita, soprattutto se questo accade in una famiglia carenziata o a rischio di esserla, sono i più delicati e complessi.

Si tratta infatti di fare una corretta valutazione dell'entità del problema affinché gli interventi professionali possano facilitare i processi di attaccamento e migliorare le condizioni di vita. Sono attività specifiche, non si tratta soltanto di effettuare una valutazione rigidamente tecnica, bensì di osservare tutte le condizioni del neonato all'interno della propria ecologia di vita, in sinergia con la famiglia per prima e col mondo dei servizi per la famiglia poi.

Un ringraziamento a tutti i componenti del Gruppo di Lavoro per l'impegno profuso. Buona lettura.

**Suor Pina Martella**

Presidente dell'Associazione  
Focolare Maria Regina onlus

## **Una Precisazione di Forma e una di Sostanza**

Non è facile trovare la forma giusta per riferirsi al bambino. Maschile, femminile, a volte uno, a volte l'altro? In questo lavoro si è scelto di nominare sia la bambina sia il bambino utilizzando il genere maschile, semplicemente perché la lingua italiana, priva di una forma neutra che metterebbe d'accordo tutti, opta per il genere maschile quando coesistono un soggetto maschile e uno femminile. Ovviamente tutti i contenuti sviluppati nella guida sono validi per entrambi i sessi.

Nel riferirsi alla persona che si occupa del bambino si è scelto invece di utilizzare il plurale, per svincolarsi dal comune abito mentale che considera la madre come unico riferimento nella gestione quotidiana dei figli. In una realtà, come quella attuale, che sta facendo i primi passi verso cambiamenti sostanziali della famiglia e dove la figura del padre, per scelta ed esigenze di vita oggettive, assume sempre più peso e importanza, si è ritenuto necessario considerare e coinvolgere, con l'uso del genere plurale, entrambi i protagonisti della coppia genitoriale.

**C. P.**





# 1. Il progetto PRIMA

con il contributo della dott.ssa **Federica Fidanza**

“Nessun bambino va lasciato indietro, nessuna fragilità abbandonata a se stessa, non si può trascurare chi vive in condizioni di bisogno e di precarietà, bisogna affermare e tutelare il superiore interesse del minore, valutando concretamente le condizioni in cui il minore si trova e se la sua famiglia possa accudirlo e crescerlo, sostenendo e accompagnando l'intero nucleo”.

Sandra Zampa 2017

## 1.1 Introduzione

Non c'è dubbio, tornare a casa con un neonato è un'emozione dalle tinte forti. I genitori hanno una vita tra le mani: un figlio, e con lui una travolgente responsabilità. La nascita di un bambino è sicuramente la “rivoluzione” più importante per una coppia. Il parto e la nascita sono un evento unico ricco di emozione e gioia, ma il vero inizio della nuova vita è il rientro a casa, che può comportare qualche problema pratico e psicologico.

Cambiano le priorità, l'organizzazione del tempo libero, i progetti per il futuro. È un impegno appassionante, ma che può all'inizio spaventare.

È un cambiamento senza dubbio positivo, che può unire ulteriormente la coppia coinvolgendo entrambi nella stessa “avventura”, ma è inevitabile qualche timore e anche qualche momento di scoraggiamento.

È comune provare una sensazione di precarietà, come se non ci si sentisse ancora sicuri del nuovo ruolo: quello di essere dei buoni genitori.

Sia i familiari che i neogenitori pretendono da loro stessi di sapere già fare tutto e di essere subito sempre all'altezza della situazione. Ma a volte capita anche di non esserlo, perché è tutto nuovo, tutto da scoprire e da imparare anche per le mamme e i papà, non solo per il bambino.

La cosa certa è che ognuno mette le proprie risorse a disposizione della nuova famiglia. Anche il bambino a modo suo lo fa: infatti, mentre i genitori sono intenti a comprendere le sue esigenze, lui è concentrato ad apprendere e capire le loro richieste.

Di fronte a timori, dubbi e poche risposte, soprattutto le mamme, sentono nelle prime settimane il bisogno di un sostegno esterno.

Alcune neo mamme si appoggiano infatti, specialmente nel primo periodo, alla propria madre. Altre invece affrontano tutto da sole per dimostrare a se stesse le proprie capacità fin da subito. Non esiste una regola assoluta, ogni genitore segue il proprio istinto, il buon senso e la propria personalità. E scopre ogni giorno quali nuove capacità sono nate in lui insieme al figlio.

Questi primi mesi, come un piccolo terremoto, sconvolgono il paesaggio abituale dei genitori. Ma presto tutto sarà meglio di...PRIMA!!

Il progetto PRIMA - Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita - è stato selezionato dall'Impresa Sociale “Con I Bambini” nell'ambito della prevenzione e del contrasto della povertà educativa minorile, ed ha inteso prevenire precocemente gli effetti della povertà educativa integrando Enti Pubblici e Terzo Settore, favorendo quindi l'interazione tra gli attori che già si occupano di infanzia, con la sperimentazione dell'Home Visiting, intervento che in Abruzzo non è mai stato attivato per la fascia di bambini 0-3 anni.



La motivazione alla base di un partenariato così ampio che prevede la partecipazione di partner pubblici (le ASL di Teramo e Pescara, i Comuni di Pescara, Roseto d. A., Pineto e Teramo, la Regione Abruzzo) e privati (Consultorio Familiare Ucipem, Università G. D'Annunzio, Fondazione Maria Regina, Caritas Pescara-Penne) risiede nel fatto che tali Enti hanno già un ruolo primario nella gestione dei servizi dedicati alla prima infanzia e una relazione consolidata con gli operatori sociosanitari ed educativi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale, elemento che favorisce la compliance delle famiglie e promuove una relazione sicura, nel supporto ai genitori e nella valorizzazione delle risorse familiari.

## **1.2 La sensazione di sentirsi svuotate**

### **1.2.1 Maternity Blues... ovvero, sentirsi un po' giù dopo il parto**

Prima del parto, soprattutto nelle ultime settimane, le mamme sono al centro dell'attenzione. Il papà del bambino, i suoceri, i parenti, gli amici, i vicini, tutti si interessano alla loro salute e al tempo che manca alla nascita.

Poi il parto arriva ed è un'esperienza diversa per ognuna. In alcuni casi si risolve senza problemi, con un travaglio breve. In altri, il travaglio lungo e difficile può causare ansia: il ginecologo o l'ostetrica di fiducia finiscono il turno e vanno via, non si sa quando il bimbo nascerà e ci si sente sole.

Al momento di partorire, poi, può esserci la necessità di un piccolo intervento chirurgico: l'episiotomia, un taglio più o meno grande che necessita di punti, che spesso continuano a far male per giorni.

Altre volte è necessario il parto cesareo, senza che fosse programmato. L'esperienza della nascita, soprattutto se è il primo figlio, genera nella donna un notevole stress che, in alcuni casi, permane nell'ansia di sapere se il neonato è sano o ha dei problemi anche banali, e se sarà capace di nutrirlo.

Due-tre giorni dopo il parto, se tutto è andato bene, mamma e figlio arrivano a casa e molte madri si rendono improvvisamente conto che quando il bambino era ancora nella pancia, c'erano molti meno problemi, e vivono quasi come un senso di perdita il fatto che ciò che prima era dentro di loro, ora è fuori.

In questa fase se da un lato la fatica del parto lascia il segno e quindi è normale avvertire per alcuni giorni un senso di debolezza e di mancanza di energie, dall'altro, come capita quando si raggiungono importanti obiettivi, tutto ad un tratto la tensione nervosa cade lasciando il posto ad una certa malinconia. Complici di questo insieme di emozioni travolgenti, anche gli ormoni giocano un ruolo importante; quelli della gravidanza regrediscono lasciando il posto a quelli che sostengono la montata latte.

Tutti questi cambiamenti fisici ed emotivi, assieme alle limitazioni fisiche che si sperimentano dopo la gravidanza (ad esempio la presenza di punti per l'episiotomia o per il taglio cesareo, oppure la semplice stanchezza fisica), l'ansia legata all'aumento delle responsabilità e lo stravolgimento delle abitudini precedenti possono portare a un periodo temporaneo di tristezza che...è normale!

Questo periodo noto anche come maternity blues interessa quasi tutte le mamme nei primi giorni dopo il parto e i sintomi possono durare fino a 3 settimane. Che cosa comporta? Sbalzi d'umore, facile tendenza al pianto, tristezza, mancanza di concentrazione e sensazione di dipendenza da altri. Per superare questo periodo di tristezza non servono farmaci, ma presenza e supporto, consapevolezza e un po' di tempo per tirare il fiato e ricominciare con un nuovo ritmo: il bimbo appena nato, anche se richiede molte attenzioni, con tutto l'amore e le soddisfazioni che dà rappresenta un forte stimolo a superare le difficoltà.

Ma il periodo di malinconia e tristezza, tipico delle prime settimane, potrebbe non scomparire ma, al contrario, protrarsi e accentuarsi fino a causare ansia, insonnia, stato di malessere, incapacità di concentrazione, pianto o apatia, senso di depressione e perdita di interesse per il bambino.



## 1.2.2 Le ansie per il bambino

Durante la gravidanza tutto era più semplice: il piccolo si nutriva attraverso la mamma, dormiva quando dormiva la mamma, faceva parte della esistenza materna in modo naturale. Ora invece, ci si ritrova fra le braccia un esserino delicato, totalmente dipendente, con una serie di bisogni e di aspettative che le mamme non sono sicure di riuscire a interpretare. È normale sentirsi spaventate dal nuovo impegno e chiedersi “Sarò una buona madre?”.

Ebbene, la buona notizia è che ogni madre è la migliore madre per il proprio bambino. Ma occorre tempo e sostegno alle funzioni materne per lasciare che madre e figlio si conoscano l’un l’altro, superino i primi momenti, ed entrino in quella fase in cui tutto sembrerà più facile.

## 1.2.3 Se la coppia è in crisi

Diventare genitori rappresenta una delle gioie più grandi per una coppia, ma, allo stesso tempo, anche uno dei momenti più rivoluzionari e talora traumatici, che può mettere alla prova anche relazioni lunghe e consolidate. La conflittualità e l’ansia creano un vissuto doloroso che, soprattutto nelle età più precoci della vita, può essere il presupposto di disturbi psicologici e comportamentali. Sarebbe pertanto auspicabile, per il benessere della coppia e, di conseguenza, del bambino, affrontare la genitorialità in maniera matura e consapevole. Essere genitore vuol dire assumersi la responsabilità non solo di mettere al mondo, ma soprattutto di preparare alla vita degli “esseri sociali”, potenzialmente in grado di costruire in maniera libera e fruttuosa il proprio futuro e, di riflesso, quello della società tutta di cui faranno parte.

Quando queste premesse non sono presenti, o lo sono in modo instabile, c’è ulteriore bisogno di un sostegno alla genitorialità che assuma vesti e forme specifiche e che protegga in ogni modo possibile la costruzione del legame di attaccamento.

Con la nascita del figlio, quindi, la donna abbandona il proprio modo di vivere per avviarne uno nuovo. Il senso di responsabilità, specialmente nel caso del primo bambino, può essere schiacciante. E la mamma può sentirsi sperduta, piccola, inadeguata, con un gran bisogno di essere sostenuta, anche perché le fonti di stress dopo il parto sono numerose.

## 1.3 Obiettivi del progetto PRIMA

Proprio con la finalità di costruire attorno alle nuove genitorialità quel concetto di “villaggio” che saluta, accoglie e protegge le nuove nascite, obiettivo specifico del progetto è stato la costruzione di un sistema locale integrato di servizi per la prevenzione degli effetti della povertà sulla primissima infanzia (0-3 anni) e il miglioramento del benessere del bambino e dei suoi genitori, operando in modo globale sul bambino e sul suo nucleo familiare con la mobilitazione di risorse territoriali istituzionali, formali e non formali, e del volontariato, in una dimensione di welfare comunitario capace di coprire due aree metropolitane abruzzesi (Pescara-Teramo).



### 1.3.1 Obiettivi specifici

Più nel dettaglio il progetto PRIMA ha lavorato ai seguenti obiettivi:

1. prevenire precocemente gli effetti della povertà nei primi mille giorni di vita del bambino;
2. accompagnare la nascita e la crescita del bambino facilitando l'accesso ai servizi;
3. migliorare la salute fisica e psicologica materna e infantile, prevenendo trascuratezza e maltrattamento;
4. incoraggiare la genitorialità positiva e l'accesso precoce al sistema educativo (nidi).

#### 1.3.1.1 Effetti della povertà educativa nei primi mille giorni

La conoscenza dei principali fattori di rischio per la salute e di quelli protettivi nei primi mille giorni di vita - che vanno all'incirca dal concepimento al secondo anno di età del bambino - può cambiare radicalmente le prospettive di salute dei propri figli, da piccoli e da adulti. Inoltre, dal momento che gli effetti dell'esposizione a taluni fattori ambientali (sostanze inquinanti come anche ambienti di crescita avversi e poveri dal punto di vista educativo) si possono manifestare molto avanti nel tempo (in termini di patologie, ma anche di fallimenti scolastici, difficoltà di integrazione sociale etc.), l'attenzione che merita questo periodo può fare davvero la differenza per le generazioni che verranno.

È ormai dimostrato che gli stimoli e le informazioni che giungono al feto, attraverso la madre, e poi al lattante e al bambino, in questo periodo di massima plasticità ma anche di estrema vulnerabilità, determinano nell'immediato lo sviluppo di organi e tessuti, *in primis* il cervello; mentre nel medio e lungo termine, sono alla base dello stato di salute del singolo individuo e, nella misura in cui riescono ad innescare mutazioni ereditarie, di quello delle future generazioni. Alla luce di questo, la conoscenza dei fattori di rischio e di quelli protettivi, nonché della loro interazione con la suscettibilità genetica, diventa una priorità di salute pubblica.

Tutti i genitori vogliono senz'altro il meglio per i propri figli ma ancora pochi sanno che a tale scopo possono fare moltissimo perché questo meglio non è frutto del caso, bensì, in gran parte, di una genitorialità consapevole, che la conoscenza dei fattori di rischio e di quelli protettivi della salute nei primi mille giorni di vita contribuisce a formare.

Ed è proprio in questo vacuum di conoscenza che si è innestata l'attività del progetto PRIMA interessato a favorire anche l'attenzione precoce alle stimolazioni cognitive nei neonati, come forma di prevenzione di potenziali esiti di povertà educativa nelle età future.

#### 1.3.1.2 Accesso ai Servizi

Premura di ogni famiglia in attesa di un bambino è, ovviamente, quella di assumere quante più informazioni possibili sulle necessità sanitarie collegate alla gestione della gravidanza e del parto. Dall'assunzione di acido folico e di un adeguato apporto di sale iodato nel periodo preconcezionale, passando per la prevenzione dei rischi da esposizione a interferenti endocrini e radiazioni ionizzanti, alle raccomandazioni di adottare stili di vita salutari soprattutto durante l'età fertile e di prestare attenzione al proprio stato immunitario. Dalla necessità di garantire un'adeguata assistenza durante il percorso nascita alle informazioni sui rischi di infezioni in gravidanza. Dalla possibilità di diagnosi prenatale alle informazioni sulle possibilità del parto (anche in caso di pregresso parto cesareo), sulla raccolta di sangue dal cordone ombelicale, sull'allattamento fino a quelle sulle ore di sonno e sull'igiene orale da garantire al bambino



Quasi mai i futuri genitori si occupano di raccogliere informazioni anche sulla rete dei servizi per la famiglia presenti su ciascun territorio.

Il Documento di indirizzo *“Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita”*, rivolto a genitori, operatori sanitari e policy maker, messo a punto dal Tavolo tecnico del Ministero della Salute offre, invece, un’analisi sui “Benefici economici e sociali degli investimenti nelle prime epoche della vita: evidenze e meccanismi”. E questo perché, come si legge nel Documento stesso, “assicurare ad ogni bambino il miglior inizio possibile rappresenta una delle più importanti ed efficaci politiche che un Governo o un’amministrazione locale possano adottare. I benefici economici e sociali degli investimenti in salute, istruzione e protezione sociale nelle prime epoche della vita sono documentati da una crescente mole di ricerche”. E ancora, nel Nurturing Care Framework, redatto nel 2018 da OMS, UNICEF, Banca Mondiale, e a cui il Documento ministeriale si ispira, “investire nello sviluppo precoce del bambino costituisce uno dei migliori investimenti che un paese può fare per sviluppare la sua economia, promuovere società pacifiche e sostenibili, eliminare la povertà estrema e ridurre le disuguaglianze”.

Le famiglie possono e devono, nelle intenzioni di questo progetto PRIMA, assumere informazioni anche in relazione al sistema integrato di interventi e servizi sociali, caratterizzato dall’integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie nonché con gli interventi dell’istruzione, della giustizia minorile, delle politiche attive della formazione, del lavoro, delle politiche migratorie, della casa, della sicurezza sociale e degli altri Servizi sociali presenti nell’ambito territoriale di riferimento. Le famiglie devono sapere che ai Comuni compete la gestione delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, vale a dire tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. E che la strategia dell’integrazione trova realizzazione, inoltre, nel coinvolgimento del terzo settore nei processi di programmazione locale e nella gestione dei Servizi, nonché nella collaborazione e partecipazione dei soggetti privati nell’erogazione delle prestazioni alla collettività.

### **1.3.1.3 Prevenire le varie forme di maltrattamento**

Come dettagliatamente indicato dal "CISMAI" nel suo "LINEE GUIDA PER GLI INTERVENTI DI HOME VISITING" nella prevenzione del maltrattamento all’infanzia del 2017, esistono specifici requisiti di qualità degli interventi di prevenzione del maltrattamento attraverso lo specifico strumento dell’home visiting, così come viene declinato nel documento dell’OMS (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, che contiene un radicale spostamento del focus di osservazione da cui trarre iniziative per una prevenzione realistica ed efficace del maltrattamento all’infanzia. L’OMS, infatti, pone l’attenzione sulla precocità della rilevazione prendendo in esame il periodo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio. Poiché i servizi ospedalieri, con cui la gestante viene a contatto possono rilevare precocemente segnali di disagio e attivare interventi di sostegno preventivo a difficoltà di cura e gestione della genitorialità, questo progetto PRIMA ha collocato il suo servizio di Segnalazione e Screening all’interno dei Dipartimenti Materno-Infantili presenti negli Ospedali di Pescara e di Teramo proprio per individuare e indirizzare le famiglie a servizi di supporto precoce alla genitorialità, con l’intenzione di fare della *vera* prevenzione.



### 1.3.1.4 Favorire la cultura del Nido d'Infanzia non solo come servizio educativo

La povertà educativa, definita da Save the Children come la privazione della possibilità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni, produce i suoi effetti già nella primissima infanzia. Bambini svantaggiati dal punto di vista della condizione socio-economica della famiglia sembrano accumulare un ritardo nell'acquisizione delle competenze matematiche, di lettura e scrittura, fisiche e motorie e socio-emozionali già all'età di 4 anni. Pur nella consapevolezza che nei primi anni di vita, lo sviluppo del bambino segue percorsi differenti e individuali, esiste il concreto rischio che le disuguaglianze legate alle condizioni socio-economiche delle famiglie affiorino nei primi anni di vita. In particolare i bambini appartenenti a famiglie in svantaggio socio-economico che frequentano il nido per lungo tempo, non soltanto acquisiscono maggiori competenze rispetto ai loro coetanei provenienti da famiglie con lo stesso background socio-economico, ma riescono a ridurre il gap anche con gli altri bambini. Tuttavia, la frequenza al nido e la durata della frequenza, calcolata in termini di mesi, è risultata essere un fattore determinante, particolarmente per i bambini svantaggiati dal punto di vista socio-economico, nell'acquisizione delle competenze. Bambini più svantaggiati che hanno frequentato un nido o un servizio per l'infanzia, hanno quasi il doppio delle probabilità di essere resilienti all'età di 15 anni rispetto ai coetanei che non li hanno frequentati. Questi dati sono molto significativi perché confermano la permanenza dell'effetto a lungo termine dell'intervento nella prima infanzia. Queste evidenze si focalizzano sui benefici educativi dei nidi. Non possiamo non accennare però anche alla loro funzione di conciliazione, oltremodo importante in un Paese dove il divario di genere in ambito lavorativo è tra i più consistenti, divario che aumenta per i genitori con almeno un figlio e che nell'attuale periodo pandemico ha assunto un'evidenza marcata per la sua ingiustizia e per la sua disfunzionalità sociale.

L'occupazione femminile e le politiche di conciliazione, nonostante riducano il tempo di cura delle madri, ne aumentano la qualità e l'intensità, stimolando al contempo anche la partecipazione dell'altro genitore. In questi casi le interazioni tra genitori e bambini risultano essere più strutturate e focalizzate sull'*early learning*, alimentando lo sviluppo delle competenze chiave cognitive, fisiche e socio-emozionali dei bambini.

## 1.4 Contesto di riferimento

Il progetto PRIMA nasce dall'esplorazione delle esigenze territoriali espresse nel Piano Sociale della Regione Abruzzo (2016-2018) nell'ambito della programmazione delle politiche per l'infanzia e la famiglia che rileva il "bisogno di interventi di sostegno economico integrato a servizi di Home Visiting e di accompagnamento alla nascita per i neogenitori o per le madri in difficoltà" e "azioni per conciliare tempi di vita e di lavoro al fine di migliorare il benessere quotidiano di tutte le famiglie". Ha inteso, pertanto, rispondere al bisogno di sostenere nuclei in situazioni di povertà educativa attraverso azioni mirate che si esplicano in specifiche attività di supporto e accompagnamento alla genitorialità.

Come dimostrano i dati Caritas di Pescara (partner del progetto), sono 2360 le persone assistite con una significativa presenza di famiglie e di donne con figli a carico nella prima infanzia. Nella fascia 0-3 anni sono presenti a Pescara 3649 bambini, di cui solo 226 riusciranno ad accedere ad un asilo pubblico o convenzionato per l'evidente carenza di posti. Se l'incidenza di povertà è pari all'11,2% (dato Istat), si stimano nella sola Pescara circa 408 bambini in condizione di povertà (dato sottostimato considerato che l'area metropolitana pescarese è quella più a rischio per la presenza rilevante di famiglie immigrate, rom, nomadi, con gravi disagi all'interno di almeno 3 quartieri a rischio quali Rancitelli, Zanni, Fontanelle). Analoga condizione nell'area teramana mappata per il progetto, dove sono presenti 5069 bambini nella fascia 0-6, di cui 3.112 nella fascia 0-3 anni, di cui solo 397 accedono all'asilo nido. Nell'area teramana sono 152 i bambini nella fascia 0-6 segnalati ai servizi sociali.



## 1.5 Presupposti teorici

Il progetto PRIMA ha rivolto la sua attenzione alle future ed alle neo-famiglie, perché supportare lo sviluppo precoce del bambino (Early Childhood Development – ECD -) comporta agire in modo tempestivo ed efficace fin dal concepimento, continuare durante tutta la gravidanza e nei primi anni di vita del bimbo, per favorire così uno sviluppo in salute, ridurre la povertà, lo svantaggio e le eventuali disuguaglianze, e risultare, così, anche "economicamente" vantaggioso laddove ha evitato esiti di trascuratezza educativa che avrebbero potuto, alla lunga, anche concretizzare danni alla salute psicoaffettiva dei bambini di cui avrebbe dovuto farsi carico la rete dei servizi sociosanitari.

Il progetto PRIMA ha voluto contribuire alla tutela di tutti quei "fattori protettivi" che condizionano in maniera positiva lo sviluppo del bambino e quindi la salute e il benessere della madre, l'allattamento al seno, l'attaccamento sicuro e un contesto relazionale di qualità, sostegni economici finalizzati, la resilienza individuale e quella di comunità; ha promosso fortemente, inoltre, il ricorso al Nido d'Infanzia, luogo che offre la possibilità di sperimentare attività diverse, che fornisce stimoli mentali opportuni, che avvicina i piccoli alla lettura, alla musica e all'arte e che consente ai genitori di offrire ai figli un tempo di qualità.

L'intervento si è realizzato a partire dall'analisi attenta dei dati di cui gli operatori sociali o sanitari entrano in possesso durante l'evento nascita ma anche durante i percorsi di accompagnamento alla nascita, dall'osservazione e dall'ascolto dei bisogni, anche di quelli non esplicitati per paura, per convenzione sociale, per pudore, per vergogna. È proseguito a casa della famiglia grazie all'intervento di personale altamente qualificato, capace di guidare, accogliere, comprendere e in grado di offrire soluzioni.

Ma, poiché spesso la donna vive la gravidanza e le prime fasi di vita del neonato in una rischiosa solitudine, è continuato con la creazione di una rete sociale di aiuto e di sostegno, tramite la fondamentale operatività degli sportelli di Orientamento e Accompagnamento nel territorio, punto di riferimento per promuovere un contesto di protezione e cura a supporto delle mamme nella relazione con il figlio/a.

La strategia dell'intero progetto è stata quella di assistere la delicata fase della maternità non solo dal punto di vista del bilancio di salute fisica dei bambini, ma aggiungendo all'importante logica medico-pediatrica anche l'offerta di prestazioni integrate di sostegno alla salute psicologica materna, di assistenza alle madri per la cura del bambino e la comprensione delle sue tappe di sviluppo, di attività di orientamento, accompagnamento e accesso ai servizi sociali, educativi, sanitari e di inclusione lavorativa, di supporto alle madri per la definizione di obiettivi per il futuro in grado di trovare soluzioni di lavoro compatibili con la cura dei figli, promuovendo interventi di genitorialità positiva, di contributo alle strategie di conciliazione dei tempi di famiglia con i tempi di lavoro materni, e dell'importante spinta alla rivalutazione dei Nidi d'Infanzia come contesti educativi che offrono un importante tempo di qualità ai neonati concedendo ai suoi genitori il recupero di un tempo "adulto" che può avere altre destinazioni.

Tutte le azioni del progetto PRIMA sono state finalizzate alla promozione della genitorialità positiva e alla partecipazione attiva delle famiglie con il fine ultimo di migliorare il benessere del bambino attraverso azioni di prevenzione e contrasto alla povertà educativa anche nella primissima infanzia.



## 2. I preliminari del Progetto. Formazione, procedure, documentazione applicata

con il contributo della dott.ssa **Claudia Paraguai**  
e della prof.ssa **Maria Cristina Verrocchio**

“La cosa più importante nella vita è pianificare le proprie attività.  
Trovo che la chiave sia dividere la giornata in unità di tempo  
della durata di non più di trenta minuti: le ore intere possono intimorire un po’  
e la maggior parte delle attività richiede non più di mezz’ora”

Nick Hornby

### 2.1 La scelta di procedere le fasi del lavoro del Progetto

Quando il progetto è stato avviato, ossia le risorse sono state allocate e le varie verifiche previste nel processo di avvio sono state compiute, prima di passare all’esecuzione vera e propria delle attività di questo progetto PRIMA, si è ritenuto necessario procedere con la pianificazione del lavoro. Il processo di pianificazione è stato ritenuto cruciale per la riuscita del progetto. Iniziare, infatti, l’esecuzione senza una adeguata pianificazione è uno dei rischi principali a cui ogni progetto va incontro.

La procedura, ed in seguito la gestione dell’ambito di progetto, ha compreso i processi necessari ad assicurare che il progetto includesse tutto il lavoro richiesto, e soltanto il lavoro richiesto, ai fini del suo completamento con successo.

L’obiettivo primario è stato definire e controllare non solo ciò che era incluso nel progetto ma soprattutto ciò che non lo era. Ciò anche al fine di agevolare le attività del Centro di Coordinamento che avrebbe potuto essere sommerso di richieste di varianti di progetto e/o in corso d’opera: la decisione di rigettare quelle al di fuori dell’ambito del progetto è stata, così, automatica e “facile”.

La procedura è uno strumento gestionale che, pur consentendo di iniziare il processo di pianificazione, mantiene il suo valore lungo tutto il processo di monitoraggio, e che assume un valore strategico nella comunicazione dello stato del progetto stesso in tutte le fasi.

La procedura ha tratto origine dalla definizione dei contenuti di progetto, ne ha permesso la precisa allocazione e li ha collegati alle responsabilità specifiche. È stato, inoltre, il punto di partenza per la definizione del reticolo delle attività, per la schedulazione e la definizione dei tempi di realizzazione.

La procedura, come tutti i piani, è stata considerata nelle sue caratteristiche di flessibilità e suscettibilità di modifiche e migliorie in corso di esecuzione. Alla sua base c’è stata la scomposizione del progetto in fasi successive di realizzazione così da poterne governare la struttura.

Al termine della sua ideazione, è divenuto, dunque, il documento in cui il team di progetto ha delineato tutte le azioni necessarie per portarne a termine l’esecuzione.





## 2.2 La costruzione della procedura di lavoro del Progetto

Si è partiti da un'idea di senso comune, e cioè che un oggetto complesso risulti di difficile comprensione quando si trovi nel suo stato finale. I vari elementi che lo compongono risultano, invece, di più semplice comprensione. A loro volta, questi elementi potranno essere composti da sottoparti di ancora più semplice comprensione e via di seguito, fino ad arrivare alle parti più elementari, non più decomponibili. Queste parti elementari, che rappresentano, quindi, l'ultimo livello di scomposizione, sono, dunque, i diversi elementi che hanno composto la procedura e al cui interno si sono attuate le azioni di dettaglio che hanno realizzato il progetto stesso, la valutazione (ex ante), la durata e la frequenza, l'obiettivo di lavoro e il relativo risultato (ex post).

La procedura è stata quindi considerata la base su cui costruire il progetto ed è quindi consistita in:

- compiti
- priorità
- durata e scadenza
- risorse umane necessarie
- pianificazione

Nell'ambito del progetto PRIMA è stata presente la consapevolezza che questo lavoro preparatorio avrebbe richiesto un alto grado di impegno e precisione, impegno al quale non si è voluto rinunciare con la consapevolezza dei molti vantaggi che sarebbero ricaduti sull'esecuzione dei Progetti Individualizzati di Accompagnamento alla Crescita, ma anche sul Centro di Coordinamento.

## 2.3 I vantaggi della procedura di lavoro

La procedura di solito si presenta come una tabella o un grafico per essere più visuale, include i dati essenziali e, fornendo al team di lavoro una visione d'insieme, permette di:

- strutturare le fasi in anticipo
- definire i diversi compiti che costituiscono il progetto
- dividere i compiti in sottoinsiemi
- programmare le attività
- monitorare accuratamente lo stato di avanzamento del progetto
- promuovere la comunicazione e il lavoro collaborativo

Tutti gli attori del progetto hanno la possibilità di fare riferimento alla procedura programmata per gestire le loro attività quotidiane. Inoltre, possono identificare più facilmente il loro posto nel progetto, la gerarchia dei compiti e quindi l'impatto del loro lavoro.



## 2.4 La documentazione di progetto

Assecondare l'intenzione celata dietro la necessità di procedere le attività di progetto, ha richiesto una importante attenzione alla documentazione. Una documentazione di progetto chiara e dettagliata è stata fondamentale per il successo delle azioni incluse nel progetto stesso, e la sua corretta redazione e conservazione è stata fondamentale.

Si è partiti dall'assunto che ogni procedura di progetto è unica e, pertanto, richiede una documentazione unica che sostenga e certifichi l'avvenuta esecuzione di tutte le fasi di cui il lavoro si compone.

Anche nel caso del progetto PRIMA è stato fondamentale individuare i documenti critici ed importanti.

La domanda fondamentale che ci si è posti è stata: qual è la documentazione di progetto minima necessaria?

In generale, la documentazione di progetto si concentra per:

- definire scopo e ambito;
- identificare risultati;
- documentare il metodo;
- comunicare progressi e aggiornare gli stakeholder di progetto.

Ancora una volta si può comprendere quanto una corretta documentazione sia stata fondamentale per la riuscita anche del progetto PRIMA.

Che si trattasse di documenti cartacei o di documentazione caricata direttamente sulla piattaforma appositamente ideata e creata, è stato necessario pianificare e sviluppare la documentazione del progetto prima di avviare il progetto stesso.

All'interno delle funzioni di coordinamento si è quindi dovuto anticipare il tempo necessario allo sviluppo di tali documenti all'interno della procedura di progetto e premurarsi di aggiornare quest'ultima ogni volta che si è verificato un cambiamento conseguente alla stretta azione di monitoraggio e di rimodulazione delle attività.

Sempre all'interno delle funzioni di coordinamento sono ricaduti i compiti di conservazione della documentazione per tutto il ciclo di vita del Progetto.

## 2.5 La procedura di presa in carico del Servizio di Home Visiting

Nell'ambito delle attività di Home Visiting previste dal Progetto, i partner pubblici (Asl Teramo e Pescara, Comuni di Pescara, Roseto, Pineto e Teramo) ed il Servizio Rete di Sorveglianza e Screening incistato all'interno degli Ospedali di Pescara e Teramo, si sono occupati delle attività di screening e di intercettazione del bisogno laddove nasce e si sviluppa. I suddetti partner hanno quindi adoperato la predisposta Scheda di Segnalazione (che vale anche come "griglia di rilevazione") da trasmettere via fax/via mail/tramite piattaforma al Centro di Coordinamento, che la cataloga sul "Registro prese in carico" dando a ciascuna griglia una numerazione progressiva 1-..... PE / 1-.....TE che diventerà il "numero scheda" identificativo di ciascuna famiglia seguita.

Dopo aver consultato il materiale documentale trasmesso, la Responsabile del Centro di Coordinamento attiva un tempestivo contatto telefonico con l'operatore inviante, trattenendone i contenuti sul modulo di registrazione "Contatto telefonico" in cui verranno riportati elementi non contenuti nella griglia ma di utilità ai fini dell'attivazione del progetto, con riferimento alla presenza/assenza dei seguenti parametri minimi:



1. residenza o domicilio nel territorio di interesse per il progetto PRIMA;
2. presenza/assenza di elementi di pericolosità incompatibili con l'intervento domiciliare;
3. presenza/assenza di limitazioni alla libertà personale per uno o entrambi i genitori da prendere in carico;
4. presenza/assenza di altre forme di tutela già attivate a favore del minore, compresi collocamento in comunità educativa con o senza madre; interventi educativi domiciliari;
5. altri fattori non preventivamente prevedibili ma incompatibili con il servizio.

Se il caso rientra nei criteri del progetto, si avvia la presa in carico che può prevedere o l'attivazione dell'intervento di Home Visiting o l'attivazione dell'intervento di Orientamento e Accompagnamento.

Nel caso di avvio dell'intervento di Home Visiting, il primo contatto telefonico tra il Centro di Coordinamento e l'operatore inviante coincide con il primo intervento Home Visiting per l'analisi della domanda, azione che verrà effettuata, nella forma di intervento domiciliare, dall'operatore inviante e dalla corrispondente Referente Territoriale.

Una volta definito l'obiettivo del progetto di Home Visiting durante il primo incontro con la famiglia, i Referenti Territoriali e gli inviati illustreranno tempi, modalità e svolgimento dell'attività, consegnando contestualmente un promemoria con data di inizio, nome dell'operatrice incaricata e frequenza del servizio.

L'incontro di avvio dell'intervento Home Visiting si svolge, quindi, a cura della Referente Territoriale e dell'Operatrice incaricata; in questo ambito la famiglia sottoscrive le "Liberatorie" e il "Patto educativo".

Questo incontro di avvio rientra nel novero delle visite domiciliari che si utilizzano per acquisire gli elementi utili a compilare la "Scheda ex-ante" che ciascuna Operatrice Home Visiting avrà cura di recapitare al Centro di Coordinamento, e all'interno delle quali, dove possibile, si effettua anche la consulenza pediatrica. Una volta acquisita la "scheda ex-ante" si provvede a ricavarne il livello di gravità che abbinato all'obiettivo del progetto tramite la "Tabella attribuzione monte ore"; determinerà la durata complessiva dell'intervento. Si provvede, inoltre, anche all'elaborazione del "Progetto individualizzato di accompagnamento alla crescita" che conterrà: data e presenti, obiettivi, dote educativa, strumenti e metodologia utilizzata, operatore individuato, indicatori raggiungimento obiettivi, frequenza e durata dell'intervento, rivalutazione intermedia, valutazione finale e firma della Coordinatrice del Servizio. A ciascuna visita domiciliare, seguirà la firma apposta dall'Operatrice e dalla famiglia sul "Foglio Firme" e la descrizione dei contenuti dell'intervento da parte dell'Operatrice Home Visiting sul "Diario di bordo".

Nel caso in cui la famiglia abbia un reddito ISEE che le consenta di rientrare nel numero delle 51 titolari di dote economica, si sottoscrive anche il "Patto di dote educativa". In quest'ultimo caso sarà cura dell'Operatrice Home Visiting la compilazione del "Modulo Richiesta" con cui si comunica la finalità, l'utilizzo e l'importo richiesto per il conseguimento degli obiettivi previsti nel progetto individualizzato di accompagnamento alla crescita. In caso si ravvisino particolari esigenze del nucleo, l'Operatrice potrà fare richiesta di coinvolgere altre figure specialistiche, richiedendone la presenza tramite il modulo "Richiesta figure specialistiche" che contiene l'indicazione e la finalità della figura richiesta.

Con frequenza tipicamente mensile, le Operatrici Home Visiting sono coinvolte nell'attività di supervisione i cui contenuti vengono riportati nel modulo "Supervisione" e che ha la finalità di cogliere le difficoltà operative, accomodare gli strumenti utilizzati o avallare la prosecuzione di quanto attivato.

Completato il monte ore attribuito alla famiglia, il caso si considera chiuso e l'Operatrice Home Visiting compila la "Scheda ex post". Se richiesto dai Servizi del territorio, si formulerà una relazione a schema libero più dettagliata a cura della Coordinatrice del Servizio.





## 2.6 Il Corso di Formazione

Per arrivare a fare in modo che tutto il personale impegnato nelle attività di Segnalazione e poi di Home Visiting fosse allineato sui medesimi contenuti relativi alla metodologia ed alla prassi da seguire nell'ambito delle azioni di Progetto, le attività di Progetto sono state anticipate da un corso di formazione destinato a tutto il personale impegnato nel Progetto PRIMA.

Il Corso di Formazione per gli operatori coinvolti nel progetto dal titolo "*Prevenire la povertà educativa minorile: interventi di Home Visiting e orientamento nel territorio*", è stato articolato in 4 incontri di 8 ore ciascuno per un totale di 32 ore, è iniziato il 13/10/2018 e terminato il 10/11/2018.

In occasione del corso il Soggetto Valutatore del progetto PRIMA ha costruito un questionario da compilare in forma anonima, per rilevare dati descrittivi del gruppo dei partecipanti e per valutare l'utilità e l'efficacia degli interventi formativi. Lo strumento è stato somministrato all'inizio e al termine della proposta formativa.



**Università G. D'Annunzio di Chieti-Pescara**

Prof.ssa **Maria Cristina Verrocchio**

Soggetto valutatore **Progetto PRIMA** - Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita.

Buongiorno,

il presente questionario (A) ha lo scopo di valutare l'utilità e l'efficacia degli interventi formativi che Le verranno offerti in relazione al Progetto PRIMA. Le chiediamo la Sua collaborazione nel rispondere alle seguenti domande apponendo una X nella casella del livello che ritiene opportuno.

Le ricordiamo che il questionario è anonimo.

Grazie.

Età ..... Sesso  M  F

Qualifica/Titolo di Studio .....

Sede di Servizio .....

Ruolo ..... Anni di esperienza .....

1. Sa cos'è l'Home Visiting?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

2. È a conoscenza dei modelli di Home Visiting?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

3. Conosce le eventuali problematiche che accompagnano la nascita di un bambino per quanto riguarda gli aspetti personali, di coppia, familiari, sociali?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

4. Conosce gli aspetti principali dello sviluppo tipico e atipico del bambino con particolare riferimento ai bisogni fisici di cura e a quelli emotivo-affettivi?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo



5. Conosce la teoria dell'attaccamento?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

6. Saprebbe individuare i segnali di sofferenza della madre e/o del nucleo familiare?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

7. Nel rispetto delle Sue competenze, si sente in grado di rilevare precocemente i fattori di rischio e di protezione per la crescita del bambino?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

8. Saprebbe orientarsi nella scelta di progetti individualizzati per favorire il benessere personale e familiare durante la crescita del bambino?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

9. Saprebbe costruire e gestire rapporti collaborativi con le famiglie al fine di supportare l'accudimento dei loro figli?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

10. Le è chiaro il concetto di povertà educativa?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

Nella forma "post" sono stati inseriti item per valutare la soddisfazione dei partecipanti.



**Università G. D'Annunzio di Chieti-Pescara**

Prof.ssa **Maria Cristina Verrocchio**

Soggetto valutatore **Progetto PRIMA** - Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita.

Buongiorno,

il presente questionario (B) ha lo scopo di valutare l'utilità e l'efficacia degli interventi formativi che Le verranno offerti in relazione al Progetto PRIMA. Le chiediamo la Sua collaborazione nel rispondere alle seguenti domande apponendo una X nella casella del livello che ritiene opportuno.

Le ricordiamo che il questionario è anonimo.

Grazie.

Età ..... Sesso  M  F

Qualifica/Titolo di Studio .....

Sede di Servizio .....

Ruolo ..... Anni di esperienza .....

Sezione 1 - Il corso

1. La sede del corso, i materiali utilizzati, il numero dei partecipanti, ecc. sono stati adeguati?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

2. Gli incontri si sono svolti con regolarità e nel rispetto degli orari previsti?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

3. Le conoscenze possedute sono state sufficienti per comprendere gli argomenti trattati?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo





## Sezione 2 - I formatori

4. I formatori hanno stimolato l'interesse verso gli argomenti trattati?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

5. Gli argomenti sono stati esposti in modo chiaro?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

6. I formatori sono stati disponibili ad ulteriori chiarimenti?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

## Sezione 3 - I contenuti

1. Sa cos'è l'Home Visiting?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

2. È a conoscenza dei modelli di Home Visiting?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

3. Conosce le eventuali problematiche che accompagnano la nascita di un bambino per quanto riguarda gli aspetti personali, di coppia, familiari, sociali?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

4. Conosce gli aspetti principali dello sviluppo tipico e atipico del bambino con particolare riferimento ai bisogni fisici di cura e a quelli emotivo-affettivi?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo



5. Conosce la teoria dell'attaccamento?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

6. Saprebbe individuare i segnali di sofferenza della madre e/o del nucleo familiare?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

7. Nel rispetto delle Sue competenze, si sente in grado di rilevare precocemente i fattori di rischio e di protezione per la crescita del bambino?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

8. Saprebbe orientarsi nella scelta di progetti individualizzati per favorire il benessere personale e familiare durante la crescita del bambino?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

9. Saprebbe costruire e gestire rapporti collaborativi con le famiglie al fine di supportare l'accudimento dei loro figli?

Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo

10. Le è chiaro il concetto di povertà educativa?

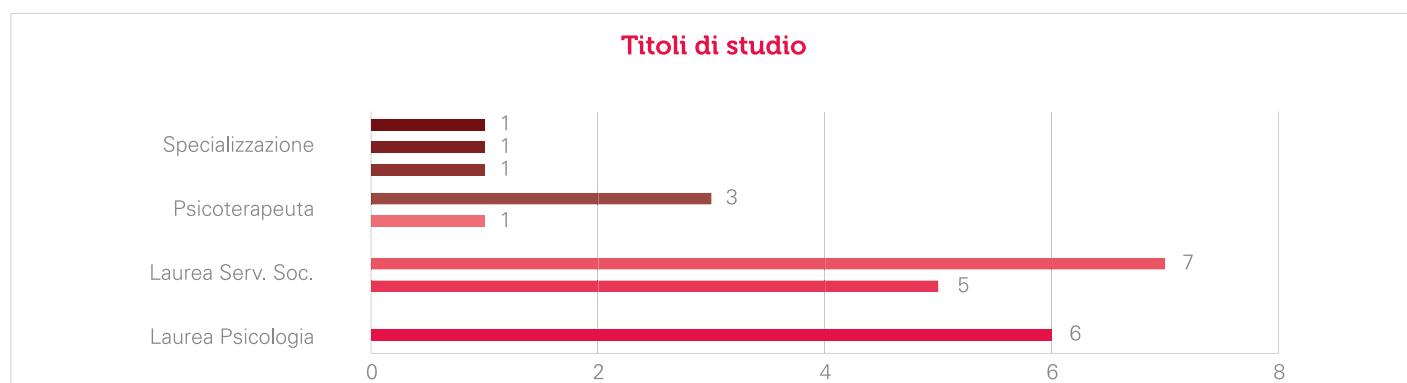
Pochissimo	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo



I partecipanti sono stati 28. Tra questi, 25 hanno compilato il questionario nelle forme pre e post corso. Dall'analisi dei dati dei questionari sono emersi dati interessanti.

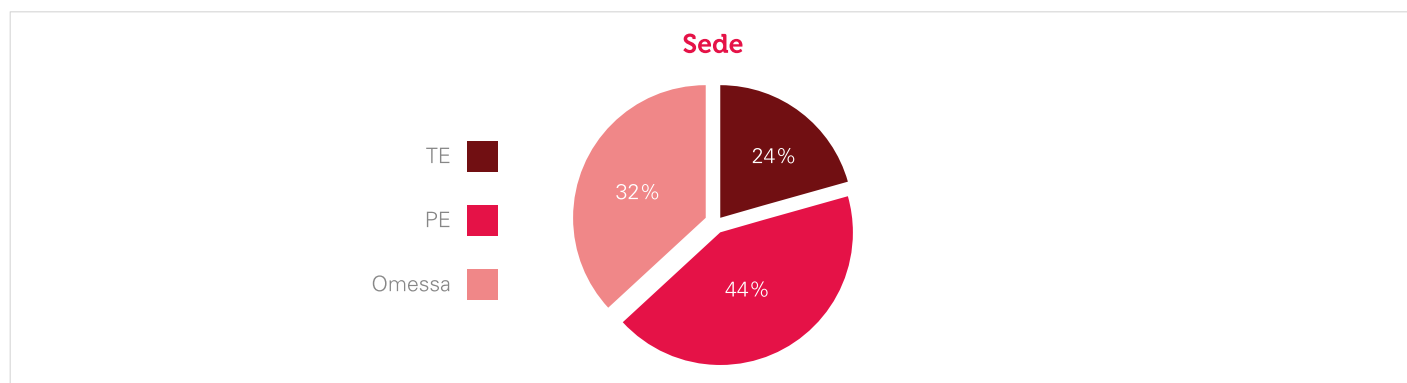
Il gruppo che ha partecipato alla formazione è costituito da operatrici di età compresa tra i 25 e i 54 anni (media=38 anni; DS=8,5).

I titoli di studio delle partecipanti si distribuiscono, come evidenziato nel grafico n. 1, e gli anni di esperienza vanno da un minimo di 1 a un massimo di 30 (media=11 anni; DS=8).

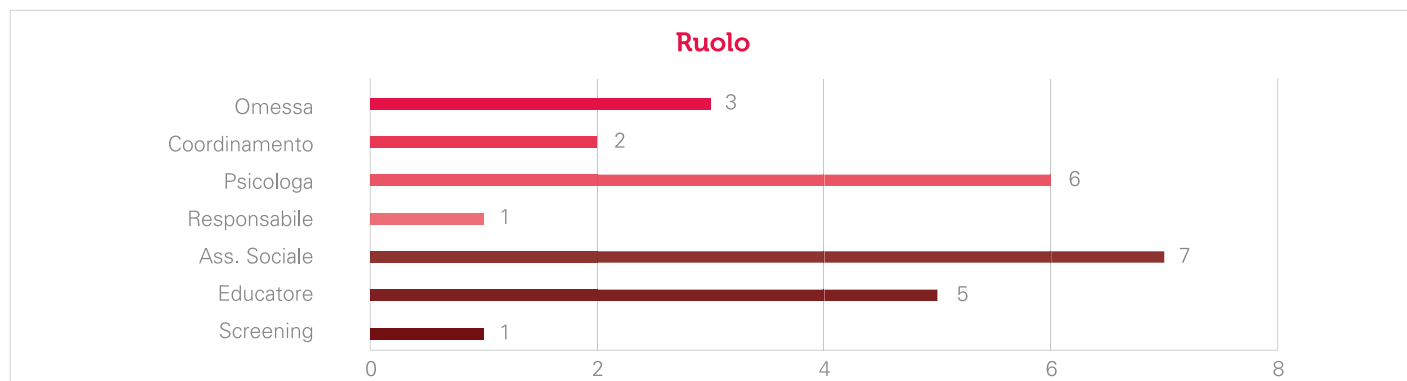


Graf. n. 1 – Titoli di studio

Le partecipanti al corso, all'interno del Progetto P.R.I.M.A. sono distribuite su due sedi operative (graf. n. 2) e svolgono la loro attività con diverse funzioni (graf. n. 3).



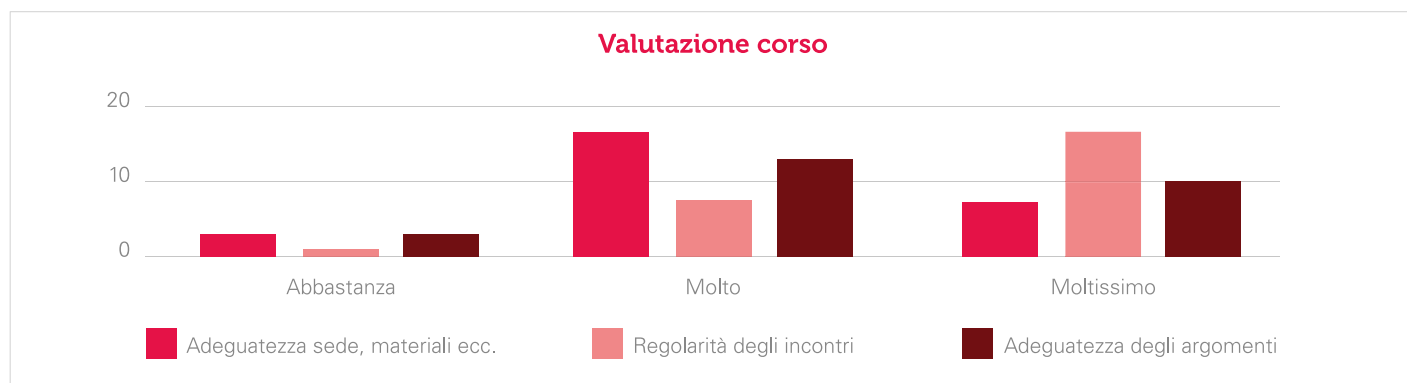
Graf. N. 2 – Sedi operative



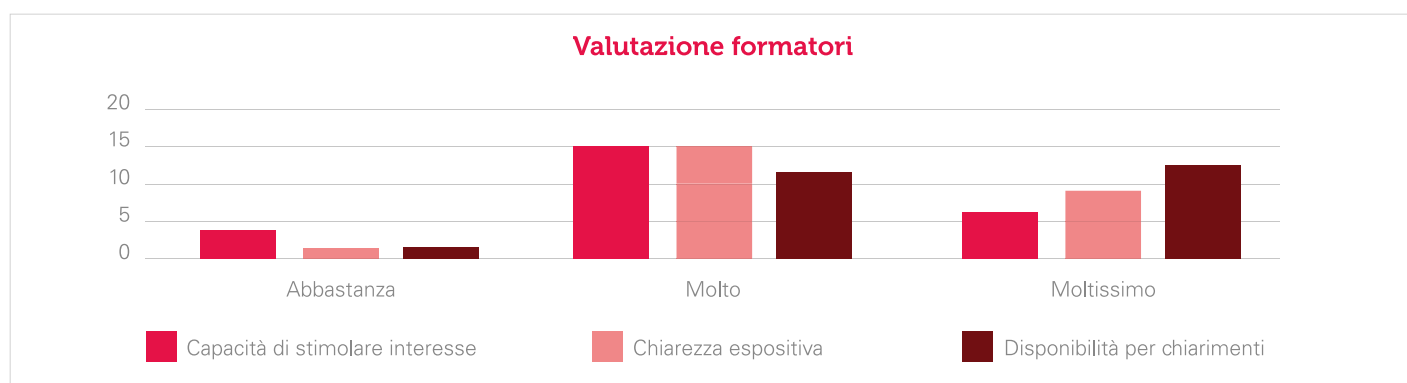
Graf.N.3– Ruoli



Il corso e i formatori sono stati valutati dai partecipanti in modo estremamente positivo (graf. n. 4 e n. 5). La scala likert a 5 gradi di soddisfazione ha evidenziato, infatti, che i giudizi corrispondenti a “pochissimo” e “poco” non sono stati utilizzati.



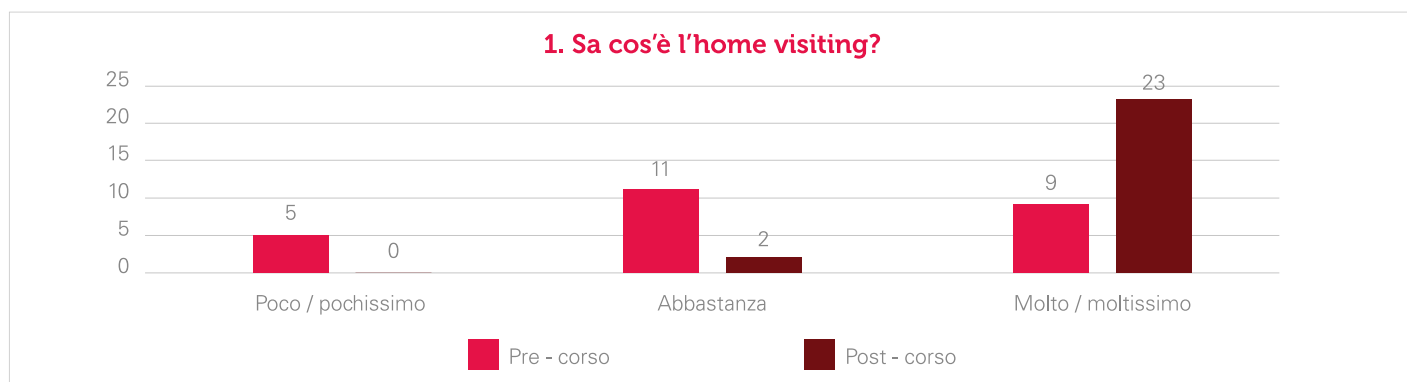
Graf. N. 4 - Valutazione corso



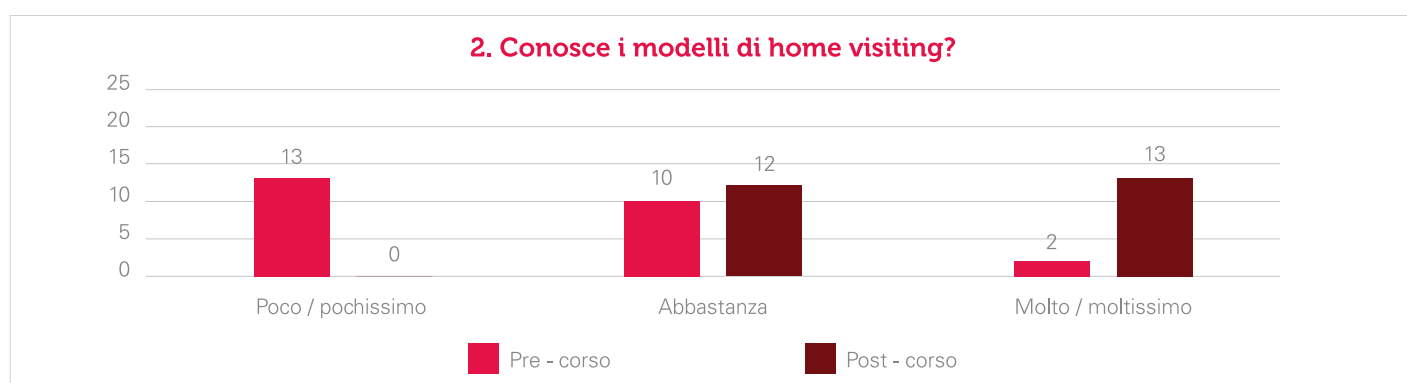
Graf. N. 5 - Valutazione formatori

I 10 item utilizzati per valutare l'efficacia dell'intervento formativo prevedevano risposte qualitative su scala likert a 5 gradi (pochissimo/poco/abbastanza/molto/moltissimo). Data l'esigua numerosità del gruppo dei partecipanti le risposte pre e post corso, sono state raggruppate in 3 gradi sommando le frequenze di “pochissimo” con “poco” e “molto” con “moltissimo”, lasciando inalterata la risposta di tendenza centrale di “abbastanza”. Nonostante ciò non si è potuto procedere al test di significatività statistica del Chi Quadro a causa della presenza di un numero elevato di celle con numerosità inferiore a 5.

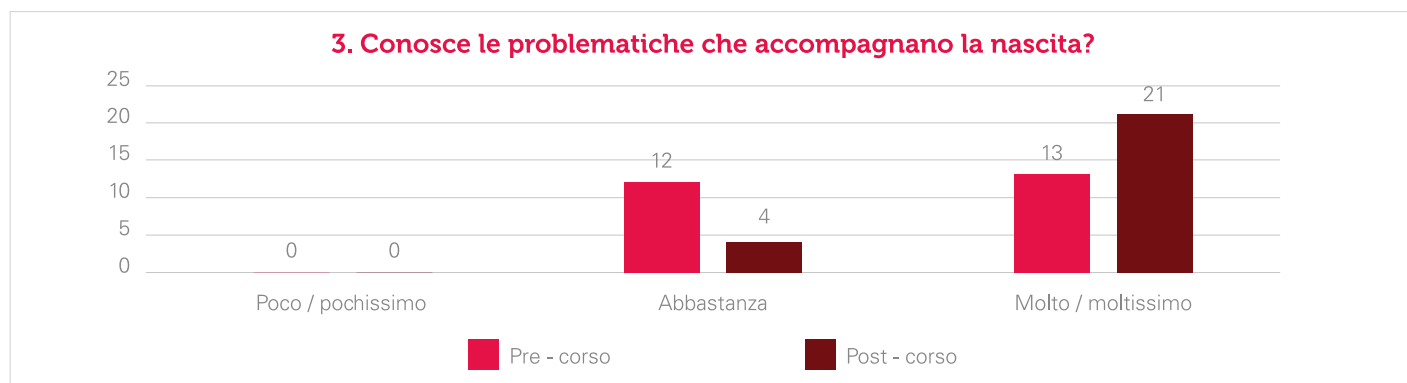
Si è così proceduto ad un confronto qualitativo della distribuzione delle frequenze di risposta ottenuta per ciascun item prima e dopo il corso (grafici sottostanti, da graf. 6 a graf. 15).



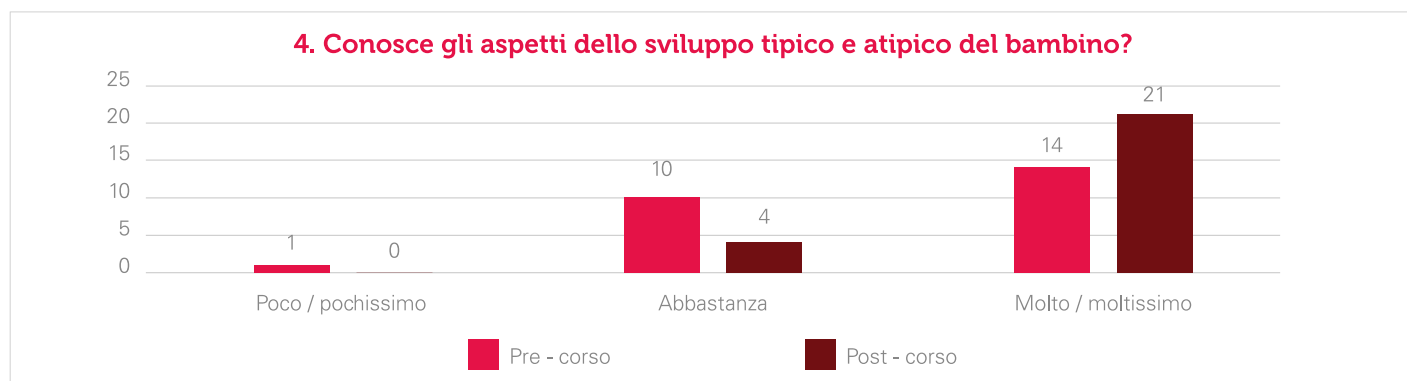
Graf. N. 6 - item 1



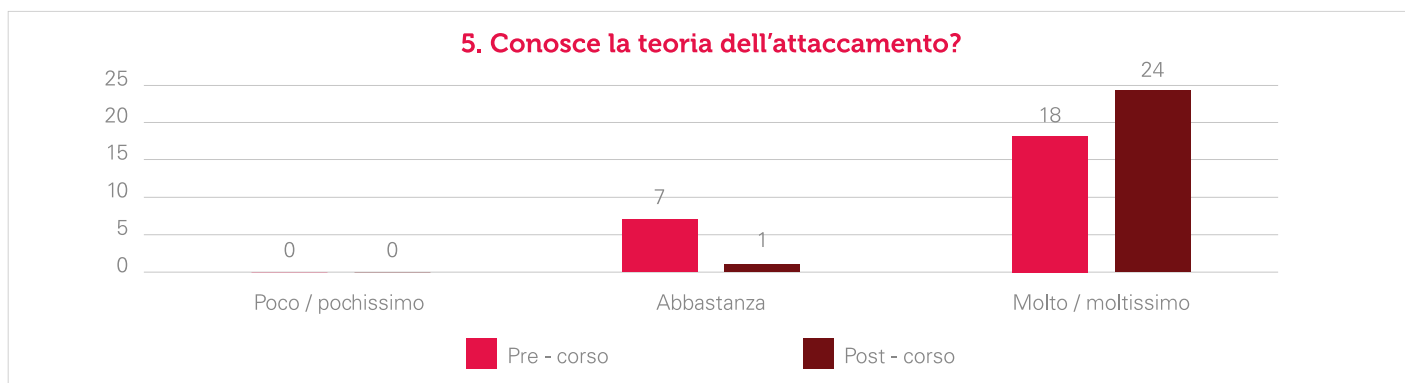
Graf. N. 7 - item 2



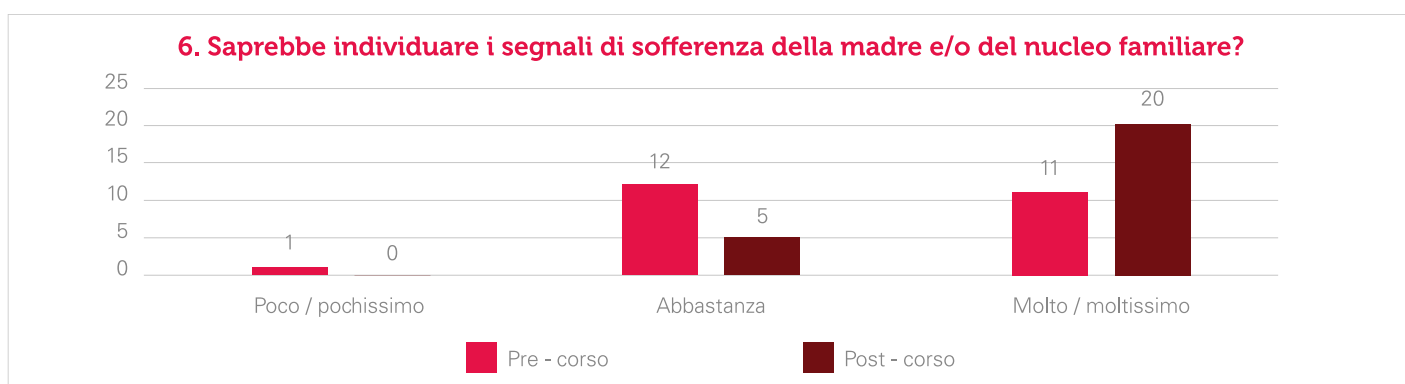
Graf. N. 8 - item 3



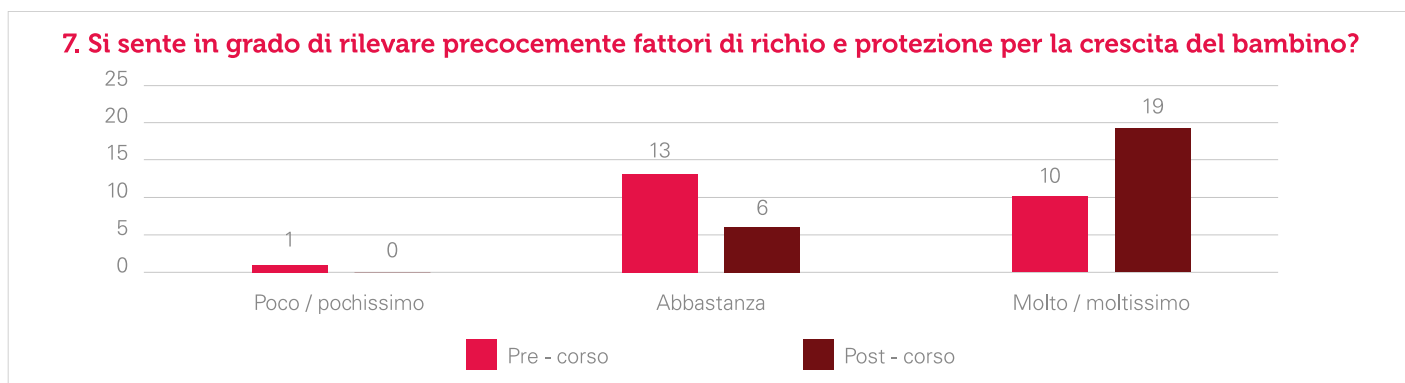
Graf. N. 9 - item 4



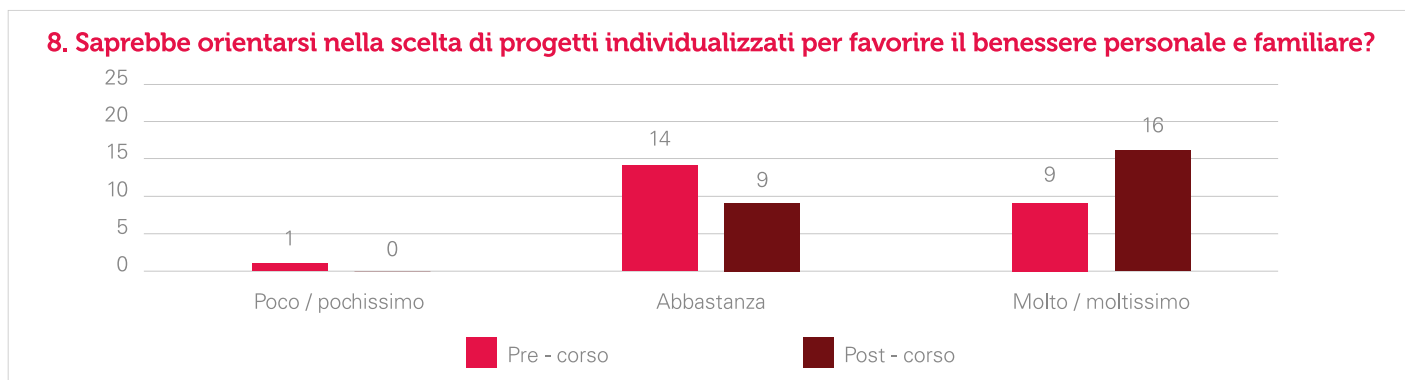
Graf. N. 10 - item 5



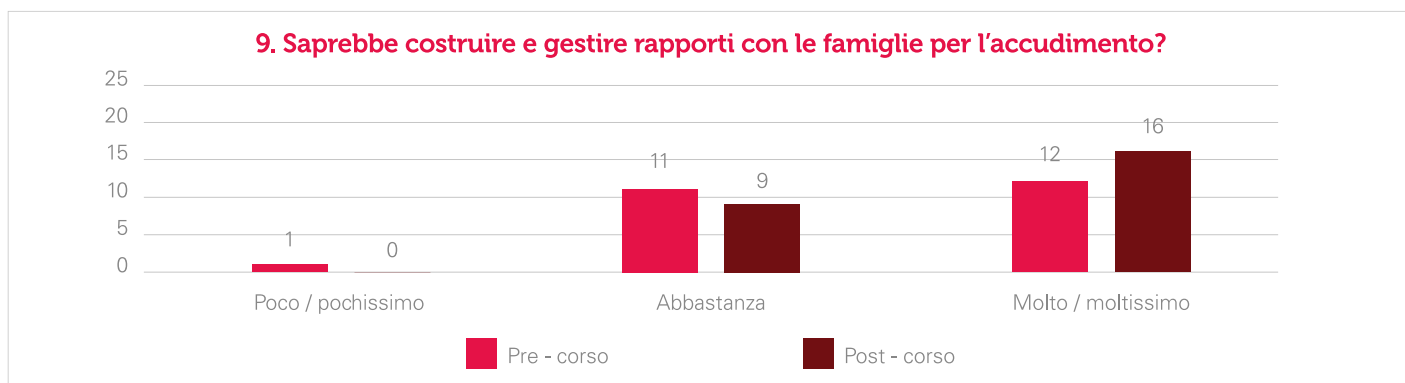
Graf. N. 11 - item 6



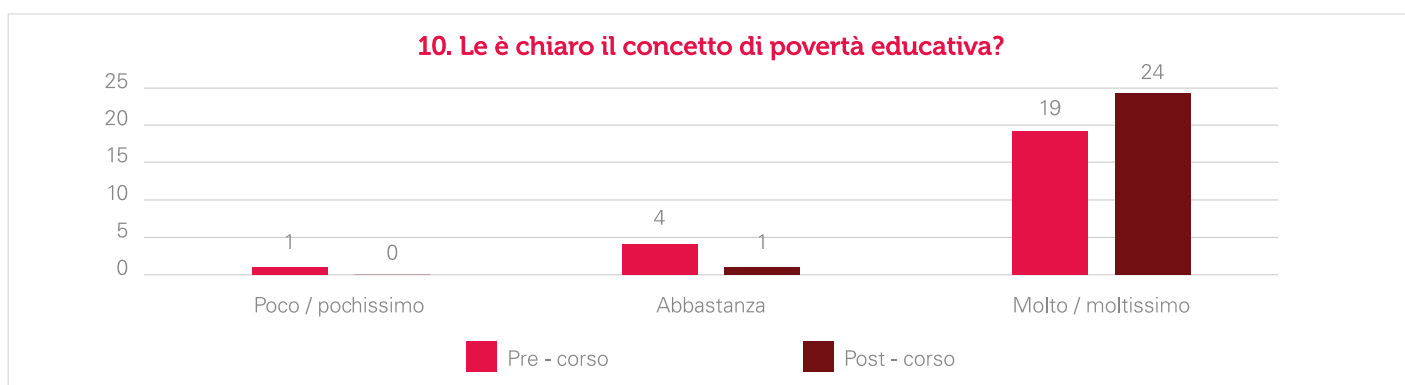
Graf. N. 12 - item 7



Graf. N. 13 - item 8



Graf. N. 14 - item 9



Graf. N. 15 - item 10

Dall'osservazione dei grafici appare chiaro che già in partenza le operatrici coinvolte si sono dichiarate a conoscenza di una serie di concetti connessi al Progetto PRIMA. È tuttavia da sottolineare che si è osservato un netto incremento delle risposte positive, interpretabile nei termini di una certa efficacia dell'intervento formativo.



## 3. Rete di Sorveglianza e Screening

con il contributo della dott.ssa **Silvia Calafiore**  
e della dott.ssa **Alessandra Pagnani**

“Tana libera tutti!”

### 3.1 Oggetto e significato

L’accompagnamento di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità costituisce un ambito fondamentale del lavoro di cura e protezione dell’infanzia, inteso come l’insieme degli interventi che mirano a promuovere condizioni idonee alla crescita (area della promozione), a prevenire i rischi che possono ostacolare il percorso di sviluppo (area della prevenzione) e a preservare e/o proteggere la salute e la sicurezza del bambino (area della tutela).

Il perimetro di questo insieme di interventi è assai vasto e comprende almeno 4 sub-aree, collocabili lungo un continuum: le azioni promozionali e preventive in favore del bambino, dei suoi genitori, dell’ambiente di vita; l’organizzazione della segnalazione e del trattamento delle situazioni di preoccupazione per la sicurezza del bambino; le decisioni amministrative; le decisioni giudiziarie assunte per garantire la protezione del bambino.

All’interno di questo continuum, in cui tali aree e subaree possono succedersi come intersecarsi, il Servizio “Rete di Sorveglianza e Screening” previsto all’interno del progetto PRIMA ha assunto la finalità di cogliere indicatori unitari riguardo all’identificazione delle azioni possibili per fronteggiare le diverse situazioni di vulnerabilità familiare.

Azioni pensate all’interno di una continuità di interventi che ha come obiettivo la piena risposta ai bisogni di sviluppo dei bambini nella loro interazione con le risposte genitoriali e i fattori ambientali e familiari attraverso cui si costruiscono tali risposte, con un approccio centrato sulla nozione di bisogni evolutivi, piuttosto che sulle mancanze/inadeguatezze delle figure parentali.

Promuovere i diritti del bambino, centrandosi su una prospettiva di ben-trattamento come motore di ogni azione, implica quindi definire i bisogni del bambino in funzione del migliore sviluppo di tutte le sue capacità e quindi impegnarsi nella realizzazione di un progetto per ogni bambino in cui i genitori siano considerati risorse mobilitabili.

Le attività di Screening sviluppate all’interno dell’Ospedale Santo Spirito di Pescara e dell’ospedale G. Mazzini di Teramo si sono quindi focalizzate sull’intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità, intesa come condizione che può riguardare ogni famiglia in specifiche fasi del suo ciclo di vita e che è caratterizzata dalla mancata o debole capacità nel costruire e/o mantenere l’insieme delle condizioni (interne ed esterne) che consente un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali.

La vulnerabilità è pertanto una situazione anche socialmente determinata da cui può emergere una carente capacità di risposta ai bisogni evolutivi dei figli da parte delle figure genitoriali, ma anche tutte le altre forme di mal-trattamento dei bambini.

Nella prospettiva di prevenire questi rischi, di considerare il continuum fra vulnerabilità, negligenza, abuso e maltrattamento e al fine di utilizzare l’area della vulnerabilità familiare riconoscendola come uno spazio di *speciale opportunità* per mettere in campo interventi precoci e orientati alla prevenzione, il Servizio “Rete di Sorveglianza e Screening” tramite lo strumento della Scheda di Segnalazione ha promosso l’avvio di un “percorso di accompagnamento” da intendersi come un processo di intervento integrato e partecipato, che ha coinvolto risorse professionali e informali, che si è basato sul riconoscimento, la valorizzazione e l’attivazione delle risorse (personali, familiari, di contesto) che hanno consentito alle figure genitoriali di rispondere in maniera positiva ai bisogni di crescita dei bambini.





## 3.2 Concetto di genitorialità

Quando si parla di “genitorialità” si intende una nozione complessa, che si sviluppa all’interno di uno spazio sociale e di dispositivi istituzionali ritenuti accettabili in un certo contesto culturale e in una certa epoca storica.

Uno dei modelli concettuali considerato più solido dal punto di vista scientifico è quello che considera la crescita di un bambino come la risultante di un vasto insieme di fattori, raggruppabili in tre macrocategorie: - le caratteristiche personali dei genitori; - le caratteristiche personali del bambino e i suoi bisogni evolutivi; - le caratteristiche sociali e contestuali, ossia l’insieme di elementi che esercitano un’influenza indiretta sulla genitorialità e che costituiscono l’ambiente nel quale il bambino cresce.

Questo modello integrato delinea la genitorialità come multideterminata, dal momento che:

- esige, e permette allo stesso tempo, una comprensione aperta, contestuale, evolutiva e dinamica, che tenga conto cioè della storia, delle relazioni con l’altro genitore, della famiglia allargata, delle reti informali e dei diversi soggetti presenti nell’ambiente socio-culturale;
- genera un insieme dinamico di risposte ai bisogni fisici, affettivi, cognitivi, emotivi e sociali dei bambini, bisogni riconducibili alle loro fasi evolutive e ai relativi compiti di sviluppo e che vanno riconosciuti e soddisfatti nella specificità della storia e del contesto di vita di ciascun bambino;
- tali risposte rappresentano un insieme di funzioni di cura che sono complementari e nel contempo distinte e autonome.

I bambini crescono in maniera positiva quando gli adulti che si occupano di lui in famiglia e negli altri ambienti di vita interagiscono tra di loro in maniera sistematica e collaborativa e vengono accompagnati nel loro ruolo attraverso diverse forme di supporto dal più ampio contesto sociale e culturale.

Ciò significa che oggi non sappiamo ancora quale genitore e come è di per sé “buono”, ma sappiamo che le funzioni genitoriali in senso lato possono essere apprese, e che ricevere sostegno sociale è una variabile che impatta su questo apprendimento, favorendolo.

Sembra dunque che sia più funzionale, rispetto allo sviluppo dei bambini, facilitare il processo di inclusione dei genitori nella comunità di appartenenza, garantendo loro sostegno per favorire il recupero e/o la qualificazione delle loro modalità di risposta ai bisogni di sviluppo dei figli, piuttosto che soffermarsi sulla sola valutazione delle loro competenze.

Recenti studi sulla resilienza evidenziano che le persone (e in primis i bambini), le famiglie e le comunità riescono ad affrontare situazioni difficili quando possono contare su diversi fattori di protezione, quando sono aiutate a comprendere e ridurre i fattori di rischio e quando sono capaci di riconoscere le proprie risorse individuali, familiari e sociali e di utilizzarle come aiuto in una modalità ritenuta significativa da loro stessi e dal contesto socio-culturale a cui appartengono.

L’orizzonte teorico fa quindi riferimento alla possibilità sempre aperta del cambiamento della persona e quindi dell’educabilità umana, da cui nasce una positiva tensione verso l’autonomia del soggetto, che consente di mettere al centro non tanto e non solo il problema della vulnerabilità e della negligenza, quanto l’interesse della persona con le sue potenzialità, che si possono attualizzare attraverso interventi di promozione, soprattutto se realizzati all’interno di contesti, come quelli domestici, che favoriscono relazioni positive.



### 3.3 Principi Metodologici

Gli incroci fra approcci clinici ed educativi, fra modelli di analisi e di intervento, le innovazioni emerse dalla pratica dei servizi, le trasformazioni delle famiglie stesse e della società hanno contribuito a pluralizzare le definizioni di parenting presenti in letteratura.

A ciò si aggiunga l'assunto recente della capture istituzionale, secondo cui il problema che la famiglia porta al servizio non è tale, ma *diviene* tale all'interno della definizione che di esso ne costruisce il contesto istituzionale. La cosiddetta "inadeguatezza" dei genitori, in particolare, è un costrutto che nasce dal modo in cui si è cominciato, attraverso interventi di carattere igienicosanitario, educativo, scolastico, sociale, a entrare nella vita delle famiglie definendo gradualmente cosa è adeguato e cosa non lo è.

C'è chi ritiene, ad esempio, che le famiglie multiproblematiche non esistano, ma che esista piuttosto un contesto istituzionale che crea questo costrutto leggendo la narrazione di queste famiglie in questi termini. Su queste famiglie, i molteplici attori istituzionali posano, in un dato momento della loro storia, e in un certo spazio istituzionale, uno sguardo oggettivante, generale e astratto, che genera un testo, una narrazione di cui la famiglia non è autrice e sulla quale non ha controllo. In questo contesto, le prove che queste famiglie attraversano e le difficoltà con cui sono confrontate diventano dei "problemi" che servono non solo a proporre e talvolta a imporre loro dei servizi, quanto a caratterizzare la loro identità.

Ed è proprio questa alchimia istituzionale che rischia di trasformare queste famiglie in "famiglie multiproblematiche".

Per arginare, quindi, il potere della capture istituzionale, e per costruire un progetto realmente integrato tra i diversi soggetti responsabili della protezione e cura del bambino ed effettivamente liberante delle potenzialità delle famiglie, a questo Progetto PRIMA è sembrato prioritario posare sulle famiglie uno sguardo meno stigmatizzante e diagnosticante, più aperto e dinamico, co-costruendo il processo di valutazione della situazione familiare secondo una logica operativa, analitica, centrata sul concetto dell'esperienza e della vita quotidiana di bambini e genitori.

Questo sguardo, nello specifico, ha scelto di considerare ogni forma di genitorialità come un costrutto aperto e complesso, di varia natura:

a) Multidimensionale.

Essere genitori non consiste in un insieme di compiti "universali", ma significa mettere in campo, a seconda dell'età e delle peculiarità temperamentali dei figli, un repertorio di funzioni che si connotano per una relativa autonomia. Infatti, se una dimensione non è pienamente esercitata da parte dei genitori, altre possono essere da loro positivamente messe in campo nella relazione educativa con i bambini e altre ancora possono essere svolte da figure complementari di supporto quali quelle delle operatrici Home Visiting.

b) Sistemico.

La famiglia di un bambino non è composta solo dai suoi genitori, ma è un sistema formato da tutte le figure che con lui hanno un legame affettivo significativo (nonni, fratelli, zii, ecc.) e che possono diventare portavoce autorevoli dei bisogni del bambino, nonché risorse significative per potervi rispondere. Un'idea di genitorialità allargata comporta coerentemente, nella valutazione, di coinvolgere direttamente il più possibile le persone che compongono il "mondo del bambino" nell'intervento, di considerare promotori di trasformazione all'interno del progetto a favore del bambino i suoi diversi caregivers, con l'assegnazione negoziata di compiti specifici.

c) Ecologico.

Il principio che una "buona genitorialità" è l'esito dell'interdipendenza tra le caratteristiche personali dei genitori e il grado di supporto che l'ambiente sociale può offrire a livello formale (nidi, scuole, servizi sociali e sanitari ecc.) e "naturale" (parenti, vicinato, volontariato, associazioni sportive e ricreative ecc.).



d) Dinamico.

Genitori non si nasce, ma si diventa, per cui la funzione genitoriale non è una capacità innata, ma il frutto di un apprendimento continuo. Tutti i genitori possono appropriarsi di modalità sempre più funzionali per prendersi cura di un bambino nel momento in cui vengono a loro volta sostenuti e accompagnati, in un circuito virtuoso di empowerment.

e) Culturale.

Esistono differenti modi di essere genitori “sufficientemente buoni” e i comportamenti delle mamme e dei papà con i loro figli possono essere compresi solo se vengono collocati nella cornice di significati del contesto in cui si sono prodotti e si trasmettono.

Lo sguardo processuale e dinamico osservato nel Servizio “Rete di Sorveglianza e Screening” ha implicato pertanto il non limitarsi a un processo di descrizione iniziale e “definitivo” della situazione, cui avrebbe dovuto seguire logicamente e temporalmente la progettazione dell’intervento, ma di considerare l’azione valutativa come una dimensione trasversale dell’intero percorso di accompagnamento delle famiglie.

Secondo questa logica l’intervento del Servizio “Rete di Sorveglianza e Screening” non si è limitato a individuare le famiglie beneficiarie del Progetto, ma ha anche partecipato in modo attivo alle fasi iniziali dell’intervento in modo da completare il proprio contributo, partito all’interno dei reparti ospedalieri, con osservazioni compiute nei contesti naturali di vita dei neogenitori.

La prima fase dell’intervento nei reparti, è quindi consistita nel recepire le indicazioni del personale sanitario che, avendo alle spalle un background di utilissima esperienza sul campo, ha indicato tutte quelle situazioni/mamme/genitori, apparentemente in maggiori condizioni di vulnerabilità o fragilità.

A questa fase seguiva la somministrazione dello strumento “Scheda di Segnalazione,” la cui compilazione, avvenuta all’interno di un contesto “caldo” di compartecipazione della psicologa del Servizio “Rete di Sorveglianza e Screening” e dei neogenitori, ha assunto il fine dichiarato di esplorare le presunte condizioni di vulnerabilità, illustrare i modi nei quali il Servizio di Home Visiting avrebbe potuto dare sostegno alla costruzione delle funzioni genitoriali, ottenere il consenso dei genitori all’offerta del Servizio di Home Visiting e realizzare, quindi, nei fatti, quello che era stato assunto nei presupposti teorici.

### **3.4 Servizio “Rete di Sorveglianza e Screening” Ospedale di Pescara**

Il Progetto Prima, se da un lato ha permesso di lavorare con ed in una bellissima rete territoriale, dall’altra, deve la sua riuscita alla realtà ospedaliera che lo ha accolto: la Terapia Intensiva Neonatale con sez. Nido della Asl di Pescara.

Il Direttore della UOC, la dottoressa Susanna Di Valerio, e la coordinatrice infermieristica hanno creduto vivamente nel Progetto, investendo molto nello stesso; il primo passo è stato coinvolgere medici, infermieri, puericultrici ed OSS in riunioni in cui sono state spiegate le finalità e soprattutto condiviso il valore aggiunto intrinseco al progetto. Delle riunioni resta un ricordo vivido; dei passaggi in cui il progetto veniva descritto come un “dono dal cielo” che avrebbe permesso, per la prima volta, di sostenere le famiglie e di accompagnarle nei primi mesi.

L’invito fu di rivolgere l’attenzione, oltre che alle madri di neonati con bisogni di rilevanza, dovuti alla prematurità, a malattie genetiche o sindromi, anche alle madri sole, alle giovanissime o a donne che sembravano presentare difficoltà nell’accudimento dei bambini. O ancora a donne con lutti importanti nel corso della gravidanza o affette loro stesse da patologia.



L'entusiasmo del Direttore e della coordinatrice è divenuto l'entusiasmo del gruppo, che da subito ha iniziato a modulare l'osservazione, tarandola con gli indicatori forniti. L'azione iniziale di condivisione del progetto è stata la componente vincente per la segnalazione dei casi e dell'arruolamento. Ogni dipendente del Reparto ha sentito di essere parte di un progetto che, grazie al contributo di ognuno, avrebbe permesso nuovi modi per sostenere le famiglie.

Si intuisce il ruolo fondamentale della Terapia Intensiva Neonatale della Asl di Pescara per aver investito in un progetto che ha rappresentato una possibilità, forse l'unica, per molte famiglie, di costruire una genitorialità più solida ed in cui il bambino, con i suoi bisogni affettivi e di crescita, è stato visto, riconosciuto e cresciuto.

### 3.5 Servizio "Rete di Sorveglianza e Screening" Ospedale di Teramo

A febbraio del 2019 si avvia il Servizio nel reparto materno-infantile di Teramo.

Il personale sanitario si è mostrato fin da subito accogliente e disponibile nonostante lo sforzo di comprensione della presenza e della funzione della figura della psicologa all'interno del Dipartimento Materno-Infantile per le ragioni del Progetto.

Data l'ampiezza del Dipartimento ed il suo non essere limitato al reparto di Ginecologia, si è concordato con il Centro di Coordinamento di svolgere colloqui conoscitivi con tutte le mamme presenti. L'approccio è stato volto alla conoscenza e alla valutazione delle figure genitoriali per individuare la presenza di eventuali fattori di rischio tramite la creazione di una adeguata relazione di fiducia.

Fin da subito l'ostacolo maggiore al Progetto è stato rappresentato da una sorta di chiusura culturale verso questi tipi di interventi, ancora poco conosciuti nel territorio teramano; e si percepiva la presenza del timore di far entrare in casa "estranei" che avrebbero potuto "giudicare".

Una volta comprese le preoccupazioni presenti nelle mamme, si è ritenuto che l'aggancio migliore fosse quello di proporre il progetto come un aiuto gratuito cui potevano beneficiare per quanto riguardava nello specifico l'allattamento, il bagnetto, la conoscenza delle prime fasi dello sviluppo, giochi educativi da poter fare con i piccoli, insomma avere una professionista esperta nel settore che poteva seguire i primi mesi di vita del bambino.

Adeguando in questo modo la proposta, si è ottenuta maggiore facilità a fare accedere le famiglie al progetto.

Ed è stato particolarmente utile, poi, per chi si è occupato di screening, svolgere la prima visita domiciliare con la referente territoriale. In quest'occasione la possibilità di entrare nell'ambiente familiare ed osservare effettivamente le condizioni di vita, ha consentito di rilevare meglio la presenza o meno di disagio sociale, di osservare la modalità di relazione della diade mamma-figlio/i e di farsi un'idea anche della relazione tra i genitori.

Più volte è capitato di avere di fronte, quando nelle loro abitazioni, famiglie completamente diverse da come erano apparse in colloquio, situazione in cui, per forza di cose, sono presenti più resistenze e difese. E questa difformità ha aggiunto preziosi elementi di valutazione della situazione da affidare all'Operatrice Home Visiting



## 4. Servizio Home Visiting

con il contributo della dott.ssa **Simona Foschini**

La casa non è dove vivi, ma dove ti capiscono  
Christian Morgenstern

### 4.1 Fasi Operative

Nel modello sperimentato nell'ambito del progetto PRIMA, l'attività di Home Visiting prende forma a seguito della individuazione della famiglia da parte della Psicologa del Servizio "Rete di Sorveglianza e Screening" che, in accordo con il Centro di Coordinamento, ne valuta la compatibilità per la partecipazione al progetto, definisce l'obiettivo sul quale lavorare ed organizza un incontro di presentazione della referente territoriale alla famiglia.

Questo incontro risulta essere di particolare importanza per un funzionale aggancio della famiglia rispetto alla tempistica e alla creazione del legame di fiducia. L'esperienza infatti ha dimostrato che successivamente all'individuazione della famiglia è fondamentale che a breve tempo sia organizzato un incontro tra la psicologa che crea il primo legame di fiducia con la famiglia e la referente territoriale, incontro che sancisce la premessa al percorso di Home Visiting e la buona sintonia tra le due operatrici del progetto, nella conduzione dell'incontro, permette alla famiglia il passaggio nell'affidarsi all'avvio della presa in carico. La famiglia esprime i suoi bisogni e nello specifico le mamme si aprono nel racconto delle proprie difficoltà in un clima di accoglienza non giudicante. La referente presenta nel dettaglio il Servizio di Home Visiting e della Dote Educativa e risponde a dubbi e chiarimenti rispetto all'intero percorso.

A seguito di questo incontro che permette un'analisi più approfondita dei bisogni della famiglia, ma soprattutto di conoscerne la specificità relazionale, la referente territoriale, in accordo con il Centro di Coordinamento, individua l'operatrice più idonea per seguire la famiglia per il percorso di Home Visiting, operando un abbinamento che tenga conto anche della maggiore compatibilità degli stili comunicativi e relazionali.

Per la minoranza delle segnalazioni pervenute dalle Assistenti Sociali dei Comuni partner di Progetto (Pescara, Roseto, Pineto e Teramo), la tempistica risulta essere un elemento di minor importanza, in quanto la famiglia spesso, è da tempo, conosciuta ai Servizi, mentre risultano centrali le modalità di presentazione del Progetto da parte dell'Assistente Sociale alla famiglia. Le assistenti sociali segnalano il caso al Centro di Coordinamento che ne valuta la compatibilità al progetto e successivamente si organizza un incontro con la famiglia. La creazione di un ponte di fiducia con la referente territoriale avviene tramite un incontro congiunto che segue le stesse modalità operative attuate con la psicologa della Rete di Sorveglianza e Screening. Quando la segnalazione dei casi avviene dai Comuni partner risulta fondamentale il lavoro di rete interprofessionale attraverso riunioni, incontri ad hoc e condivisioni specifiche per coordinare linguaggi e responsabilità di istituzioni e servizi diversi tra loro.

A breve distanza da questo primo contatto tra la famiglia e la referente territoriale, generalmente a non più di una settimana, viene organizzato un incontro alla presenza del nucleo individuato, della referente e dell'operatrice Home Visiting selezionata per seguire lo specifico caso.

Il primo incontro tra la famiglia e l'operatrice Home Visiting viene mediato dalla referente territoriale che introduce il supporto di Home Visiting alla famiglia declinandolo in modo specifico sui bisogni del nucleo e presenta l'educatrice come figura professionale altamente qualificata che li seguirà per un periodo che andrà da minimo tre a massimo sei mesi. L'operatrice familiarizza con la mamma e il bambino e vengono scambiate le prime informazioni di base e ci si organizza anche in modo molto pratico su orari e giorni di Home Visiting e sulla organizzazione della modulistica delle firme di presenza.



Questo primo incontro di conoscenza risulta importante anche per la firma del *Patto Educativo* da parte della famiglia che sancisce, anche in modo formale, la condivisione del Progetto e della presa in carico. Durante questo incontro viene presentata l'intera offerta di attività che il progetto prevede e a cui la famiglia potrà accedere sulla base delle proprie necessità: consulenze specialistiche con il neonatologo, il pediatra, il dentista, l'esperto di massaggio infantile, il musicoterapeuta, l'ostetrica, lo psicologo, l'osteopata, il fisioterapista. Vengono presentati anche i Laboratori a cui è possibile partecipare anche assieme alle altre mamme su varie tematiche: sulle tecniche di disostruzione pediatrica e tecniche di primo soccorso pediatrico, sulla salute orale di mamma e bambino, sul primo nutrimento al bambino, sul massaggio neonatale, sulla musicoterapia, sulla cura del diaframma pelvico e del perineo, sulla percezione del proprio corpo anche nella riscoperta della sessualità post-parto e la contraccezione.

Dall'avvio del percorso di Home Visiting, dopo tre/quattro incontri presso la famiglia, l'operatrice compila la scheda di valutazione ex ante che verrà inviata al Centro di Coordinamento che individua la durata e la frequenza del percorso di Home Visiting. Durante i mesi di Home Visiting l'operatrice è in costante contatto con la referente territoriale per condividere l'andamento del percorso e fare richiesta di servizi di consulenza specialistica e di dote educativa che poi, a sua volta, la referente territoriale inoltrerà al Centro di Coordinamento per la valutazione delle richieste e l'eventuale erogazione dei servizi richiesti.

Con la frequenza di circa una volta al mese viene organizzata una supervisione/intervisione alla presenza di tutte le educatrici, la referente territoriale e la coordinatrice del progetto. Durante questi incontri le operatrici hanno modo di condividere le difficoltà, ma anche i buoni risultati raggiunti con le mamme e con l'intero nucleo. Il confronto tra professionisti permette una visione esterna e a volte una ricalibratura dell'intervento modulato in base alle naturali trasformazioni che le famiglie attraversano durante i mesi di presa in carico. Le operatrici vengono ascoltate e sostenute nel loro ruolo e nelle loro funzioni, vengono messe in circolo buone prassi e accorgimenti che funzionano e si ragiona assieme sulle soluzioni in situazioni di maggiore criticità o stallo temporaneo. In questi incontri vengono monitorati anche l'andamento delle consulenze specialistiche attivate e delle doti educative erogate ai nuclei. La referente territoriale crea un ponte tra il lavoro di home visiting dell'operatrice e i vari servizi specialistici che vengono attivati per quel nucleo, mettendo in comunicazione i vari professionisti che con diversi ruoli seguono il nucleo.

Durante tutto il percorso di Home Visiting le operatrici annotano in un diario di bordo online ogni intervento presso i nuclei e sono tenute a compilare i fogli firma per ogni intervento presso i nuclei familiari.

Nei mesi di Home Visiting le famiglie partecipano assieme alle operatrici e alla referente territoriale a diversi laboratori che il progetto prevede. Risulta di particolare importanza la partecipazione a questi eventi perché permette la socializzazione e la familiarizzazione delle esperienze tra le famiglie e spinge i genitori ad uscire da uno stato di isolamento che a volte in alcuni nuclei viene naturalmente a crearsi a seguito della nascita di un bambino. Durante questi incontri si è assistito alla creazione di legami spontanei tra le mamme, di solidarietà e di mutuo aiuto. Durante un laboratorio durato più incontri è capitato che una mamma portasse dei vestitini e dei giocattoli del suo bambino che non utilizzava più per una mamma che mostrava evidenti difficoltà di sostentamento economico. Altre mamme si sono scambiate i numeri di telefono per rimanere in contatto anche oltre il progetto e condividere assieme esperienze ludiche e ricreative con i loro bambini. Alcuni genitori dell'area Teramo hanno costituito un gruppo WhatsApp che li ha messi e mantenuti in contatto per esigenze di diverso genere e che ha avuto la sua importante funzione soprattutto nel periodo del lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19. In questi incontri, in cui è presente anche la referente territoriale, le famiglie vengono infatti indirizzate ad usufruire di tutte le opportunità educative, ricreative e formative dedicate alle famiglie che il territorio offre.

Alla conclusione del servizio di Home Visiting è previsto un passaggio del caso allo sportello di Orientamento e Accompagnamento che si occupa di indirizzare in modo specifico e strutturato le famiglie ai servizi del territorio, questo passaggio viene fatto dall'educatrice e/o dalla referente territoriale.



L'operatrice Home Visiting, terminate le sue ore di intervento a domicilio, compila la scheda ex post, redige una relazione conclusiva sul caso e, sentita anche la referente territoriale, si mette in comunicazione con l'operatrice dello Sportello di Orientamento ed Accompagnamento. Le due figure condividono le informazioni sul caso e finalizzano assieme la costruzione di un intervento che possa integrare il più possibile la famiglia ai vari servizi che il territorio offre per rispondere ai bisogni specifici di quella famiglia.

Spesso il termine del percorso di home visiting, specialmente quando gli interventi sono lunghi e strutturati, rappresenta per le famiglie un momento complesso perché è spesso difficile salutare l'educatrice che li ha seguiti e supportati per mesi. Il legame che si crea è spesso intenso e profondo, si condividono momenti difficili e l'educatrice testimonia il loro avercela fatta, il loro essere genitori sufficientemente adeguati o il cambiamento di dinamiche familiari spesso poco funzionali. Non per tutti i casi, ma per una buona parte, le famiglie hanno continuato a sentire l'operatrice per qualche altra settimana, in più di un'occasione hanno fatto loro dei piccoli regali di commiato, simboli della bellezza del legame creato. Alcune operatrici sono state anche invitate a cerimonie della famiglia, compleanni, cresime, battesimi o ricorrenze varie. Pian piano il legame si allenta e si diradano i contatti in modo graduale, ma la ricchezza del lavoro fatto dalle operatrici rimane alle mamme, alle famiglie anche e soprattutto in termini di arricchimento umano.

## 4.2 Feedback delle famiglie

Le numerose famiglie partecipanti al progetto hanno riportato tutte nel complesso feedback molto positivi. Ciò che accomuna tutti i riscontri è la preziosità di avere avuto a disposizione presso il proprio domicilio, nel momento critico della maternità, una figura professionale che aiuta, sostiene, protegge, indirizza, supporta, ascolta, non giudica e con la quale si riescono a fare passi in avanti che da soli sembrano impossibili. Ciò che stupisce nei percorsi di Home Visiting è che quell'iniziale e normale diffidenza ad aprire la propria casa e il proprio mondo interno ad un estraneo, alla fine del percorso si trasforma in un legame prezioso e profondo, in un sano attaccamento con l'Operatrice Home Visiting che cura, sostiene e che permette alle famiglie di riorganizzarsi in modo funzionale, e ai genitori di tirare fuori le proprie risorse affrontando le proprie difficoltà. Molte mamme hanno chiesto di poter parlare del progetto e pubblicizzarlo ad amiche e conoscenti neomamme o in attesa di partorire, e spiegare quanto siano state supportate e sostenute e che quell'iniziale titubanza si è magicamente trasformata in un legame intenso con la propria operatrice. Ciò che è piaciuto tanto alle famiglie è stato anche l'essere seguiti dal progetto oltre che con il supporto domiciliare di Home Visiting anche dai numerosi specialisti che con la propria professionalità sono riusciti ad integrare, in modo altamente funzionale, il lavoro dell'Operatrice. Molti sono stati i supporti psicologici erogati alle mamme o anche le consulenze di fisioterapista e osteopata, in alcuni casi prezioso è stato il confronto con un avvocato. Il medico pediatra è stata una risorsa fondamentale per le famiglie e anche per le operatrici che grazie ai suoi preziosi rimandi, hanno potuto lavorare meglio, calibrando con più attenzione i loro interventi domiciliari tenendo conto anche di aspetti medici e sanitari. Le famiglie hanno valutato molto positivamente la possibilità di accedere ad interventi così diversificati tra loro e così rispondenti ai propri bisogni specifici del momento; ma soprattutto per molte famiglie non sarebbe stato possibile accedere a consulenze specialistiche che per le loro risultavano troppo onerose. Gli occhi di queste mamme e questi papà che luminosi ringraziano gli operatori del progetto sono i feedback migliori e più veri! Molti rimandi positivi al progetto sono arrivati anche dalle mamme e dai papà che hanno partecipato ai numerosi laboratori proposti. Molti sono stati stupiti di scoprire quanto è importante la salute orale della bocca della mamma ma anche del bambino appena nato o di scoprire quanto siano importanti le tecniche di primo soccorso pediatrico come quelle di disostruzione. Tante mamme sono state soddisfatte di poter prendersi cura del proprio corpo e nello specifico del proprio perineo e valutare un nuovo approccio alla sessualità dopo il parto in momenti altamente intimi di condivisione tra le neomamme e l'ostetrica che conduceva gli incontri. Altrettante mamme hanno scoperto un canale importante e prima sconosciuto di comunicazione con i loro neonati e cioè la musicoterapia. Anche molti papà hanno partecipato ai laboratori ed hanno dimostrato il loro entusiasmo per il progetto e la loro presenza ai laboratori è stata di stimolo sull'importanza di accompagnare la propria compagna neomamma ed essere di maggiore



supporto in un momento dove loro si sentono a volte “messi da parte”, momenti in cui si è riflettuto sull’importanza del loro ruolo sia di sostegno alla diade madre-bambino sia di primaria interazione con i neonati dai primissimi giorni di vita. Molte famiglie hanno beneficiato della conoscenza di altre famiglie e altre mamme con cui condividere i momenti difficili della maternità ma anche condividere lo sperimentarsi ad usufruire di attività ricreative o culturali che la città offre e che spesso non avevano potuto valutare per poca disponibilità economica. Tante famiglie che hanno usufruito della *Dote Educativa* si sono potute permettere di far partecipare il proprio bambino ad un corso di nuoto o ad un campus estivo. In casi più specifici la dote ha permesso ai bambini di nutrirsi con latti speciali e spesso molto costosi per i prematuri, avere vestiti, piccoli giochi, pannolini o avere un proprio lettino per dormire, o un passeggino adeguato o viaggiare sicuri in macchina con i dispositivi di sicurezza adeguati. In un caso la dote è stata utilizzata anche per pagare le spese per prendere la patente di uno dei genitori per dare autonomia e potersi muovere nella città per portare il proprio bambino alle visite pediatriche o rispettare gli appuntamenti vaccinali in ospedale. L’aiuto economico, fornito tramite la dote educativa è riuscito a mettere un tassello importante per fornire serenità alle famiglie permettendo loro di svolgere in modo più tranquillo ed adeguato il loro ruolo genitoriale.

Molte famiglie hanno apprezzato che la fine del percorso di home visiting non ha rappresentato la fine della presa in carico, infatti si sono trovate ancora accolte e sostenute dall’operatrice dello sportello di Orientamento e Accompagnamento, che ha permesso a tante famiglie di poter vivere maggiormente il territorio o in casi più critici continuare ad avere un sostentamento, anche di natura economica, ed rendersi sempre più autonome anche attraverso il sostegno alla ricerca di una occupazione.

## 4.3 Forze

### 4.3.1 I tempi della domiciliarità

L’intervento di Home Visiting ha la grande forza, insita nella natura stessa dell’intervento, di “sostenere dall’interno” l’intero nucleo familiare e nello specifico la figura materna, in uno dei momenti più critici della storia familiare. Tale sostegno che appare a volte, ma solo in prima battuta, invasivo per le famiglie, poi libera gradualmente la sua efficacia e la sua grande forza trasformativa con l’attenzione e il rispetto dei tempi personali di ogni famiglia. Nella delicata ed imprescindibile fase di creazione del legame di fiducia, passa il lavoro educativo e preventivo dell’intervento stesso, modulato dal saper essere e dal saper fare dell’operatrice Home Visiting. L’attenzione ai tempi delle famiglie è il primo focus e grande punto di forza che ha permesso di adattare ogni intervento e cucirlo sulle famiglie con delicatezza, come un abito sartoriale di grande valore. L’esperienza progettuale sul campo ha dimostrato con gran forza che ogni intervento, ogni famiglia, ogni mamma ha le sue specificità ed i suoi tempi sui quali le educatrici hanno imparato a sintonizzarsi per far sì che il percorso pian piano potesse riuscire a far emergere risorse e punti di forza.

### 4.3.2 Il “villaggio”

La creazione di un lavoro di rete a più livelli attorno alla famiglia ha rappresentato una grande forza e un grande valore aggiunto al percorso di Home Visiting. Il funzionale lavoro di rete, la sintonia tra le figure professionali coinvolte dal momento della presa in carico fino alla chiusura graduale del percorso, passando attraverso l’attivazione di altri servizi previsti da progetto (consulenze specialistiche, laboratori, dote educativa) o attivati e usufruibili sul territorio, ha fatto sì che le famiglie si sentissero sostenute ed “abbracciate” da un sistema di professionisti in rete che c’è stato proprio per loro, collocandole al centro di ogni intervento per supportarle, sostenerle ed indirizzarle.





### 4.3.3 La pandemia

Un altro importante punto di forza è stata la fluidità del passaggio da un intervento di Home Visiting *tradizionale* previsto da progetto a quello *online*, attivato a poche settimane dal primo lockdown del marzo 2020 che ha coinvolto tutto il paese a causa della pandemia da Covid-19. Tutti i professionisti del Progetto si sono adoperati per rendere fruibili alle famiglie i vari servizi, lavorando con flessibilità e impegno nello sperimentare il nuovo strumento delle videochiamate. La continuità del progetto è stata garantita anche rispettando la sequenza di tutte le fasi operative previste che sono state erogate in modalità online o quando è stato possibile, nei mesi estivi, in modalità all'aperto e con tutti i dispositivi sanitari di protezione. Le operatrici, con il supporto della coordinatrice di progetto e della referente territoriale, si sono sperimentate conducendo attraverso la modalità della videochiamata anche molte attività pratiche con le mamme e le famiglie. Lo smartphone delle mamme veniva il più delle volte appoggiato ad un supporto per riprendere quanto succedeva nella stanza e le operatrici hanno potuto sostenere l'allattamento, favorire attività di gioco tra mamma e bambino, assistere e sostenere le mamme nei primi bagnetti, cioè continuare a svolgere in pieno la loro funzione "come se" fossero in presenza.

### 4.3.4 Lo screening

Altro punto di forza, soprattutto nella zona di Pescara, è stata la buona risposta dei servizi del territorio nella collaborazione alla riuscita dell'intervento di Home Visiting.

Sia il Comune che la Asl di riferimento, ma anche le varie realtà del terzo settore presenti nel territorio, si sono rivelati partner attivi e propositivi pronti a scambiare esperienze, a interfacciarsi e a creare linguaggi comuni anche attraverso incontri specifici o brevi telefonate di confronto sui casi, con il serio impegno comune e condiviso di supportare in rete genitori, neonati e famiglie.

## 4.4 Criticità

Le maggiori criticità emerse durante il percorso di Home Visiting sono state principalmente due: una di ordine organizzativo sulla quale si è potuto agire tempestivamente, l'altra presentatasi a singhiozzo e sporadicamente per l'intera durata di attivazione dei casi e caratteristica fisiologica al percorso, che, se osservata sotto l'importante ottica della tutela dei minori, si è rilevata di fondamentale importanza, diventando da criticità ad elemento di forte protezione dei bambini.

Quest'ultimo elemento di criticità rispetto al progetto ma funzionale in un'ottica di tutela dei minori, è stato l'individuare famiglie che poi già dai primi incontri di home visiting si sono rilevate portatrici di forti elementi di gravità che hanno comportato la segnalazione ai servizi sociali di riferimento per una adeguata presa in carico anche territoriale del nucleo familiare. Ciò rappresenta una "deviazione" del percorso, ma a ben vedere tramite il progetto è stato possibile mettere in luce, osservare meglio e monitorare situazioni al limite della presa in carico da progetto e che poi hanno necessariamente richiesto una maggiore attenzione nell'ottica della tutela dei bambini.



## CASI STUDIO DI HOME VISITING

### descritti dalle operatrici di riferimento

#### **Una mamma che arriva da lontano e la sua grande determinazione**

*Per questa presa in carico, mi sono occupata di un nucleo di origine straniera e il mio intervento di educatrice è stato congiunto con la figura del mediatore culturale che mi ha aiutato a conoscere la realtà culturale della famiglia e soprattutto a comunicare con la mamma, in quanto il papà è in Italia già da tempo, ha un lavoro e parla bene la nostra lingua.*

*I primi incontri di home visiting sono incentrati sulla conoscenza della mamma ascoltando il suo racconto: arrivata in Italia da pochi mesi dal suo paese di origine e si ritrova a vivere contemporaneamente due momenti importanti e delicati come l'adattamento ad un nuovo paese e una nuova fase della sua vita molto delicata quale l'essere mamma.*

*Il bambino è nato con una malformazione che ha richiesto diverse visite mediche specialistiche e la cui complessità ha amplificato il disorientamento di entrambi i genitori.*

*Nelle prime visite, dall'osservazione dell'ambiente domestico e dai colloqui, si è evidenziata una situazione economica poco favorevole soprattutto se si considerano le problematiche di salute del neonato.*

*Grazie al Progetto è stata attivata la dote educativa che ha dato un importante sostegno per l'acquisto di tutto ciò di cui il bambino ha necessità (pannolini, latte, creme, medicinali, ecc). Ma tramite il Progetto è stata fornita, a domicilio del nucleo, anche una approfondita visita con il pediatra, che ha riscontrato problematiche di natura dermatologica che sono state subito affrontate sempre con il mio tramite e per la generosità di un professionista che si è prestato gratuitamente.*

*Intorno a questa famiglia, anche grazie al progetto, si è creato un clima di grande solidarietà nel supportare questa mamma e questo papà.*

*Durante l'home visiting e le tante visite mediche specialistiche, è stato avviato un processo per attivare le risorse della mamma che si è impegnata da subito nel suo ruolo, ha dimostrato di rispondere in modo adeguato ai bisogni e alle richieste del suo bambino.*

*Un pomeriggio arrivo in questa famiglia assieme al mediatore culturale e troviamo la mamma già pronta per fare il bagnetto al neonato, ha fatto tutto senza remore, spontaneamente, tranquilla e facendo percepire al bambino tutto come un momento giocoso e divertente. Anche nel momento più critico quando il bambino è stato preso dalla vasca per essere asciugato, e non ne era affatto contento, la mamma ha messo in atto la strategia di continuare a giocare anche durante il momento della vestizione. Quando arriva il momento in cui il bambino vuole dormire, lei gli canta, lo accarezza e il suo bimbo si addormenta serenamente.*

*Durante gli interventi, la mamma fa domande, si sente libera di chiedere qualsiasi cosa, e si è creata una relazione in cui promuovere le sue abilità, rinforzarla positivamente attraverso le esperienze condivise e gratificarla nei suoi progressi.*

*Un momento significativo del mio percorso assieme a questa famiglia è stato quando la mamma mi ha raccontato che nel suo paese i bambini dormono con i genitori nel letto coniugale, io le ho raccontato della nostra realtà occidentale e dei lettini appositi che si acquistano per dare uno spazio adeguato e sicuro al neonato, soprattutto per prevenire rischi e pericoli. La mamma mi ha ascoltato, ha chiesto più informazioni, ha voluto vedere le immagini da internet dal mio cellulare e poi ne ha parlato con il marito.*



*Durante l'incontro successivo di home visiting con mio grande stupore ma anche contentezza ho visto che la mamma aveva messo a dormire il bambino in un lettino acquistato repentinamente e lei stessa mi ha motivato la scelta avendo compreso che era una soluzione ottimale e sicura.*

*Fin dall'inizio si è dimostrata una mamma aperta, premurosa nello stabilire una relazione con il proprio bambino, qualsiasi cosa le ho proposto, lei lo ha accolto e lo ha messo in atto, ad esempio durante la giornata per conoscere la città dove vive, esce con il bambino e fa delle passeggiate e poi pian piano esplora i quartieri circostanti e inizia a frequentare i parchi.*

*Una volta, il giorno del vaccino, il marito non è potuto andare ad accompagnarla, lei si è organizzata, si è fatta spiegare dove prendere l'autobus ed è arrivata a destinazione, senza problemi è stata in grado di accedere a tutti i servizi.*

*La famiglia era in attesa di un importante intervento chirurgico presso l'ospedale di Pescara, ma per ragioni interne alla struttura non è stato più possibile e dal momento di questa comunicazione, la famiglia con il mio supporto si è attivata subito per trovare un altro ospedale, sono stati celeri e prima del lockdown hanno fatto una visita presso l'ospedale "Bambino Gesù" di Roma che ha accolto la loro richiesta.*

*Alla data dell'intervento, avvenuta dopo due mesi dal primo appuntamento, grazie ad una rete di solidarietà creata dal Progetto, la Fondazione Caritas dell'Arcidiocesi di Pescara e Penne ha supportato economicamente la famiglia nel fornire un alloggio dove dormire e soggiornare per tutto il periodo relativo al pre e post-intervento.*

*L'intervento è andato bene, l'équipe ha monitorato e seguito l'iter post-operatorio, programmando le visite successive che sono state fatte ed hanno dato esito positivo per la riuscita dell'operazione.*

*In questa fase delicata, i genitori di questo bambino sono stati propositivi, positivi e anche dopo, la mamma è stata amorevole, si è presa cura in modo appropriato del bambino, ha eseguito la cura medica data dai dottori e anche la cura piena di amore verso questo bambino.*

*Il bambino comincia a crescere, cammina, ride, dice i primi fonemi, e quindi la mamma comincia a pensare come creare uno spazio per dare opportunità di gioco al suo bambino per sviluppare le sue capacità sensoriali, percettive, uditive e tattili. Anche in questo caso i genitori si sono mossi affinché tutto questo prendesse forma.*

*Il bambino è un essere in evoluzione ciò vuol dire che è capace di imparare ed assimilare tutto quello che gli viene insegnato dalla sua stessa mamma che è la sua fonte inesauribile di apprendimento.*

*Nell'ultimo periodo di home visiting la mamma ha espresso la voglia di frequentare una scuola per imparare l'italiano, ma vista la situazione causata dalla pandemia non è stato possibile, perciò ha cominciato a studiare in maniera autonoma con i supporti telematici e soprattutto provando a parlare con le persone che incontra, anche con me lo ha fatto e abbiamo comunicato diradando il supporto del mediatore culturale, soprattutto negli ultimi incontri di home visiting che si sono trasformati on line con le videochiamate.*

*L'intervento volge al termine, lascio una famiglia che si è inserita e integrata in questa nuova realtà, ricordo ancora quando un giorno sono arrivata e ho trovato il bambino con addosso una maglietta con la scritta "Italia" e la mamma mi ha detto: "Noi siamo italiani e il mio bambino crescerà con usi e costumi del paese che lo ha accolto senza dimenticare la propria origine".*

*Una famiglia accogliente formata da una mamma che cresce il suo bambino con affetto e con attenzione, un bambino solare, con un sorriso speciale, sereno e in salute, un papà che è stato presente e che dà tutto per la sua famiglia.*



## **Una giovane mamma sola con tante ansie e preoccupazioni**

*Al mio arrivo in questa famiglia, mi trovo una giovane mamma spaventata e fragile con in braccio il suo bambino, mi scruta, mi osserva e mi lascia entrare.*

*Il racconto di questa giovane mamma mette in evidenza non solo difficoltà nell'affrontare la maternità, ma anche una situazione relazionale con il padre critica*

*Grazie al progetto è stata attivata una consulenza legale domiciliare (la giovane mamma non ha la patente) in cui l'avvocato, supportato dalla referente territoriale, ha parlato a lungo con la giovane madre facendo luce e mettendo in chiaro dei punti rispetto alla situazione che sta vivendo con il papà del bambino.*

*Alla luce della confusione che la giovane donna ancora manifestava in relazione alla figura del padre del suo bambino, le si è consigliato di intraprendere un percorso di consulenza psicologica a domicilio sempre grazie al progetto.*

*Il lavoro di rete è stato fondamentale per avviare un processo personale di crescita e di valutazione di vari aspetti della sua vita e ha dato un'impronta differente nell'affrontare questa fase della sua vita: la maternità e creare una base alla relazione tra madre e bambino.*

*Durante i primi incontri mi accorgo che la giovane mamma vive in un primo momento questa fase della maternità in un clima di conflittualità, sempre in allerta e nel corso dei nostri incontri ho lavorato affinché lei tirasse fuori i suoi pensieri, le sue sensazioni, le sue paure per cominciare a vivere serenamente la maternità e soprattutto a sintonizzarsi con il suo bambino.*

*Ho ascoltato e valorizzato con i gesti e con le parole questa mamma che stava affrontando un momento delicato, ma allo stesso tempo meraviglioso di vita: la maternità. La mia funzione è stata accompagnare questa mamma in questo processo in cui c'è stato un incoraggiamento e una valorizzazione del suo essere madre.*

*Nel corso degli incontri di home visiting pian piano si inizia a dar forma alla relazione tra madre e bambino principalmente attraverso il momento dell'allattamento, durante la suzione il bambino è sempre tranquillo, nel mentre la mamma lo chiama, lo accarezza e gli sorride.*

*Il momento dell'allattamento è stato fondamentale per creare un'armonia e una vicinanza tra madre e bambino ed è stato un rinforzo per il loro legame affettivo che sarà importante per tutta la vita.*

*Un giorno arrivo a casa e la mamma con entusiasmo mi mostra come il suo bambino ama il cambio pannolino e non solo gli piace l'acqua durante il bagnetto. Lei è molto brava, si muove senza remore e si divertono molto insieme, infatti lei comincia a fare domande, a sperimentare, a comunicare con il suo bambino e lei stessa si incoraggia nelle risposte e nei progressi giornalieri del suo bambino.*

*Durante un incontro emerge che dalla nascita del bambino, sua mamma nonché nonna materna del bambino ha dormito su un divano per stare accanto alla figlia per eventuali necessità. Assieme e col mio supporto abbiamo affrontato questa dinamica che si è creata, e la giovane mamma sente di dover intervenire e ristabilire gli spazi opportuni, comunicando alla nonna del suo bambino di voler provare a fare da sola per rendersi autonoma nella gestione del suo nuovo ruolo.*

*Tutto ciò accade, la nonna lascia il nido, permette che questo processo di crescita avvenga, la giovane mamma è pronta a mettersi alla prova, nella riorganizzazione della routine dove lei è la protagonista principale con il suo bambino.*

*Ogni volta che sono tornata a far visita, la relazione affettiva tra madre e bambino è stata sempre in continua evoluzione, il clima più disteso, lei ha acquisito più sicurezza, madre e figlio hanno cominciato un processo di conoscenza che sta permettendo una sintonizzazione tra loro. Per lei il suo bambino è diventato il centro del suo mondo, l'ha resa più responsabile, più riflessiva e soprattutto lei mi dice: "Prima di tutto io penso al benessere del mio bambino".*



*Quando arriva la fase dello svezzamento, la donna affronta questo momento, sperimentando, cercando di capire qual è il modo più adeguato. In questo il suo bambino contribuisce in modo positivo, accetta di buon grado i nuovi sapori e tutto questo rende questa fase molto distesa e piacevole.*

*Un giorno mi racconta con stupore che il suo bambino la cerca con lo sguardo e appena si avvicina, sorride e come si allontana il suo bambino la segue con lo sguardo.*

*Il suo racconto è magia, come una creatura meravigliosa stupisce con i suoi piccoli gesti, movimenti, con il sorriso, con il pianto, con l'emissione dei primi suoni.*

*La giovane mamma ha sperimentato e ha imparato a capire quando il suo bambino si trova nel passeggino e fa i suoi tentativi con il pianto per essere preso in braccio, riconosce la differenza nel pianto e ha compreso che è un modo per attirare l'attenzione e la sua vicinanza e lei dà una risposta pronta ed adeguata garantendo il benessere fisico e psicologico del suo bambino.*

*In effetti mi racconta che il suo bambino sorride tanto e per lei è una risposta positiva. Nonostante una mamma può essere preoccupata e inesperta, sentimento che accompagna quasi tutte le neo-mamme, il sorriso fa aumentare le capacità di risposta ai segnali del proprio bambino in modo pronto e attento.*

*Un momento significativo e risolutivo è stato quando la mamma ha dimostrato difficoltà nel lasciare dormire il suo bambino nel proprio lettino, insieme abbiamo riflettuto sull'importanza di dare uno spazio appropriato, sicuro mettendo in evidenza anche i pericoli, in questo caso la prevenzione è fondamentale. Pian piano la mamma si dà il permesso e il suo bambino ha cominciato a dormire nel suo lettino sotto lo sguardo attento e curioso della sua mamma.*

*Al momento dei saluti lascio una mamma che affronta la crescita del suo bambino con forza e tenacia, sente di aver acquisito le abilità per far star bene il suo bambino. Lei stessa mi dice: "Ho accettato questo progetto e non sapevo cosa aspettarmi e ho visto che mi ha aiutato a ripartire, a riconoscere il mio nuovo ruolo e soprattutto con il supporto ho capito che si possono superare le ansie e le preoccupazioni del momento".*

*E ancora ricordo le sue parole quando un giorno mi ha detto: "Io avevo dubbi, non sapevo neanche cambiare il pannolino, poi pian piano ho cominciato a provare, mi sono sentita sostenuta e con semplici consigli, delle parole, ho imparato a vivere serenamente la maternità e a dare risposte alle richieste del mio bambino. Mi sono affidata e mi sono fidata e oggi mi sento una mamma sicura nell'affrontare il percorso di crescita del mio bambino, nel corso dei mesi ho imparato a fidarmi delle mie capacità e delle mie risorse".*



## **Una famiglia combattiva e l'home visiting on line**

*Nel marzo del 2020 l'intera popolazione mondiale viene shockata dalla terribile pandemia da Coronavirus.*

*Ovviamente anche il progetto PRIMA viene travolto dall'emergenza sanitaria e da tutte le raccomandazioni alla chiusura e al distanziamento sociale che sembrano compromettere irrimediabilmente le attività di home visiting*

*In realtà, dopo un breve periodo nel quale tutto il team di lavoro si interroga su quali modalità potranno permettere di non interrompere la proposta del servizio adeguandola, ovviamente, a tutte le disposizioni di legge, il progetto adatta i suoi interventi per restare vicino alle famiglie.*

*Gli interventi di home visiting vengono trasformati in home visiting on-line attraverso videochiamate che, con ingenuo stupore ed autentica meraviglia, funzionano benissimo e non lasciano rimpiangere la modalità in presenza soprattutto perché consentono di sciogliere l'isolamento delle famiglie, di continuare a fornire supporti alle maternità e a manifestare la vicinanza dei servizi di sostegno alle famiglie proprio in un momento nel quale le famiglie ne hanno un bisogno amplificato da tutte le misure di restrizione socioeconomica e sanitaria che l'intera popolazione ha dovuto subire.*

*E tutto questo è accaduto nel mio intervento con questa famiglia...*

*I genitori che incontro attraverso lo schermo del mio smartphone si sono trovati di fronte ad una realtà diversa da quella prevista e che nessun genitore vorrebbe vivere: il momento di gioia data dalla nascita del proprio bambino viene improvvisamente oscurato dalla diagnosi di sindrome rara.*

*Fin da subito, mentre la mamma ha esternato le preoccupazioni sull'evoluzione della malattia, e sull'impossibilità di "controllarla", il papà appare più centrato sul "fare" sulle possibilità di agire da subito nell'intervento sulla malattia.*

*Rapidamente, si sono attivati per cercare un ospedale di riferimento e si sono messi in rete con un gruppo di genitori che condividono la loro condizione.*

*Dalla nascita e per due mesi consecutivi sono stati immersi in questa routine quotidiana di ospedali e visite mediche.*

*Una volta tornati al quotidiano con il loro bambino, sono venute fuori le incertezze, le perplessità, i dubbi di come affrontare questa maternità e con questa mamma si è sperimentata la modalità dell'"impariamo facendo" anche per superare la difficoltà personale della mamma di avvicinarsi, toccare, manipolare gestire un bimbo non in salute.*

*La mamma confida anche la sua chiusura con il mondo esterno, per la paura di mostrare questa bambina e soprattutto di dover comunicare agli altri che il suo bambino non sta bene.*

*Lei stessa, ha preso in considerazione e successivamente ha cominciato un percorso psicologico, con costanza riesce a prendersi lo spazio psicologico che le permette di entrare in contatto con tutto ciò che le è accaduto.*

*Se in una prima fase, la mamma è stata travolta emotivamente da questo evento, nel corso dell'intervento, la condivisione quotidiana e la vicinanza emotiva le hanno permesso di individuare le sue competenze e risorse ed ho potuto procedere alla promozione e alla valorizzazione delle sue capacità rinforzando la sua autostima e dando forza alle sue idee e alle sue azioni.*

*Successivamente i genitori hanno verificato che la crescita del bambino procedeva ottimamente ed hanno appreso i primi esercizi di stimolazione psicomotoria da sottoporgli.*



*La mamma è diventata esperta con gli esercizi da fare con il suo bambino, ripete il ciclo e i risultati sono riconosciuti dalla stessa fisioterapista.*

*Un'ottima sinergia tra operatore e famiglia, un gioco di squadra che permette ogni volta di fare un passo in avanti.*

*Dal racconto della madre, i progressi sono evidenti. Il suo è un bambino che ci prova, tenta, non si arrende; quando la mamma lo mette a giocare con la palestra-gioco si impegna a raggiungere i giochi che sono appesi, quando poi viene messo a pancia in giù sul tappeto-gioco e cade su un lato e non riesce a girarsi, comincia a fare i suoi tentativi accompagnati da richiami vocali, la mamma che lo osserva, vede che ci prova ed è contenta anche di un piccolo passo in più che indica per lei una possibilità in più.*

*La mamma aveva previsto che il suo bambino avrebbe avuto difficoltà ad alimentarsi; in realtà il piccolo ha avuto solo bisogno di maggiore attenzione e un tempo più prolungato per bere il biberon. E anche quando ha cominciato la fase dello svezzamento, una volta sperimentate le consistenze, ha gradito i nuovi sapori e accettato tutte le proposte senza nessuna difficoltà.*

*Il bambino continua il trattamento riabilitativo neuro-psico-motorio con programmi di intervento precoce che i genitori mi mostrano anche attraverso le videocchiamate.*

*Quando saluto questa famiglia "combattiva", vedo due genitori efficienti ed efficaci nel dare tutto ciò che è possibile al bambino per farlo crescere in serenità.*

*Due genitori presenti, determinati e coraggiosi, pronti a qualsiasi evoluzione della situazione e a cui il percorso di home visiting online ha permesso di tirare fuori le risorse e le strategie per alleviare il percorso di vita del figlioletto. Già dal primo giorno definito un bambino "speciale" che con la sua forza e con il suo sorriso esprime che la diversità è una ricchezza per chi la incontra.*



## 5. Lo sportello di Orientamento e Accompagnamento

con il contributo della dott.ssa **Valentina Bennato**  
e della dott.ssa **Ilary Cichella**

“Quand’ero piccolo i miei genitori hanno cambiato casa una decina di volte.  
Ma io sono sempre riuscito a trovarli”  
Woody Allen

### 5.1 Introduzione

Come si spiega la presenza di uno “sportello” all’interno di un progetto di Home Visiting?

Come si integra alla proposta di intervento “domiciliare”?

Che cosa aveva da dire alle famiglie?

Come “altro” poteva contribuire ad una presa in carico selezionata, progettata, programmata?

Questi interrogativi trovano risposta nel fatto che il progetto PRIMA nasce anche da tre ambiziose idee.

#### 5.1.1 Contribuire a ridisegnare l’accesso al welfare locale

L’idea iniziale che ha motivato la progettazione di uno sportello O&A all’interno del progetto PRIMA parte dalla considerazione che chiunque in un momento di cambiamento come quello determinato da un nuovo ingresso in famiglia, ha bisogno di un professionista capace di ascolto, che sappia fornire informazioni utili al fronteggiamento di quella precisa e concreta situazione di vita e che indirizzi nel percorso delle possibili erogazioni di servizi ed interventi da parte di enti, associazioni, fondazioni ed altre risorse presenti sul territorio.

Travolti dalla preoccupazione di ben accogliere il figlio neonato, i genitori hanno lo sguardo rivolto all’interno della propria famiglia, e solo raramente si sentono legittimati a guardarsi intorno, come se cercare, chiedere e accedere ai servizi di sostegno alla genitorialità li mostri in quelle difficoltà dalle quali ciascun genitore si vuole, invece, proteggere.

Nella proposta di uno sportello, quindi, si è partiti dall’assunto che Orientarsi tra i propri diritti ed i propri doveri non è sempre facile. E men che meno lo è quando la gestione di un bambino assorbe la maggior parte delle risorse personali e di tempo dei suoi genitori.

Allo stesso tempo si è inteso integrare, nel novero delle figure professionali che i genitori contemplanano nel loro immaginario, insieme al pediatra, all’operatrice Home Visiting, all’educatrice del nido, all’osteopata, all’istruttore di baby acquaticità, alla doula...anche l’assistente sociale.

Così si è deciso di utilizzare lo spazio del Centro di Ascolto Diocesano della Caritas di Pescara e del Consultorio Diocesano di Scerne di Pineto, come ambienti, ambiti e strutture dove può essere più facile aiutare e raggiungere i genitori, capire i loro bisogni e dare risposte concrete, anche condivise.

E risposte che sono state individuate anche raggiungendo direttamente i genitori!





Ad esempio.

La cameriera del bar ha bisogno di sapere quali sono le agevolazioni che le spettano ora che è diventata mamma? Può chiedercelo continuando a servire ai tavoli.

La famiglia straniera appena arrivata in Italia che si guarda intorno spaesata, potrebbe avere giovamento nello scoprire da subito le agenzie presenti sul territorio dedicate alla mamma, al papà ed ai bambini stranieri e pensate per agevolare l'integrazione nel quartiere. Parliamo con loro mentre i bambini giocano nel giardino interno del Consultorio Diocesano.

Si è esplorato il territorio con l'intenzione di fare rete con le altre realtà associative e di orientamento già presenti e con cui stipulare dei patti di collaborazione che hanno avuto la funzione di protocolli di intesa informali, ma che hanno contribuito a rendere tangibile alle famiglie quella rete che si era loro teorizzata.

## 5.1.2 Contribuire a rafforzare l'immagine dell'assistente sociale

Nell'attività di sportello si sono mostrati ai genitori altri aspetti del servizio sociale, oltre a quelli notoriamente portati alla ribalta da parte delle peggiori cronache e legati a pregiudizi diffusi sulla categoria professionale degli assistenti sociali.

Rispondere alle domande dei genitori in un contesto "ibrido", con confini labili di informalità e formalità, ha avuto una potenza enorme per la costruzione di un nuovo immaginario.

È stato molto semplice per i neogenitori porre domande, considerate inopportune in altri contesti, mentre si è seduti in un Centro di ASCOLTO o addirittura intorno al tavolo delle loro abitazioni: "Perché esiste l'Home Visiting?" "Resto comunque un buon genitore?" "Come faccio a procurarmi il lettino per il mio bambino proprio adesso che l'emergenza sanitaria mi ha lasciato senza lavoro?" "A quali bonus posso accedere? E dove devo fare richiesta?" "Non sono italiano, non so muovermi tra gli uffici. Credi di potermi aiutare?"

Nell'esercizio del ruolo professionale all'interno del progetto PRIMA l'aver la visibilità, il tempo a disposizione e la concreta occasione di un reale equilibrio tra mandato professionale e sociale ha dato modo di poter veicolare una corretta informazione sulla professione e rappresentarne le molteplici sfaccettature.

Consapevoli della necessità di una giusta dose di professionalità e di impegno, ma anche di creatività e voglia di mettersi in gioco.

## 5.1.3 Promuovere la dimensione comunitaria del servizio sociale

L'intenzione è stata quella di trasformare lo sportello in un'occasione concreta per conoscere a fondo il territorio, le domande individuali ma anche quelle collettive che esso esprime, il tessuto sociale organizzato e le sue espressioni associative.

Il privilegio dello sportello, in relazione al mandato ed all'ubicazione dello stesso, può essere declinato con l'individuazione di diversi sottobiattivi raggiungibili:

- a. aiutare le persone che vivono nella stessa zona, o che condividono un medesimo problema esistenziale, a collegarsi tra loro e ad intraprendere azioni comuni per il proprio benessere con la creazione di legami di solidarietà ed il contrasto all'isolamento dell'individuo;
- b. promuovere una "comunità competente", cioè stimolare, attraverso l'informazione e la conoscenza da parte della popolazione dei problemi che la riguardano e delle risorse che possono possedere, lo sviluppo della partecipazione attiva delle persone nelle aggregazioni sociali esistenti e la creazione di nuove iniziative ma anche di reti di sostegno autonome;
- c. coinvolgere la popolazione nella definizione dei servizi e degli interventi sociali possibili attraverso azioni di lettura concreta e congiunta della comunità da parte della comunità stessa.



## 5.2 Lo sportello O&A

L'obiettivo primario dell'attività del Servizio di Orientamento&Accompagnamento è stato quindi quello di mettere la famiglia in rete con i Servizi del territorio sia interni che esterni alla partnership assumendo un'ottica di Rete e di Sistema che si è fatta carico di una prospettiva sinergica e organizzativa.

L'esperienza realizzata nell'ambito del Progetto Prima si è focalizzata sulla lotta alla povertà educativa minorile e alle varie forme di disagio socio-economico presenti nelle famiglie del territorio pescarese e teramano, puntando ad una presa in carico integrata tra le équipes operanti presso i Servizi territoriali, e cercando di attivare quanto più possibile processi di autodeterminazione ed integrazione di famiglie con molteplici appartenenze sociali, culturali e relazionali, inserite in contesti di vita differenti, con bisogni in continua evoluzione. E con la conseguente necessità di differenziare offerta e organizzazione di servizi.

Al fine di promuovere l'autonomia delle famiglie beneficiarie del progetto, gli Sportelli di Orientamento e Accompagnamento con sede presso il Centro D'Ascolto della Caritas di Pescara e presso gli uffici del Consultorio Diocesano Familiare di Scerne di Pineto (TE) sono stati di fondamentale importanza. Sono stati sede di colloqui e prese in carico finalizzate a progettualità specifiche concernenti: l'ascolto, l'orientamento lavorativo, l'orientamento e l'accompagnamento a servizi socio-sanitari, il sostegno socio-assistenziale e il sostegno economico.

Hanno svolto funzioni informative e di orientamento, si sono fatti garanti dell'ascolto attivo dei genitori, hanno mirato ad accoglierne la domanda, filtrandola e decodificandola, ad orientarli ai Servizi di supporto alle famiglie. Hanno promosso opportunità, fornito informazioni sui diritti esigibili e sulle risorse presenti sul territorio, esercitando funzioni di advocacy. Hanno costituito un ponte tra i genitori e le Istituzioni.

### 5.2.1 Lo sportello di O&A di Teramo

Lo Sportello di Orientamento e Accompagnamento di Teramo, situato presso gli uffici del Consultorio Familiare Diocesano di Scerne di Pineto, è stato attivato il 01/04/2019.

L'iniziale fase di mappatura dei servizi già presenti sul territorio del teramano ha permesso di raggiungere: il Terzo Settore (Associazioni, Cooperative sociali, Onlus e Fondazioni), gli Enti locali (non partner del progetto), le scuole e tutti i Consultori Familiari della provincia di Teramo con il buon proposito di conoscere le attività offerte dai Servizi stessi e indicare la presenza delle attività di PRIMA nell'ottica di uno scambio di offerta funzionale al benessere delle neofamiglie.

Nella provincia di Teramo ci si è trovati di fronte al fenomeno della massiccia chiusura della popolazione al coinvolgimento in attività di contrasto alla povertà educativa e di orientamento e accompagnamento, tanto da spingere alla formulazione di attività di sensibilizzazione che raggiungessero il maggior numero di famiglie possibili, con l'intenzione di presentare servizi di sostegno alle nuove genitorialità "normalizzandone" il ricorso.

Sono pertanto stati programmati e progettati degli incontri presso gli spazi dell'Asilo Nido "La Tana dei Briganti" a Pineto, rivolto alle famiglie con bambini 0-6 anni. Gli incontri prevedevano temi riguardanti la disostruzione pediatrica, la sicurezza del bambino, il sonno, lo svezzamento, l'allattamento, le attività ludiche e i consigli del pediatra; ma sono stati impediti dallo stato di emergenza sanitaria.

Nell'ambito dell'azione finalizzata alla sottoscrizione di "Patti di Collaborazione" ci si è particolarmente rivolti ai Nidi d'Infanzia per favorire il contatto del bambino con il gruppo dei pari fin da piccolo e agevolare la conciliazione dei tempi di lavoro e di famiglia per aiutare la neomamma ad evitare l'inattività quotidiana e lavorativa.



I Patti sottoscritti con i Nidi d'Infanzia sono stati 4 nella Provincia di Teramo: *Zucchero Filato* a Teramo; *Pollicino* a Pineto; *Il Pagliaccio* a Silvi; *I Girasoli* a Roseto.

Nell'ambito della sua attività lo Sportello O&A di Teramo ha preso in carico donne in gravidanza e famiglie con minori nella fascia 0-6 anni in situazione di povertà assoluta e relativa.

Lo Sportello ha registrato 24 prese in carico, di cui 21 acquisite in seguito all'attività di Home Visiting, e 3 prese in carico direttamente previa segnalazione del Comune di Pineto, di Roseto e del Consultorio Familiare Asl di Silvi.

Le 21 famiglie reduci dell'intervento educativo domiciliare, cui è stata illustrata la possibilità di poter usufruire degli altri servizi offerti dall'Orientamento, sono anche state quelle cui è stata erogata la Dote Educativa e che sono quindi stati supervisionati nell'impiego della stessa per fare in modo che la spesa non si discostasse da quanto indicato nel documento "Patto di Dote" sottoscritto da entrambe le parti.

## 5.2.2 Lo sportello di O&A di Pescara

Nella prima fase di avvio, da aprile 2019 a dicembre 2019, all'interno dello Sportello del Centro d'Ascolto già molto noto al territorio, è stato presentato il Progetto Prima ai servizi e ai beneficiari che già usufruivano dei servizi del Centro d'Ascolto.

È stata effettuata una mappatura dei servizi pubblici e privati presenti sul territorio e realizzata la sottoscrizione di patti di collaborazione con strutture educative. L'assistente sociale dello Sportello di Orientamento e Accompagnamento, dopo avere presentato telefonicamente le linee del Progetto Prima, si è recata presso strutture educative quali Asili nido e scuole dell'Infanzia. Sono stati firmati 9 patti di collaborazione con: Aspic (associazione counseling e cultura), associazione "I delfini", associazione "Alda e Sergio con i bambini", scuola paritaria "L'Albero della vita", nidi d'infanzia "Totem", "Lullaby", "Dadino" e "Nido d'oro", nido famiglia "I nanetti di Nina".

Successivamente a questa fase iniziale, sono seguite le prese in carico dei nuclei familiari vulnerabili rientranti nei parametri richiesti dal progetto. Nello specifico sono state prese in carico donne in gravidanza e famiglie con minori nella fascia 0-6 anni in situazione di povertà assoluta e relativa in carico ai servizi sociali della provincia di Pescara.

Nel caso di segnalazioni esterne allo Sportello di Orientamento e Accompagnamento (derivanti da Asl, associazioni del terzo settore, consultorio Ucipem, Comune di Pescara), l'assistente sociale, previo primo colloquio sociale e ulteriori altri colloqui, prendeva in carico le richieste del nucleo e unitamente agli altri enti, cercava di rispondervi.

Per le segnalazioni provenienti direttamente dallo Sportello di Orientamento e Accompagnamento, laddove si intravedeva l'esigenza di intervenire tramite dote culturale, veniva inviata la richiesta al Centro di Coordinamento presentando il caso e allegando il modello ISEE.

In entrambi i casi, il passo seguente è stato la sottoscrizione di un "Progetto Individualizzato".



### 5.3 Il Progetto Individualizzato

Per ogni nucleo familiare così preso in carico è stato predisposto un Progetto Individualizzato contenente le finalità e le azioni previste dal Progetto.

L'utente intestatario (uno dei genitori del minore), all'interno del Progetto Individualizzato è stato considerato nelle sue dimensioni personali, sociali e relazionali. Nello specifico si sono valutate: le condizioni psicofisiche, le capacità di gestione delle risorse economiche, le capacità di accesso ai servizi territoriali, l'autonomia nel problem solving, la motivazione al cambiamento, la funzionalità delle relazioni intra ed extra familiari.

Dopo la conoscenza della situazione di partenza, sono stati stabiliti gli obiettivi realisticamente raggiungibili e gli strumenti tramite cui perseguirli. Di fondamentale importanza per ogni nucleo è stata la condivisione con i genitori degli obiettivi mediante il progetto.

Tra gli obiettivi previsti dal progetto: il miglioramento dell'accesso ai diritti di cittadinanza, delle condizioni di deprivazione materiale, delle competenze nell'area istruzione-formazione e lavoro, delle condizioni socio relazionali intra ed extra familiari; il potenziamento delle condizioni per la conciliazione famiglia/lavoro e il supporto alla maternità attraverso l'attivazione di percorsi specifici.

Tra gli strumenti fruibili per il raggiungimento di tali obiettivi, nel progetto sono elencati: l'orientamento per pratiche burocratiche finalizzate all'ottenimento di bonus (bonus bebè, bonus mamma, carta acquisti), acquisizione di documenti (permesso di soggiorno, patente, titoli di studio), l'iscrizione a contesti socio educativi (nido d'infanzia, scuola dell'infanzia, colonia estiva, ludoteca, centro ludico), il sostegno economico, la dote culturale, l'orientamento lavorativo (attivazione di stage/tirocini, reinserimento lavorativo, iscrizione a corsi professionali), sostegno psicologico e percorsi di supporto alla genitorialità, l'attivazione dell'home visiting.

Nel progetto sono state inoltre valorizzate le risorse personali, familiari ed amicali del beneficiario oltre che evidenziate le risorse territoriali attivabili.

E sono stati stabiliti gli impegni del beneficiario (custodia e consegna dei giustificativi di spesa effettuata con la Dote Educativa del progetto, colloqui di aggiornamento presso lo sportello di orientamento, disponibilità al lavoro...) e gli impegni dello sportello di orientamento (ascolto, erogazione Dote Educativa, monitoraggio impiego Dote Educativa, reperire beni per l'infanzia quali vestitini, seggioloni, passeggini, giocattoli ecc, monitorare la situazione familiare, orientare l'utente verso servizi specifici).

La cadenza degli incontri è stata stabilita insieme all'utente, al bisogno o in base alle necessità dell'operatrice di monitorare l'andamento della progettualità.

### 5.4 La dote educativa

La "Dote Educativa", supporto economico alla genitorialità, è stata uno dei pilastri fondamentali del Progetto Prima. La finalità che si è perseguita tramite l'utilizzo della Dote, è stata parzialmente realizzata in quanto l'aspetto "economico", nella maggior parte dei casi, è prevalso sull'aspetto "educativo". C'è da precisare, comunque, che l'esigenza di un bambino di pochi giorni è "innanzitutto" quello di vedere garantiti i suoi diritti ad essere nutrito, pulito e vestito, ed in questo senso l'utilizzo della Dote, nel proteggere le esigenze primarie di neonati, ha potuto stornare le attenzioni dei loro genitori verso compiti maggiormente attinenti alle funzioni "educative".



### 5.4.1 La gestione della dote economica.

Il percorso istituito per ottenere la dote ha previsto la valutazione della situazione socio economica familiare da parte del Centro di Coordinamento, il quale considerava il modello ISEE (che doveva essere inferiore ai 12.000,00 euro), la situazione abitativa, sociale e sanitaria, non solo quella riportata sulla Scheda di Segnalazione ma soprattutto quella ricavata dalla specifica descrizione dell'educatrice di Home Visiting e della Referente Territoriale.

Una volta effettuata la valutazione e approvata la richiesta da parte del Centro di Coordinamento, è stato rilevante pattuire l'impegno a migliorare la propria condizione di disagio usufruendo di un sostegno economico da spendere in maniera ponderata e strategica. Ogni famiglia in carico allo Sportello è stata seguita singolarmente nel percorso di spesa della dote; valutando le necessità di ogni bambino e delle famiglie di riferimento. Le prese in carico hanno riguardato realtà familiari eterogenee e per questo il lavoro svolto è stato meticoloso e specifico poiché è stato necessario adottare un approccio individualizzato e non universalistico.

Le spese principali hanno riguardato beni di prima necessità come latte, pannolini, farmaci, visite mediche, prodotti per l'igiene ed articoli per la sicurezza del bambino. A tutte le neomamme non si è trascurato di proporre l'utilizzo dell'aiuto economico per pagare la retta di un Nido d'Infanzia che avrebbe permesso loro di dedicarsi del tempo e al loro bambino di essere stimolato adeguatamente.

L'utilizzo delle doti è stato impiegato anche per scopi diversi dall'acquisto di beni e prodotti per l'infanzia e dall'iscrizione al nido:

- iscrizione alle colonie estive per garantire la continuità lavorativa delle madri che stavano svolgendo un tirocinio lavorativo;
- affronto di spese sanitarie (esecuzione di un intervento chirurgico per un neonato affetto da una malformazione congenita; pagamento di visite ginecologiche e altri esami clinici di una madre che ha avuto delle conseguenze fisiche dal parto);
- pagamento di sedute di logopedia presso centri specializzati e per l'acquisto di giocattoli interattivi volti al miglioramento del linguaggio;
- spese per il conseguimento della patente di un giovane padre;
- spese per pagamenti dell'affitto per una madre single.



## 5.5 Altri Interventi

Gli sportelli hanno provveduto anche al reperimento di attrezzature e prodotti per neonati (seggioloni, carrozzini e passeggini, coperte, vestitini, giocattoli e altri presidi), frutto di donazioni di privati.

All'interno dello Sportello di Teramo è stato allestito uno spazio dedicato al "*Baby Swap*" che ha permesso alle mamme di scambiare tra loro capi di abbigliamento, accessori, mobili e giocattoli. Tutte le neomamme sono state coinvolte e hanno partecipato a questa attività di scambio che ha agevolato confronti, scambi di esperienze riguardanti la sfera della maternità, dei bambini e della genitorialità. Le relazioni instaurate sono state persistenti anche durante la pandemia grazie alla creazione di un gruppo Whatsapp "*Mum's flowers*" dove le neomamme hanno interagito con scambi vicendevoli di informazioni ridefinite nel nuovo contesto dello *smart welfare*.

Nel pescarese non è mancato il coinvolgimento di associazioni private del terzo settore per l'avvio di percorsi psicologici. Con il supporto di un avvocato e dello sportello legale, attivo una volta a settimana presso il Centro d'Ascolto, è stato possibile supportare i nuclei immigrati del Progetto in alcune pratiche burocratiche ed amministrative ed inoltre si è riusciti a permettere l'entrata in Italia del padre di un neonato seguito dal Progetto, che ha quindi potuto ricongiungersi con la sua famiglia.

Ci sono stati colloqui di orientamento lavorativo (supporto nella stesura del curriculum vitae, inserimento in offerte di lavoro) ed è stato attivato un tirocinio extra-curricolare per una giovane madre che ha svolto un'esperienza di lavoro all'interno di un contesto aziendale. L'esperienza è andata a buon fine tanto da non escludere una contrattualizzazione più stabile della donna all'interno della stessa azienda.

Grazie al lavoro di rete con i servizi sociali del Comune si è intervenuti anche per il pagamento di affitti e utenze.

Ed infine ci sono stati interventi di tipo alimentare: attraverso la distribuzione dei pacchi viveri consegnati una volta al mese presso lo Sportello di Orientamento e Accompagnamento, attraverso l'invio a Parrocchie per la distribuzione degli stessi e attraverso l'attivazione della tessera Emporio Caritas, si è cercato di intervenire nelle situazioni più gravi che necessitavano di un aiuto alimentare.



## 5.6 I cambiamenti di rotta derivati dalla Pandemia

L'andamento del Progetto, la tipologia delle richieste e degli interventi hanno subito dei cambiamenti notevoli a partire dalla diffusione del Covid-19. L'esperienza del lockdown ha costretto il servizio a cercare modi diversi e alternativi per restare in contatto con le persone. Dal mese di marzo 2020 si è lavorato sperimentando incontri e contatti tramite strumenti tecnologici.

In questa nuova fase, imprevedibile ed imprevedibile, la pandemia ha influenzato certamente anche il primo contatto e la prima richiesta di aiuto soprattutto quando è entrata in gioco la variabile linguistica che ha reso necessaria la massima chiarezza e semplificazione del linguaggio, oltre alla richiesta di un feedback immediato per avere la certezza che il messaggio fosse stato compreso.

Anche gli incontri e le riunioni con gli altri professionisti inseriti nel progetto si sono svolti nella stessa modalità a distanza; è stato necessario interagire attraverso Skype, Zoom e altri supporti tecnologici.

L'emergenza sanitaria si è moltiplicata in emergenza socio-economica e lo Sportello di Orientamento e Accompagnamento ha visto intensificare la propria azione, rimodulando servizi e risorse. I nuclei familiari con uno o due persone in età lavorativa, impiegati in vari settori (in primis quello della ristorazione e del settore terziario), si sono trovati all'improvviso privati delle entrate economiche derivanti da lavori in nero o anche regolari e, di conseguenza, nella condizione di non riuscire a provvedere a bisogni di prima necessità.

Le richieste che pervenivano riguardavano principalmente bisogni primari (richieste alimentari), seguiti da richieste economiche come il pagamento di utenze e affitti.

Lo Sportello di Orientamento e Accompagnamento di Teramo si è impegnato ad aggiornare le famiglie rispetto agli aiuti economici predisposti dalle Regioni, dai Comuni e dall'INPS. È stato rilevante l'aiuto fornito guidando le persone nella compilazione delle domande: una presenza "*da remoto*" che ha permesso una vicinanza emotiva e un supporto burocratico "*a distanza*" che ha facilitato anche l'autodeterminazione del soggetto poiché così facendo il cittadino, guidato e indirizzato, ha scoperto nuove abilità informatiche che nel tempo potrebbero trasformarsi in competenze.

Inizialmente, su Pescara, si è intervenuti attraverso la distribuzione di pacchi viveri; in seguito attraverso l'emanazione della tessera emporio Caritas che permetteva alle famiglie di recarsi a fare la spesa presso le sedi di Pescara e Montesilvano.

Inoltre il Centro di Ascolto Caritas, nell'ambito delle attività di Progetto PRIMA ha partecipato a tavoli del Pronto Intervento Sociale, per interventi di sostegno materiale.

Alla luce della situazione emergenziale, le già carenti richieste per l'accesso a servizi educativi quali nidi e scuole dell'infanzia, si sono annullate a causa di fattori quali:

- la paura diffusa di esporre i bambini al contagio del virus,
- la maggior presenza nel nucleo di uno o entrambi i genitori in cassa integrazione o fermi dal lavoro,
- l'idea diffusa di dover crescere i bambini all'interno di un contesto protetto e contenuto,
- il senso di precarietà e incertezza del futuro.



## 6. Le attività di informazione e comunicazione

con il contributo della dott.ssa **Katia Del Vinaccio**  
e della dott.ssa **Silvia Leonzi**

Sembra così banale. Ma nelle relazioni, si deve comunicare.  
Paulo Coelho

### 6.1 Una strategia comune e condivisa

L'Impresa Sociale Con i Bambini ha espresso fin da subito la necessità di fare rete, anche dal punto di vista comunicativo, mettendo in evidenza, a livello nazionale, le azioni territoriali attraverso i propri canali con l'obiettivo di diffondere e condividere i progetti sostenuti nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile.

Nell'ottica di una strategia di comunicazione efficace e partecipata, ogni attività di informazione e comunicazione relativa alla promozione del progetto – dall'utilizzo del logo, alla diffusione di comunicati stampa, alla realizzazione di eventi o di manifesti, locandine e altri materiali grafici – è stata quindi prima condivisa e concordata con l'Ufficio Comunicazione di Con i Bambini.

Con l'avvio del Progetto PRIMA è stato quindi definito un programma per la diffusione e promozione dei risultati finalizzato all'organizzazione delle attività e delle modalità ritenute più efficaci.

In tal senso l'individuazione di una Responsabile della Comunicazione e la progettazione di un apposito Piano di Comunicazione sono stati necessari per individuare, insieme all'Impresa Sociale Con I Bambini, le modalità e gli stili comunicativi di maggiore impatto, pubblicizzando obiettivi del progetto, attività e risultati, sia attraverso la produzione e la distribuzione di materiale informativo, sia sensibilizzando su azioni, fasi e risultati.

### 6.2 Attività di Informazione e Comunicazione

Le attività di comunicazione, promozione e diffusione del progetto, già svolte e in itinere, sono:

1. Sviluppo di una *visual graphic* del progetto;
2. Aggiornamento del sito del Soggetto Responsabile;
3. Creazione e aggiornamento del Blog dedicato al progetto;
4. Conferenza iniziale/open day per la presentazione del progetto;
5. Corso di formazione per gli Operatori coinvolti nel progetto per la rilevazione precoce e l'Home Visiting;
6. Gestione dei Social Media: informazione tramite Facebook;
7. Realizzazione e diffusione del materiale cartaceo (depliant);
8. Sensibilizzazione degli eventi sui siti dei Partner;
9. Realizzazione di un sistema informativo digitale per l'inserimento dati delle attività svolte (interventi, ore di lavoro, diario di bordo, ecc.), accessibile agli operatori coinvolti nel progetto;
10. Realizzazione linee guida in formato digitale per la disseminazione dei risultati;
11. Seminari di formazione sulle Linee Guida per operatori di altri servizi
12. Conferenza finale per la presentazione dei risultati ottenuti, obiettivi perseguiti e criticità emerse, ruoli e strategie adottate, condivisione integrata.





## 6.2.1 Sviluppo di una visual graphic del progetto



Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita

Con l'aiuto di un grafico professionista è stato realizzato un apposito **logo** con lo scopo di richiamare visivamente il progetto e gli obiettivi stessi nelle sue linee e colori e con l'ideazione di una sintesi iconica del concetto di maternità.

Il logo è stato utilizzato in tutte le attività di comunicazione ed informazione, in modo da poter identificare e distinguere il progetto, insieme al logo di Con i Bambini, per valorizzarne il sostegno ricevuto. Entrambi i loghi, quindi, sono stati inseriti sui materiali di comunicazione prodotti, sia cartacei (depliant, manifesti, locandine, inviti, comunicati stampa, ecc) che digitali (web, social, video, ecc).

Inoltre è stata realizzata una **carta intestata personalizzata** da usare per i documenti presentati e le comunicazioni inerenti il progetto, dei **banner web** per la sezione dedicata sul sito internet e **locandine** per la condivisione online o da stampare in occasione degli eventi programmati (ad es. Conferenza di presentazione del progetto)

The graphics include:

- Header Card:** Features the PRIMA logo, the text "PRIMA Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita", and logos for "CON I BAMBINI" and "Focolare Maria Regina".
- Banner:** Contains the PRIMA logo, the title "Progetto PRIMA", the subtitle "Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità assistita", and the text "presentato dall'Associazione Focolare Maria Regina onlus e finanziato dall'Impresa Sociale Con I Bambini". It also includes logos for "ibambini" and "CERISI".
- Footer Card:** Lists the "Sede di coordinamento del progetto" (Associazione Focolare Maria Regina onlus) with contact information and a grid of partner logos including "Fondazione di Religione Sillano Maria Regina", "Consulenti Familiari LICIFEM", "Fondazione Caritas", "Università 'G. D'Annunzio' di Chieti Pescara", "Regione Abruzzo", "Comune di Pescara", "Comune di Teramo", "Comune di Roseto degli Abruzzi", "Comune di Pineto", "ASL di Pescara", and "ASL di Teramo".



## 6.2.2 Aggiornamento del sito del Soggetto Responsabile

Il sito web [www.ibambini.it](http://www.ibambini.it) è il sito istituzionale dell'Associazione Focolare Maria Regina onlus in cui vengono pubblicate tutte le notizie riguardanti i progetti e le iniziative di carattere sociale promosse dall'Associazione in qualità di soggetto responsabile o partner, così come eventi formativi di vario genere sui temi dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il progetto ha previsto come elemento centrale di tutta l'attività di comunicazione online la creazione di un'area tematica all'interno del sito web. Per questo nella home page sono stati aggiunti **due banner in evidenza** che permettono di essere indirizzati in due diverse sezioni relative al progetto: una sempre interna al sito e una esterna.

Cliccando sul primo banner si viene indirizzati nella Pagina dedicata al Progetto PRIMA, nell'area del sito che riguarda la formazione [www.ibambini.it/formazione](http://www.ibambini.it/formazione) e, nello specifico, all'interno della Sezione Progetti.

Cliccando invece sul secondo banner in basso, si viene indirizzati al Blog del Progetto PRIMA, presente su un sito esterno creato dall'Impresa Sociale Con I Bambini: <https://percorsiconibambini.it>.

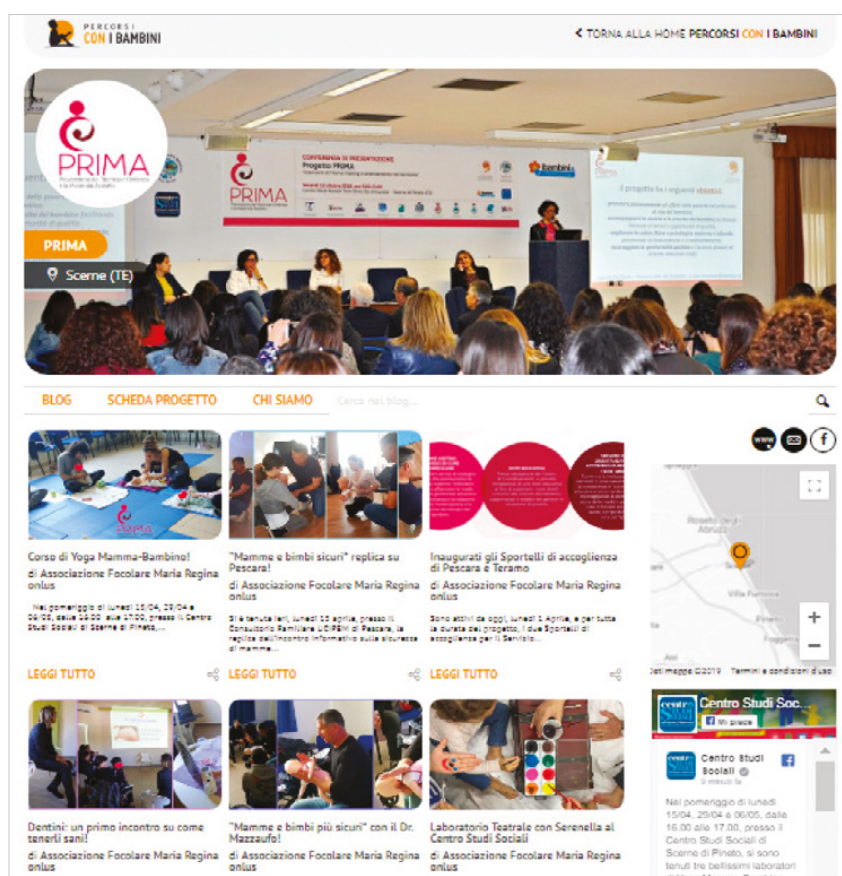


## 6.2.3 Creazione e aggiornamento del Blog dedicato al progetto

Si colloca all'interno di un «Portale Progetti» raggiungibile all'indirizzo [www.percorsiconibambini.it](http://www.percorsiconibambini.it) e rappresenta uno spazio in cui le associazioni di terzo settore, il volontariato, le scuole e gli enti coinvolti possono condividere le esperienze dei progetti ed entrare in rete tra loro.

Il portale, quindi, è a tutti gli effetti un network, dove ciascun progetto finanziato dall'Impresa Sociale Con I Bambini ha a disposizione uno spazio dedicato, un **Blog**, in cui raccontare le esperienze messe in campo sul proprio territorio e gestito in autonomia dalla Responsabile della Comunicazione.

Oltre a questo strumento, è stata creata anche una community per lo scambio di idee e buone prassi da condividere in rete: il Gruppo Facebook Percorsi Con i Bambini - Prima Infanzia, riservato solo ai Responsabili della Comunicazione e ai Responsabili di Progetto di ogni ente.



Il Blog si compone dei seguenti elementi:

- un'immagine di copertina;
- una home page chiamata sempre «Blog», dove sono raccolti tutti gli articoli relativi alle attività di progetto finora svolte (ad oggi n. 14)
- una Scheda Progetto (che segue un format identico per tutti i progetti);
- una pagina «Chi Siamo» (dove sono presenti anche i contatti di Responsabili e Referenti);
- tre pulsanti sul lato destro che rimandano al Sito Web dell'Associazione, al contatto via mail e alla Pagina Facebook;
- un riquadro con la mappa per la geolocalizzazione del progetto;
- un riquadro con l'anteprima della Pagina Facebook.



## 6.2.4 Conferenza iniziale/open day per la presentazione del progetto

Per la promozione della Conferenza di Presentazione del 12 ottobre 2018:

- è stato creato un **Banner Web e una Pagina dedicata sul Sito Web** del Centro Studi Sociali, dove sono state raccolte anche le iscrizioni online;
- è stata pubblicata una **News sul Sito Web** del Centro Studi;
- è stata inviata una **Newsletter** a circa 12.000 iscritti;
- è stato creato un **Evento su Facebook** e sono stati pubblicati 6 post;
- è stato emesso un **Comunicato Stampa** inviato a circa 70 testate giornalistiche;
- sono stati inviati degli **Inviti** via mail;
- è stato creato e stampato un **Banner 4x1** per l'Aula Magna nel giorno della Conferenza;
- sono state affisse delle **Locandine** all'interno del Centro Studi;
- è stato aggiunto un articolo sul **Blog**;
- è stato aggiunto l'evento anche sull'**Agenda online** dell'Impresa Sociale Con I Bambini;
- sono state scattate e pubblicate le **Foto** sui vari canali social.



**PRIMA**  
Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita

**CONFERENZA DI PRESENTAZIONE  
Progetto PRIMA**  
"Interventi di Home Visiting e orientamento nel territorio"

**Venerdì 12 ottobre 2018, ore 9.00-13.00**  
Centro Studi Sociali "Don Silvio De Annunziis"  
Scerne di Pineto (TE)

**Partner di progetto:**

- Fondazione di Religione Istituto Maria Regina
- Consulente Familiare UCIFEM "Amici del Consulente" onlus
- Fondazione Caritas Arcidiocesi di Pescara-Teramo
- Università "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara
- Regione Abruzzo
- Comune di Pescara
- Comune di Teramo
- Comune di Roseto degli Abruzzi
- Comune di Pineto
- ASL di Pescara
- ASL di Teramo

Alla Conferenza di Presentazione del Progetto hanno partecipato circa 150 operatori del settore, di cui 80 assistenti sociali, nonché i rappresentanti dei partner di progetto che insieme all'Assessore alle Politiche Sociali della Regione Abruzzo sono intervenuti nella prima parte della mattinata.

## 6.2.5 Corso di formazione per gli Operatori coinvolti nel progetto

In occasione del Corso di formazione, essendo un evento formativo riservato agli Operatori del Progetto PRIMA è stata effettuata la pubblicazione:

- di una **News sul Sito Web** del Centro Studi;
- di un articolo sul **Blog**;
- delle **Foto** sui vari canali.

## 6.2.6 Gestione dei Social Media

L'Associazione è attualmente presente sui social con quattro profili: Facebook, Twitter, LinkedIn e YouTube. **Facebook** è il canale social principale utilizzato per condividere informazioni di vario genere e quindi anche per le attività inerenti al progetto, attraverso post, foto ed eventi nella Pagina del Centro Studi Sociali - raggiungibile all'indirizzo [www.facebook.com/CentroStudiSociali](http://www.facebook.com/CentroStudiSociali).





## 6.2.7 Realizzazione e diffusione del materiale cartaceo

Per tutti i materiali di comunicazioni prodotti, sia cartacei che digitali, è stato usato uno standard grafico di riferimento. Tra i formati standard abbiamo utilizzato: carta intestata, buste, blocchetti, inviti, comunicati stampa, presentazione PPT e pannelli informativi.

In particolare, fra i formati cartacei e con lo scopo di informare gli enti del territorio, la cittadinanza e le categorie interessate, sono stati creati, stampati e diffusi **Locandine e Depliant informativi** per una disseminazione più ampia dei servizi attivati con il Progetto PRIMA. Per far sì che fosse facilmente comprensibile e chiaro, sia graficamente che testualmente, abbiamo optato per un'informazione ampia e corretta sulle finalità del progetto.

Mentre le locandine sono state poi divulgate per la maggior parte online, i depliant sono stati stampati per un numero pari a 1000 copie e distribuiti sul territorio presso:

- Punti nascita degli Ospedali di Pescara e Teramo;
- Consultori delle ASL di Teramo e Pescara;
- Ufficio per le Politiche Sociali dei Comuni di Roseto, Pineto e Teramo (tramite le Assistenti Sociali che hanno partecipato anche al corso);
- Caritas di Pescara-Penne,
- Consultorio Familiare Diocesano "Amoris Laetitia" di Scerne di Pineto
- Asilo Nido "Il Pagliaccio" di Silvi, "Pollicino" di Pineto, "La Coccinella" di Roseto degli Abruzzi e "Zucchero Filato" di Teramo.

**Sede di coordinamento di progetto**  
 Associazione Focolare Maria Regina onlus  
 Via Oberdan, 26  
 64025, Scerne di Pineto (TE)  
 Tel. +39 085 9463098  
 Fax +39 085 9463098  
 e-mail: direzione@barbanti.it  
 web: www.barbanti.it/formazione

**Partner di progetto**

**PRIMA**  
 Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita

**HOME VISITING SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI**  
 Vengono offerti servizi di sostegno e supporto che promuovono le competenze materne, rinforzano l'autostima e affiancano le madri nell'esperienza genitoriale attraverso l'ascolto, la vicinanza e la relazione, migliorando l'osservazione e la comprensione dei bisogni del bambino.

**DOTE EDUCATIVA**  
 Previa valutazione del Centro di Coordinamento, è prevista l'erogazione di una Dote educativa al fine di sostenere i costi diretti connessi alla crescita del bambino, supportando il reddito dei genitori in situazione di povertà.

**SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E ACCOMPAGNAMENTO NEL TERRITORIO**  
 È prevista la realizzazione di un percorso di orientamento per favorire la conoscenza e l'accesso ai servizi educativi e socio-sanitari del territorio, incoraggiando la partecipazione attiva delle madri e permettendo loro di trovare soluzioni di lavoro compatibili con la cura dei figli.

**DESTINATARI**  
 Donne in gravidanza e madri di bambini nella fascia 0-6 anni in situazione di povertà assoluta e relativa, minori in carico ai servizi sociali delle province di Teramo e Pescara; nuclei familiari vulnerabili.

**MODALITÀ DI ACCESSO**  
 Possono accedere ai servizi i nuclei familiari per i quali è stata compilata apposita scheda di segnalazione da parte dei Dipartimenti materno-infantili delle ASL di Teramo e Pescara, e i servizi sociali dei Comuni di Pescara, Teramo, Roseto degli Abruzzi e Pineto.

**REFERENTI**  
 Centro di Coordinamento  
 Dr.ssa Claudia Paragui, tel. 085 9463098  
 Comune di Pescara: Dr.ssa Katia Consorte, tel. 085 4283056  
 Comune di Teramo: Dr. Massimiliano Ettore, tel. 0861 324856  
 Comune di Roseto degli Abruzzi: Dr.ssa Natascia Pariscianni, tel. 085 8945364  
 Comune di Pineto: Dr.ssa Valentina Morisi, tel. 085 9493607

**PRIMA**  
 Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita

**OBIETTIVO**  
 Creare un sistema locale e integrato di servizi per prevenire gli effetti della povertà educativa sulla primissima infanzia coprendo due aree metropolitane abruzzesi (Pescara - Teramo).

**HOME VISITING SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI**  
 Vengono offerti servizi di sostegno e supporto che promuovono le competenze materne, rinforzano l'autostima e affiancano le madri nell'esperienza genitoriale attraverso l'ascolto, la vicinanza e la relazione, migliorando l'osservazione e la comprensione dei bisogni del bambino.

**DOTE EDUCATIVA**  
 Previa valutazione del Centro di Coordinamento, è prevista l'erogazione di una Dote educativa al fine di sostenere i costi diretti connessi alla crescita del bambino, supportando il reddito dei genitori in situazione di povertà.

**SERVIZIO DI ORIENTAMENTO E ACCOMPAGNAMENTO NEL TERRITORIO**  
 È prevista la realizzazione di un percorso di orientamento per favorire la conoscenza e l'accesso ai servizi educativi e socio-sanitari del territorio, incoraggiando la partecipazione attiva delle madri e permettendo loro di trovare soluzioni di lavoro compatibili con la cura dei figli.

**DESTINATARI**  
 Donne in gravidanza e madri di bambini nella fascia 0-6 anni in situazione di povertà assoluta e relativa, minori in carico ai servizi sociali delle province di Teramo e Pescara; nuclei familiari vulnerabili.

**MODALITÀ DI ACCESSO**  
 Possono accedere ai servizi i nuclei familiari per i quali è stata compilata apposita scheda di segnalazione da parte dei Dipartimenti materno-infantili delle ASL di Teramo e Pescara, e i servizi sociali dei Comuni di Pescara, Teramo, Roseto degli Abruzzi e Pineto.

**REFERENTI**  
 Centro di Coordinamento: Dr.ssa Claudia Paragui, tel. 085 9463098  
 Comune di Pescara: Dr.ssa Katia Consorte, tel. 085 4283056  
 Comune di Teramo: Dr. Massimiliano Ettore, tel. 0861 324856  
 Comune di Roseto degli Abruzzi: Dr.ssa Natascia Pariscianni, tel. 085 8945364  
 Comune di Pineto: Dr.ssa Valentina Morisi, tel. 085 9493607



## 6.2.8 Diffusione degli eventi sui siti dei Partner

È stata richiesta la condivisione degli eventi più importanti legati alle attività di Progetto sui canali dei Partner. Qui di seguito alcuni esempi di condivisione, relativi alla Conferenza di Presentazione.

The screenshot shows the homepage of the Con i Bambini website. The main navigation bar includes 'Home', 'News', 'Blog', 'Agenda', and 'Contatti'. A search bar is located on the right. The main content area features a large banner with the text 'Percorsiconibambini.it, il network dei progetti' over a background image of hands playing with colorful building blocks. Below the banner, there is a sidebar on the left with a menu: 'Il Fondo', 'Contrasto della povertà educativa minorile', 'Con i Bambini', 'Presentazione', 'Statuto', 'Organi', 'Le Attività', 'Bandi e iniziative', and 'FAQ e Documenti'. The main article is titled 'Scerne di Pineto 12 ottobre. Presentazione progetto Prima' and is dated '12 Ottobre 2018'. The text of the article states: 'Sarà presentato il prossimo 12 ottobre a Scerne di Pineto (Te) il progetto Prima (Prevenzione dei rischi per l'infanzia e la maternità assistita), interventi di home visiting e orientamento nel territorio. La conferenza stampa si terrà dalle 9 alle 13 presso il Centro Studi Sociali "Don Silvio De Annunzio". Il progetto è stato selezionato da Con i Bambini grazie al Bando Prima Infanzia. Per saperne di più: presentazione progetto Prima'.

The screenshot shows a news article on the website of the Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio. The navigation bar includes 'Home USA', 'MyPage', 'Webmail Personale', and 'Webmail Studenti'. The article is titled 'Conferenza iniziale Progetto PRIMA - Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita. Venerdì 12 ottobre 2018 - Scerne di Pineto (Te)' and is dated '8 Ottobre 2018'. The text of the article states: 'Venerdì 12 ottobre 2018 presso l'Aula magna del Centro Studi Sociali "Don Silvio De Annunzio" di Scerne di Pineto (Teramo), si terrà la CONFERENZA DI PRESENTAZIONE del Progetto PRIMA "Interventi di home visiting e orientamento nel territorio"'. Below the text, there is a small image of the PRIMA logo and a list of social media icons. At the bottom, there is a paragraph mentioning 'La professa M.C. Verrocchio, docente di Psicologia Clinica del Dipartimento DISPuTer, è il Responsabile Scientifico della Valutazione del Progetto PRIMA per l'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara'.

The screenshot shows a news article on the website of Caritas Diocesana. The navigation bar includes 'HOME', 'CHI SIAMO', 'COSA FACCIAMO', 'COSA PUOI FARE', 'AREA STAMPA', and 'CONTATTI'. The article is titled 'Progetto PRIMA: per l'infanzia e la maternità assistita' and is dated '4 OTTOBRE 2018'. The text of the article states: 'Il Progetto PRIMA (Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita), è finanziato dall'Impresa Sociale "Con i Bambini" nell'ambito delle iniziative per il contrasto della povertà educativa minorile. Il Progetto si pone la finalità di realizzare un presidio di coordinamento territoriale integrato socio-sanitario, capace di coprire'. Below the text, there is a large image showing a silhouette of a person holding a child, with the PRIMA logo and the text 'PROGETTO "PRIMA": PER L'INFANZIA E LA MATERNITÀ ASSISTITA il 12 ottobre la conferenza di presentazione del progetto'.



## 6.3 L'importanza del blog durante la pandemia

Durante il periodo di emergenza sanitaria il calendario delle attività del progetto PRIMA ha subito inevitabilmente uno stravolgimento, condizionando anche le associate azioni di comunicazione.

Per l'arresto immediato di tutte le attività dovute al lockdown e all'esigenza di isolamento sociale, il gruppo di lavoro del progetto ha ripensato radicalmente l'attività di comunicazione e la sua funzione, spostando l'attenzione sulle sue potenzialità in termini di "relazioni", e loro mantenimento, con il gruppo target.

Da un primo monitoraggio sull'utenza effettuato dalle Operatrici dell'attività di *Home Visiting* è emersa come prioritaria la necessità di fornire una serie di servizi e forme di assistenza "a distanza", attraverso gli unici canali di contatto possibili durante la pandemia: il Blog e i dispositivi mobili (WhatsApp e video-chiamate).

Il Blog, nell'assecondare questa esigenza, ha svolto una funzione di "portale informativo" che ha raccolto sia indicazioni e raccomandazioni provenienti da fonti ufficiali, sia articoli confezionati appositamente, insieme al gruppo interno di lavoro, come risposta alle esigenze emerse a livello locale.

Contrassegnati dall'hashtag **#andràtuttobene**, sono stati pubblicati una serie di articoli contenenti suggerimenti e consigli, tra cui:

**Articolo del 20 aprile 2020** - Non trascuriamo le vaccinazioni pediatriche obbligatorie: l'appello del dott. Gianfranco Visci

The screenshot shows a blog post from the website of the Associazione Focolare Maria Regina onlus. The article is dated 20 APRILE 2020 and has 0 comments. The main image features a teddy bear with a syringe and the text "CORONAVIRUS E VACCINAZIONE PEDIATRICA #andràtuttobene". Below the image, there is a video player showing a portrait of Dr. Gianfranco Visci, with the text "Coronavirus e vaccini pediatrici: l'appello del Pediatra" and "Gianfranco Visci EMERGENZA COVID-19". To the right of the video, there is a text block starting with "Il dottore Gianfranco Visci, Pediatra e Consulente scientifico del Centro Studi sull'Infanzia e l'Adolescenza 'Don Silvio De Amurini', ci segnala la necessità di non trascurare le vaccinazioni pediatriche obbligatorie in questo momento di emergenza Coronavirus. 'Dante altre malattie altrettanto gravi oggi non ci spaventano più grazie alla presenza dei vaccini, non trascurarli'. Guarda il video". Below the text, there is a list of regions: "Notizie dal Blog REGIONI: Abruzzo Basilicata Calabria Campania Emilia-Romagna Friuli-Venezia Giulia Lazio Liguria Lombardia Marche Molise".





**Articolo del 20 aprile 2020 – I segnali del disagio ai tempi del Coronavirus: i bambini parlano con il loro corpo. Il contributo del pediatra**

**I segnali del disagio ai tempi del Coronavirus: i bambini parlano con il loro corpo. Il contributo del pediatra**

di Associazione Focolare Maria Regina onlus 20 APRILE 2020 • 0 Commenti

**I SEGNALI DEL DISAGIO AI TEMPI DEL CORONAVIRUS: I BAMBINI PARLANO CON IL LORO CORPO**  
Il contributo del pediatra

Nel corso delle ultime settimane di "confinamento" sono stato contattato da molti genitori perché li aiutassi a comprendere i sintomi presentati e riferiti dai loro bambini, e comprenderne le cause e a rispondere loro nel modo migliore.

In modo particolare mi sono stati riferiti comportamenti dei bambini più piccoli fino ai 2 anni circa e quelli dei più grandi, di 3 - 4 anni in genere.

I primi manifestavano soprattutto "stati d'animo" diversi dal solito come irrequietezza, irritabilità, perdita di appetito oppure disturbi del sonno, aspetto luttuoso del volto, i secondi, i più grandi, riferivano soprattutto dolori addominali, inappetenza, mal di testa, nevrinose e altre.

In genere, i genitori che mi interrogavano riferiscono di non aver dato peso a questi comportamenti, almeno all'inizio, poi, soprattutto in riferimento ai più grandi di aver reagito con preoccupazione, non riuscendo a capirne le motivazioni e le soluzioni da adottare.

Queste situazioni sono molto più frequenti di quanto si pensi e, soprattutto, sono molto più diffuse di quelle rievocate.

I bambini stanno vivendo una condizione nuova caratterizzata dalla brusca interruzione dei ritmi, delle abitudini e delle frequentazioni che avevano precedentemente (pensiamo solo a quelli che frequentavano nidi e scuole dell'infanzia!) e che non comprendono e soprattutto non riescono a spiegare talora, come accade nei bambini più grandi, finiscono per pensare che la nuova situazione possa essere "una risposta" dei genitori alle loro "marachelle", ai loro capricci...

I genitori devono comprendere che i bambini, a cominciare dai più piccoli, non sono in grado di dare una spiegazione razionale e quanto sta accadendo, si accorgono che le abitudini, i ritmi, le presenze degli adulti sono profondamente cambiate nelle ultime settimane e, spesso, non vengono date spiegazioni comprensibili o, ancora, risposte preoccupanti per le conseguenze per quanto accade (e per quanto sono in grado di comprendere)... tanto più quando di adulti di riferimento manifestano anch'essi il proprio disagio per la condizione di vita presente con irribilità, trascuratezza e contrasti con gli altri adulti.

Devo essere anche considerato che il tempo, per i bambini, assume una "durata" molto più lunga che per noi adulti e le giornate sembrano non finire mai.

**Notizie dal Blog**

REGIONI

Abruzzo Basilicata Calabria  
Campania Emilia Romagna  
Friuli Venezia Giulia Lazio Liguria  
Lombardia Marche Molise

**Articolo del 24 aprile 2020 – Coronavirus: gravidanza e post-parto**

**Coronavirus: gravidanza e post-parto**

di Associazione Focolare Maria Regina onlus 24 APRILE 2020 • 0 Commenti

**CORONAVIRUS: GRAVIDANZA E POST-PARTO**  
#andràtuttobene

La gravidanza e il post-parto sono due momenti delicati e adesso, con l'emergenza sanitaria in corso, lo diventano ancora di più. La psichiatra e psicoterapeuta, Claudia Ravaldi, e il tossicologo, Alfredo Vannacci, forniscono alcuni consigli da seguire per vivere queste esperienze con serenità.

Nell'articolo pubblicato presso il portale Upas ([www.upas.it](https://www.upas.it)), casa editrice specializzata nei temi della genitorialità e dell'infanzia, vengono affrontati alcuni interessanti argomenti, tra cui:

- Come gestire l'ansia e le preoccupazioni in gravidanza
- Come gestire lo stress
- Qual è stile di vita seguire durante l'emergenza
- Come comportarsi nel post-parto e con il neonato
- Parenti e amici come possono dare una mano rispettando le norme di sicurezza
- Cosa devono fare genitori e amici quando nasce un bimbo

Perché fare tutte queste cose anziché aspettare che il Coronavirus passi da solo e con lui l'ansia?

**"Perché i nostri bambini (spiegano gli esperti) percepiscono l'ansia anche dall'utero, e sono molto sensibili alle nostre onde emotive. Provare un po' di ansia non significa essere paralizzati dall'ansia, e un'ondata non è uno tsunami. Se questa situazione dovesse farsi sentire sovraccarica e fuori controllo, discutate con il tuo medico e con un terapeuta esperto di emergenze".**

Vi invitiamo alla lettura!  
<https://www.upas.it/nascere/gravidanza/coronavirus-gravidanza-e-post-parto/>

**Notizie dal Blog**

REGIONI



## Articolo del 16 aprile 2020 – Bambini e mascherine facciali

**BLOG** **SCHEDA PROGETTO** **EMERGENZA COVID-19** **ALTRO**

### Bambini e mascherine facciali

di Associazione Focolare Maria Regina onlus 16 APRILE 2020 • 0 Comments

**BAMBINI E MASCHERINE FACCIALI**  
**#andràtuttobene**

Con la graduale ripresa delle attività e la riduzione dell'isolamento sociale, bisogna concentrarsi sugli strumenti utili per proteggere la comunità dalla diffusione del Coronavirus.

Ci sono infatti persone malate di COVID-19 ma asintomatiche, e dunque capaci di diffondere il virus, che rappresentano un pericolo per tutti gli altri.

Le raccomandazioni che seguono hanno il fine di informare in maniera chiara le famiglie sull'utilizzo delle mascherine da parte dei bambini, considerando le recenti revisioni delle società scientifiche internazionali, come la American Academy of Pediatrics (AAP), il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e recentemente anche l'OMS, che hanno diffuso o sono sul punto di diffondere nuove direttive (<https://www.acp.it>).

**CHE COS'È E A COSA SERVE UNA MASCHERINA FACCIALE**

Una mascherina facciale è una barriera meccanica utile a:

- Ridurre il rischio di contatto con le goccioline (Droplets) che contengono il virus;
- Evitare che le persone affette da coronavirus sia con sintomi evidenti sia ancora senza una sintomatologia marcata e specifica, possano immettere nell'aria dell'ambiente circostante le goccioline contenenti il virus.

**QUANDO FAR INDOSSARE LA MASCHERINA AI BAMBINI**

I bambini con più di 2 anni possono indossare la mascherina. Per essere protettiva e sicura, la mascherina deve coprire bene naso e bocca e raccordarsi all'orecchio. Prima di indossare la mascherina bisogna lavarsi bene le mani, per almeno 20 secondi.

Non vanno indossate quando si mangia o si beve. Vanno tolte rimuovendo prima il raccordo dietro le orecchie e poi sul davanti.

In casa, se non ci sono malati, le mascherine non sono necessarie, così se un bambino è all'aria aperta a giocare e riesce a mantenere una distanza di almeno 2 metri dagli altri, evitando di toccare superfici toccate dagli altri: in questo caso il bimbo può evitare di indossare la mascherina. La mascherina va indossata invece in luoghi in cui i bambini potrebbero avere difficoltà a rispettare una distanza di sicurezza, come in farmacia, nei negozi o dal dottore.

**Notizie dal Blog**

REGIONI  
Abruzzo Basilicata Calabria  
Campania Emilia-Romagna

I temi specifici e le argomentazioni pubblicate hanno cercato di dare continuità sia ai percorsi di orientamento e accompagnamento, sia al servizio di cure domiciliari a supporto delle mamme e delle famiglie seguite fino a quel momento.



## 7. La valutazione d'impatto

con il contributo della dott.ssa **Ilary Cichella**

Il vero genio risiede nella capacità di valutazione  
di informazioni incerte, pericolose e conflittuali  
Winston Churchill

### Premessa

Valutare, cioè dare valore. Non è una cosa da poco...

Ci si può chiedere quando e che cosa valutare, ma prima di tutto preme capire chi e come.

Si devono raccogliere elementi, rielaborarli, cucirli insieme dandogli un senso. Ma come farlo nel rispetto di chi sta di fronte? Come evitare di essere intrusivi? Come dare un peso e un valore alle cose senza scivolare nel giudizio morale?

Cominciamo con l'ammettere che la relazione professionista/fruitori è asimmetrica. Il professionista ha molto potere (legato al suo sapere professionale, all'appartenenza all'ente, alle decisioni che può prendere, ecc.) mentre il fruitore è lì col suo problema, magari senza sapere bene come muoversi e senza essere in grado di usare il linguaggio "adatto".

Un modo per gestire responsabilmente questo potere è giocare a carte scoperte, esplicitando obiettivi e prerogative. Mettere sul tavolo il fatto che si è consapevoli di avere ruoli e poteri diversi evita confondimenti e false complicità, ed esplicita un aspetto che, ci piaccia o no, è comunque presente.

Si consideri, poi, che se il professionista ha un sapere professionale, ma non è l'unico ad aver qualcosa da dire, il fruitore ha un proprio sapere esperienziale che lo rende "esperto" del suo problema e della sua storia di vita. Solo lui sa cosa prova, che cosa lo fa stare male o bene, che cosa è in grado di fare e cosa no, chi può aiutarlo e come, ecc.

Quindi non è possibile valutare senza il coinvolgimento delle persone interessate. Non basta "intervistarli" per raccogliere degli elementi da valutare, ma occorre chiedere loro di spiegarceli, di farci vedere "i loro buoni motivi" per aver scelto in un certo modo.

Ci sono scelte che sono indifferenti, altre che sono opinabili e altre ancora che non sono accettabili. Se due genitori dicono che sognano per il figlio il calcio piuttosto che il basket, la scelta è equivalente. Se dicono che alla sera sono i figli a decidere se e quando andare a dormire, la questione è già più controversa. Se poi dicono che quando la mamma va a fare la spesa è la bambina di 7 anni che sta a casa a curare il fratellino, allora siamo oltre ciò che può essere oggetto di opinione.

Ecco: giocare a carte scoperte e coinvolgere le persone interessate dalla valutazione, sono due importanti elementi da tenere in considerazione.

L'altra grande questione è che cosa valutiamo quando facciamo una valutazione sociale.

Nel corso della presa in carico la valutazione è la premessa per il progetto di intervento. Un conto è quindi valutare il disagio economico, un altro è valutare il disagio di un minore o il bisogno di assistenza di un anziano.

Un discorso a parte merita un tipo di valutazione particolare, quella sulle competenze genitoriali e la condizione dei minori, problematica di cui si è occupato proprio il progetto PRIMA.



In generale l'unità d'osservazione è stato il nucleo familiare anagrafico, inteso come l'insieme delle persone che risiedono anagraficamente in un certo luogo. Ma si è poi allargato lo sguardo a quello che succedeva oltre e attraverso i suoi confini.

Di questo nucleo, si sono esplorate le diverse dimensioni della vita, per individuare problemi e risorse. La condizione di fragilità, sia essa economica, sociale o legata a dipendenze, non è infatti collegata alla semplice presenza di un elemento problematico ma alla combinazione di questo elemento con la presenza o meno di risorse personali, sociali e istituzionali in grado di farvi fronte.

Quali dimensioni sono state analizzate, dunque?

La situazione economica: chi guadagna? quanto? ci sono mutui o finanziamenti? ci sono debiti o morosità?

L'abitazione: c'è? dove si trova (centro, periferia...)? è sovraffollata? è di proprietà? è di edilizia residenziale pubblica?

Le fragilità: ci sono membri della famiglia con dipendenze? ci sono persone detenute/agli arresti domiciliari o con precedenti giudiziari? ci sono entrambi i genitori? c'è conflittualità tra gli adulti? ci sono provvedimenti dell'autorità giudiziaria? ci sono soggetti interdetti/inabilitati/con amministratore di sostegno?

Le risorse: qual è il livello di coinvolgimento nelle cure del neonato? quali capacità riflessive e cognitive ci sono?

I servizi: ci sono i Servizi pubblici coinvolti (di base e specialistici)?

La rete: qual è la rete parentale? che tipo di legami sociali ci sono?



## 7.1 Analisi dei dati raccolti

### 7.1.1 Prese in Carico

Per arrivare alle famiglie, il progetto PRIMA parte dal punto di osservazione costituito dal Servizio *Rete di Sorveglianza e Screening*. Proprio nel Dipartimento Materno-Infantile dell'Ospedale di Teramo, nel reparto di Terapia Infantile Neonatale dell'Ospedale di Pescara, e nei Servizi Sociali dei comuni di Pescara, Teramo, Roseto degli Abruzzi e Pineto hanno avuto origine le compilazioni delle *Schede di Segnalazione* delle madri in particolari condizioni di vulnerabilità che avrebbero potuto beneficiare dell'intervento di Home Visiting promosso all'interno del Progetto PRIMA. Come si evince dal Grafico1 le segnalazioni provengono prevalentemente dalle strutture sanitarie, luogo privilegiato per l'osservazione d'impatto delle primitive dinamiche relazionali. I Servizi Sociali generalmente intervengono nella tutela minorile in un'età avanzata rispetto al target di riferimento (0-3) pertanto, in ragione di tale osservazione, risulta minimo il numero delle loro segnalazioni.

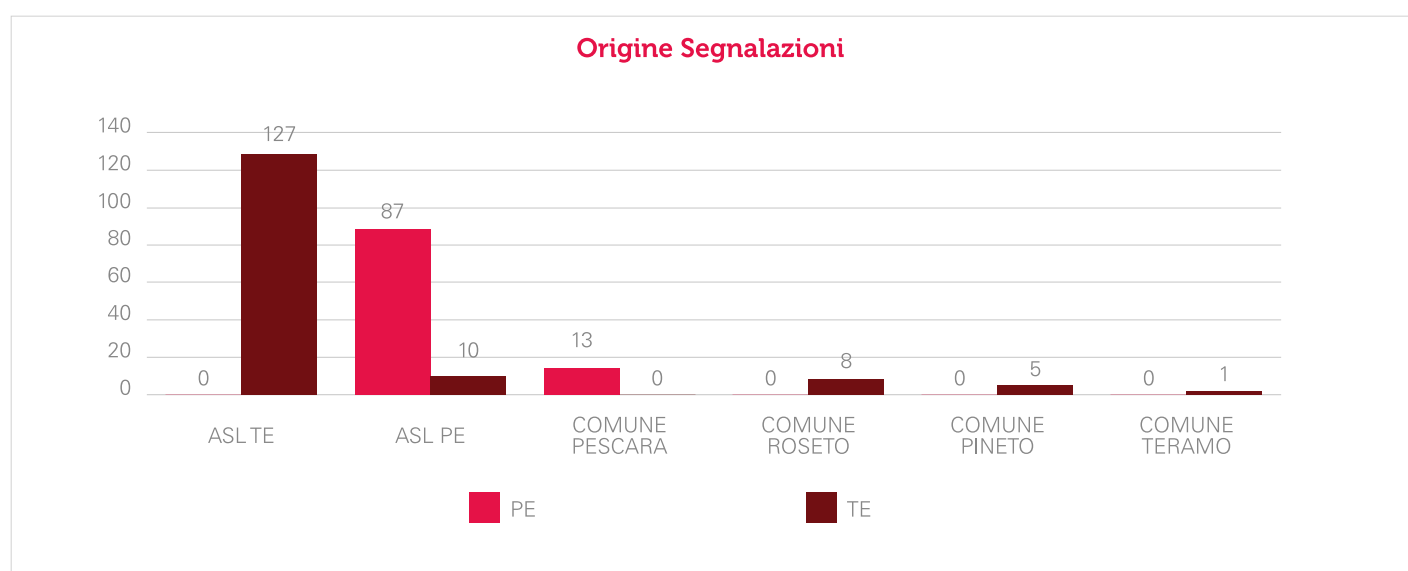


Grafico 1

A seguito delle fasi iniziali di valutazione della compatibilità dei nuclei familiari con la presa in carico, e dopo avere escluso anche le famiglie che, sebbene selezionate tra le potenziali destinatarie, non hanno accettato la proposta del progetto, sono state prese in carico 48 famiglie sull'area territoriale di Pescara e 44 sull'area territoriale di Teramo; dalla visione dell'istogramma emerge un'importante discrepanza nei due territori rispetto al numero di famiglie che hanno rifiutato l'intervento, dato particolarmente elevato in area Teramo e che tratta di famiglie con reddito pari o superiore a 12.000,00.

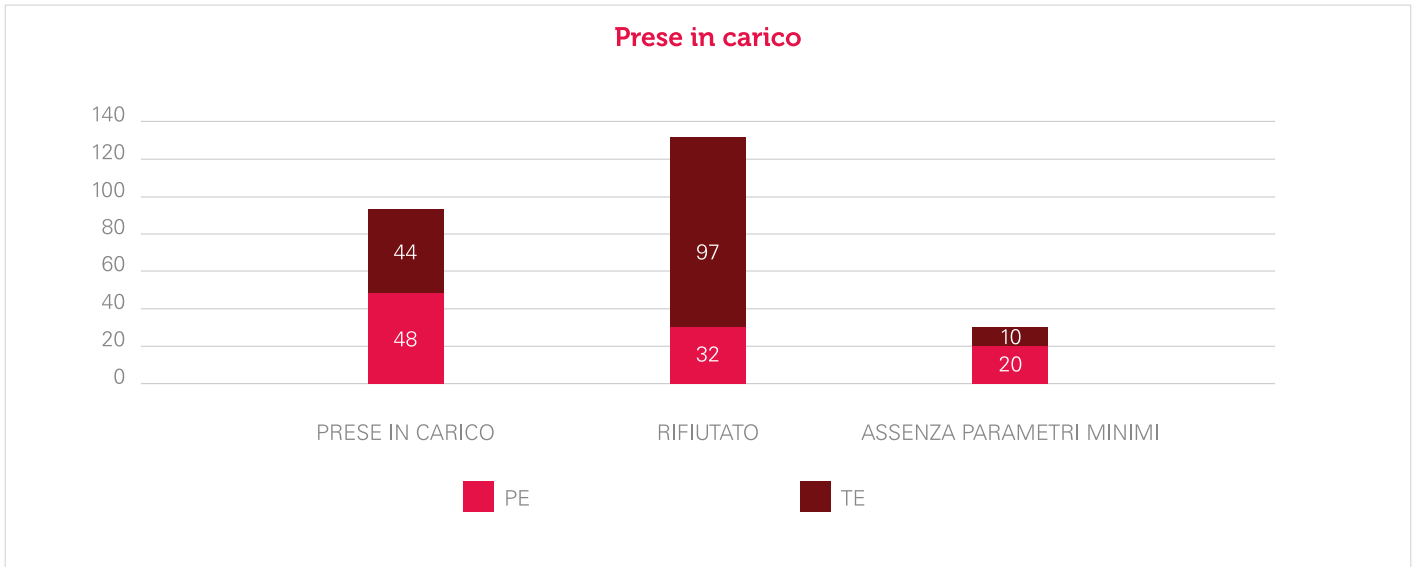


Grafico 2

L'ipotesi è che dietro al rifiuto delle neomamme, manifestato in seguito al rientro a casa, si celi la paura di essere giudicati, la diffidenza nei confronti di una persona estranea in casa, l'idea di "farcela" da soli con il supporto della propria rete familiare e sociale.

Quest'ultima lettura, in particolar modo, è emersa dalle dinamiche messe in atto dalle mamme in sede di contatto da parte della referente territoriale per concordare un appuntamento.

Famiglie che appartengono ad un ceto sociale medio-alto hanno mostrato più difficoltà di accoglienza del progetto, giustificandola con la scelta di una genitorialità basata sull'accudimento intra-familiare.



## 7.1.2 Segnalazioni e Fattori di Rischio

Nella fase iniziale di valutazione globale della famiglia rispetto all'eventuale presa in carico e partecipazione al progetto, il Centro di Coordinamento ha valutato la presenza di *Parametri Minimi* per accedere al servizio di Home Visiting del Progetto PRIMA, Parametri Minimi che sono stati rintracciati in:

1. Residenza o domicilio nel territorio di interesse per il progetto PRIMA
2. Assenza di elementi di pericolosità incompatibili con l'intervento domiciliare
3. Assenza di limitazioni alla libertà personale per uno o entrambi i genitori da prendere in carico
4. Assenza di altre forme di tutela già attivate in favore del minore, compresi collocamento in comunità educativa con o senza madre; interventi di educativa domiciliare
5. Altri fattori non preventivamente prevedibili ma ritenuti incompatibili con il servizio Home Visiting.

Allo stesso tempo, il Centro di Coordinamento ha tenuto conto della presenza di alcuni *Fattori di Rischio*, che sono stati intesi come una sorta di "moltiplicatore" del disagio e che hanno dato quindi accesso rapido e diretto all'Home Visiting.

I Fattori di Rischio considerati nella valutazione delle famiglie sono quindi stati:

1. Famiglia monoparentale
2. Disoccupazione
3. Tossicodipendenza di un genitore
4. Famiglia segnalata ai Servizi Sociali
5. Famiglia in carico ai Servizi Sociali

In tendenza con l'attuale situazione socio-economica, il Fattore di Rischio che più ampiamente è stato rilevato è quello relativo allo stato di *disoccupazione* di almeno un genitore, dall'analisi del quale si ricava la marcata somiglianza tra il territorio di Pescara e quello di Teramo.

A seguire, il Fattore di Rischio legato alla *monoparentalità*; così delineando una situazione che rispecchia il ridimensionamento sociale delle famiglie e la necessità di incrementare il principio di "sussidiarietà orizzontale", su cui si basa il concetto di "comunità educante".



### 7.1.2.1 Fattori di rischio: disoccupazione

Se consideriamo il reddito ISEE delle famiglie prese in carico nel progetto PRIMA, emerge un trend globale dell'allargamento della forbice patrimoniale, simbolo della disparità economica e del divario tra "ricchi e poveri"; è, infatti, quasi equivalente il numero dei nuclei con reddito superiore a 12.000,00 e quello dei nuclei privi di reddito o con minime entrate.

Questi ultimi vittime dei fenomeni di crisi del mercato del lavoro (soprattutto nell'offerta di occasioni di impiego per i giovani) e del conseguente generale impoverimento medio delle famiglie, fenomeni che causano un indebolimento del tessuto di protezione dei minori, una minor attenzione alle loro esigenze e il conseguente rischio di trascuratezza, maltrattamento e negligenza che caratterizzano il disagio minorile.

A questo proposito la Dote Educativa ha rappresentato uno strumento integrativo al servizio di Home Visiting, destinato alle famiglie con reddito ISEE inferiore a 12.000,00 per soddisfare le esigenze della crescita del bambino; si è rilevata una stretta correlazione tra il basso reddito ISEE del nucleo familiare e la condizione di disoccupazione di almeno uno o entrambi i genitori, condizione che a lungo termine si configura come un problema rilevante con ripercussioni anche sociali e psicologiche.

La dote economica non è stata quindi pensata semplicemente come un aiuto materiale, ma anche come strumento di prevenzione orientato a favorire l'inclusione lavorativa e sociale delle donne (ad esempio consentendo loro di inserire i bambini al nido d'infanzia per cercare o svolgere un'occupazione ma anche un'attività sociale) e a stimolare i neogenitori all'utilizzo dei servizi del territorio riservati alla primissima infanzia per beneficiare così di interventi integrati.

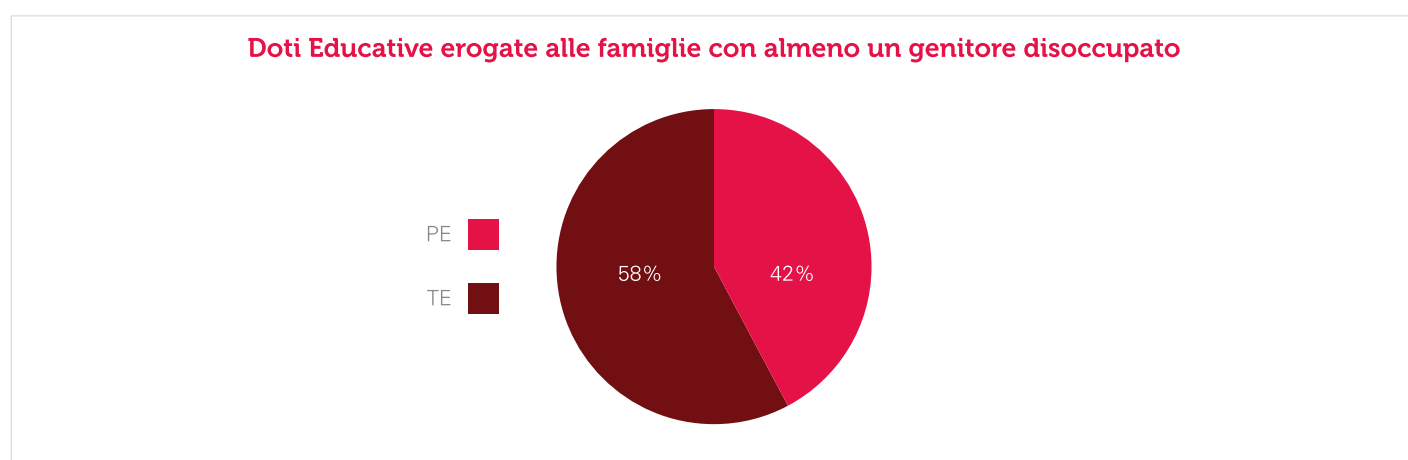


Grafico 3





## 7.1.2.2 Fattori di rischio: monoparentalità

I numeri del Progetto PRIMA sembrano confermare che è in atto un processo di semplificazione e riduzione della dimensione familiare che ha come conseguenza l'indebolimento della tradizionale capacità di risposta della famiglia stessa alle situazioni problematiche, in particolar modo dinanzi a fenomeni critici quali la disoccupazione, specie quella giovanile, o la presenza di un solo genitore.

Il livello di rischio delle famiglie monoparentali che emerge nel grafico 4 e che ha una prevalenza di gravità media, è frutto dell'analisi dei seguenti dati tratti dalla *Scheda di Segnalazione*:

- Condizione di isolamento familiare (almeno 3 parenti, almeno 2 parenti, almeno un parente, nessun parente)
- Altri soggetti coinvolti nella cura (presenti costantemente, presenti saltuariamente, presenti a richiesta, assenti)
- Stile relazionale (tipico, disimpegnato, rigido, armonioso)
- Tipologia familiare (aperta, allargata, ricostruita, chiusa)
- Composizione familiare (estesa, multipla, nucleare, senza struttura coniugale)

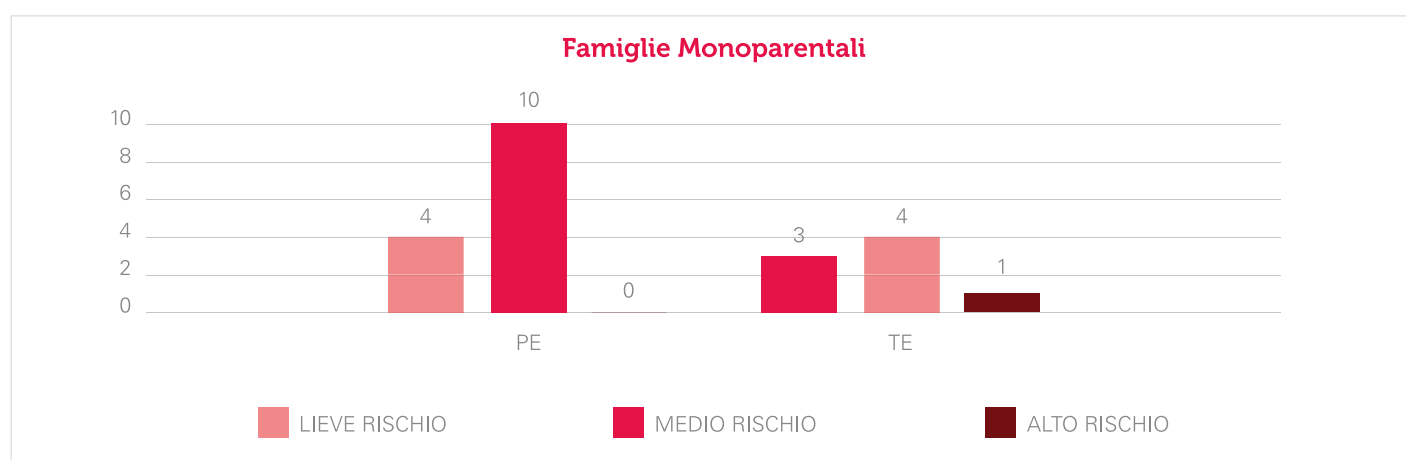


Grafico 4

Pertanto, i nuclei monoparentali in carico al Progetto PRIMA, e quindi le madri sole che sono state affiancate con progetti di Home Visiting, hanno presentato un ragguardevole livello di isolamento sociofamiliare, che può comportare, a cascata, un rischio nella individuazione del concetto di "famiglia" da trasferire al nuovo nato.



### 7.1.2.3 Fattori di rischio: tossicodipendenza

Nel nostro paese le dipendenze patologiche da sostanze costituiscono un fenomeno preoccupante nella popolazione femminile, ma questo scenario diventa ancora più complesso in presenza di eventi collegati alla maternità nel suo complesso, perché la dipendenza può produrre un'alterazione della competenza genitoriale e rendere la donna ancora più vulnerabile in quanto spesso dotata di minore supporto familiare e di coppia.

Anche dove c'è una famiglia di origine che si prenda cura della diade madre-bambino, infatti, in caso di tossicodipendenza aumenta la conflittualità dei rapporti, poiché comunque ci si trova in una situazione angosciante per l'intero nucleo familiare.

Questo Progetto PRIMA, nel prendere in carico madri tossicodipendenti, ha puntato a rinforzare la rete naturale di risorse intorno alla donna, riparando quello che c'era già, e ad ampliare e, ove possibile, costruire una rete ancora più ampia di sostegno alla maternità consapevole.

E si è anche fatto carico di un ruolo di supporto emotivo in favore di donne/madri tossicodipendenti afflitte anche da problemi psichici - in particolare la depressione nelle sue forme più o meno gravi - che aumentano il potere invalidante della situazione di tossicomania, in quanto si determinano per l'atteggiamento di maggiore condanna, da parte sia della società che della famiglia, della donna tossicodipendente e madre.

L'attività di Home Visiting ha quindi stimolato madri in tossicodipendenza ad assumere forza nel proprio ruolo, a costruire e mantenere rapporti con i Servizi del territorio, a trarre fiducia dal legame con il proprio bambino e anche e soprattutto, a legittimare la propria vulnerabilità a cui cercare riposte "sane" in percorsi di sostegno psichiatrico o psicologico, se non in percorsi di detossicazione/riabilitazione.

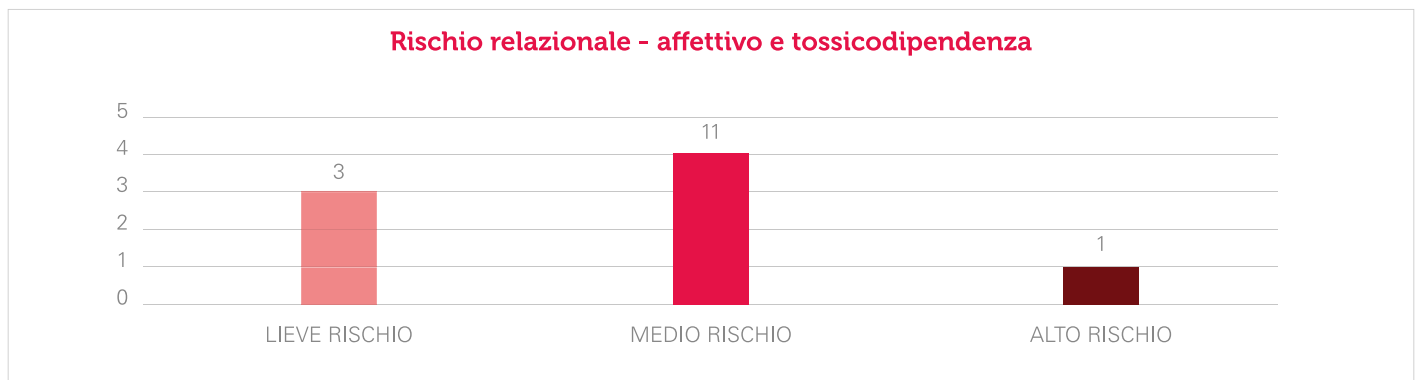


Grafico 5



#### 7.1.2.4 Fattori di rischio: nuclei in già carico o nuclei segnalati ai S. S.

Il Servizio Home Visiting del progetto PRIMA ha preso in carico anche casi segnalati dai Servizi Sociali dei Comuni partner, o ha esso stesso provveduto, all'esito di valutazione dell'intervento svolto, alla segnalazione di particolari forme di disagio ai Servizi Sociali territorialmente competenti.

I Servizi Sociali dei territori hanno voluto usufruire di questo Servizio di assistenza alla maternità per situazioni già a loro conoscenza, e per le quali la valutazione delle potenzialità genitoriali risultava già positiva.

Si è trattato di un affiancamento al rientro a casa di madri vulnerabili, per le quali era a rischio la costruzione del legame di attaccamento con ripercussioni che sarebbero state quasi sempre irrimediabili sul medio o lungo periodo.

E si è trattato di una sperimentazione molto interessante; di un ausilio nuovo per i territori; di un appoggio benevolo a madri che, essendo già conosciute ai Servizi, erano già state, e si erano già abbondantemente sentite, giudicate in quella funzione tanto intima quale quella materna.

L'approccio dell'Home Visiting del Progetto PRIMA, ha voluto restituire fiducia a queste madri ed ai loro compagni. Ha voluto far loro sperimentare un nuovo modo di essere "visti". Non più e non tanto nelle loro carenze, quanto piuttosto nei loro punti di forza; in quello che sono in grado di fare per il loro figlio neonato dimenticando quello che non hanno saputo fare nel loro essere stati individui o già genitori.

È stata una scommessa che ha dato risultati interessanti. Le famiglie seguite per conto dei Servizi Sociali del territorio hanno conseguito obiettivi migliorativi del loro essere genitore, consentendo ai servizi territoriali di continuare quanto il progetto PRIMA aveva costruito in termini di alleanza terapeutica e di fiducia nelle Istituzioni.

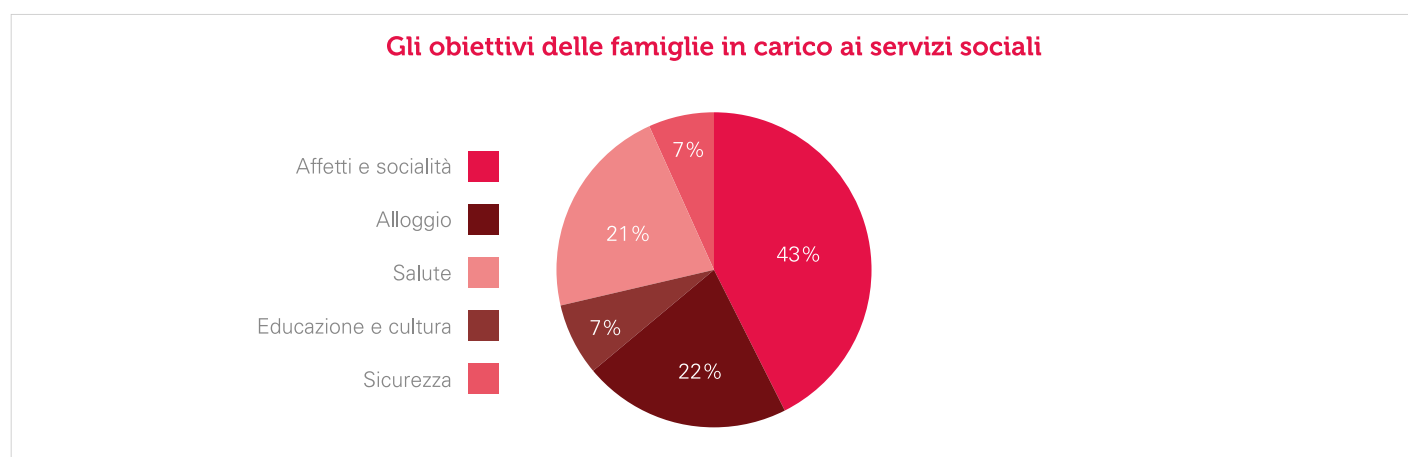


Grafico 6



Di altra tipologia, invece, le famiglie che sono state segnalate ai servizi del territorio proprio dal Centro di Coordinamento del Progetto PRIMA.

Si è trattato di situazioni complesse, nelle quali si era entrati su segnalazione del Servizio *Rete di Sorveglianza e Screening PRIMA*, ma nei quali, esaurita la forza delle attività di Home Visiting c'era assoluta necessità di una prosecuzione della tutela da parte dei territori.

Anche in questo caso, così come per la precedente tipologia di situazioni, il coinvolgimento della rete dei servizi territoriali è stata "accompagnata" dall'operatrice Home Visiting che ne ha dato notizia e motivazioni alle famiglie, talvolta recandosi con loro presso il Responsabile del Servizio Sociale per un colloquio di prima conoscenza.

Proprio nell'ottica della costruzione di una buona Comunità Educante, infatti, il coinvolgimento dei Servizi Sociali non è stato fatto passare come un intervento "punitivo" delle carenze ma come "sostegno" alle funzioni genitoriali che, anche oltre e dopo l'intervento Home Visiting, avrebbero potuto attraversare qualche ulteriore fisiologico momento di crisi.

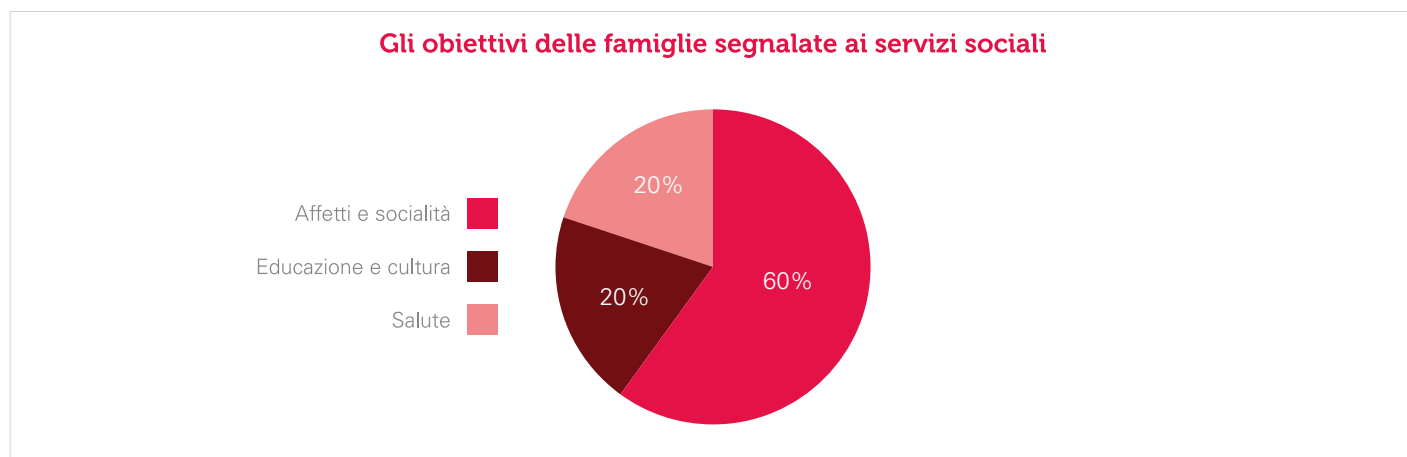


Grafico 7



### 7.1.3 Il Progetto Individualizzato di Accompagnamento alla Crescita

Già nei grafici 6 e 7 del paragrafo precedente si fa cenno alle problematiche/obiettivo cui si è lavorato con ciascuna famiglia presa in carico.

Esse sono il contenuto del *Progetto Individualizzato di Accompagnamento alla Crescita Positiva del bambino*, che ha previsto azioni di supporto e di rete e l'eventuale concessione di una Dote Educativa per la crescita del bambino. Il documento, stilato dal Centro di Coordinamento in seguito alla valutazione della *Scheda di Segnalazione* e al contatto telefonico con l'operatore del Servizio Rete di Sorveglianza e Screening che ha definito anche meglio la cornice del nucleo familiare, ha contenuto la problematica osservata, l'obiettivo sul quale l'operatrice domiciliare e la famiglia hanno cooperato, la metodologia e/o gli strumenti utilizzati, la frequenza e la durata complessiva dell'intervento. E ha previsto una valutazione intermedia e finale degli obiettivi per esaminare, in équipe e a livello qualitativo, il raggiungimento o meno degli stessi.

Le aree di intervento e le relative problematiche attenzionate sono state le seguenti:

#### **OBIETTIVO AFFETTI E SOCIALITÀ > problematiche osservate:**

- a. Attaccamento disfunzionale madre-bambino
- b. Insufficiente attaccamento genitori-bambino
- c. Isolamento relazionale adulti
- d. Disgregazione familiare
- e. Conflittualità tra i genitori
- f. Scarse opportunità di frequentare coetanei

#### **OBIETTIVO ALIMENTAZIONE > problematiche osservate:**

- a. Allattamento al seno e sua promozione
- b. Sotto alimentazione mamma
- c. Sotto alimentazione bambino
- d. Alimentazione inadeguata mamma
- e. Alimentazione inadeguata bambino
- f. Apporto squilibrato di nutrienti mamma
- g. Apporto squilibrato di nutrienti bambino
- h. Trash food mamma
- i. Trash food bambino

#### **OBIETTIVO ALLOGGIO > problematiche osservate**

- a. Abitazione inadeguata
- b. Abitazione insicura
- c. Abitazione sovraffollata
- d. Instabilità del possesso
- e. Indisponibilità o insufficienza di acqua
- f. Indisponibilità o insufficienza di elettricità
- g. Indisponibilità o insufficienza di riscaldamento
- h. Assenza di arredi adatti al bambino (lettino, fasciatoio, ecc)



#### **OBIETTIVO EDUCAZIONE E CULTURA > problematiche osservate**

- a. Difficoltà di accesso a presidi e strumenti culturali (limiti ambientali)
- b. Difficoltà di accesso a presidi e strumenti culturali (limiti personali)
- c. Mancanza di giochi educativi
- d. Mancanza di attenzione ai prerequisiti per l'apprendimento
- e. Mancanza di opportunità ludiche e ricreative (limiti ambientali)
- f. Mancanza di opportunità ludiche e ricreative (limiti personali)
- g. Discriminazioni

#### **OBIETTIVO IGIENE PERSONALE E AMBIENTALE > problematiche osservate**

- a. Scarsa igiene personale madre
- b. Scarsa igiene bambino
- c. Scarsa sterilizzazione biberon/ciuccio/ecc..
- d. Abitazione insalubre
- e. Abitazione trascurata
- f. Abbigliamento inadeguato madre
- g. Abbigliamento inadeguato bambino
- h. Accessibilità per il bambino di sostanze dannose ( varechina, detersivi, ecc...)
- i. Fumo negli ambienti frequentati dal bambino

#### **OBIETTIVO SALUTE > problematiche osservate**

- a. Problematiche post partum
- b. Problematiche di salute madre
- c. Problematiche di salute bambino
- d. Adesione programma vaccinale
- e. Problematiche di sviluppo neuro-motorio
- f. Problematiche di addormentamento
- g. Scelta pediatra di base
- h. Uso di sostanze dannose per la salute madre (alcool, droghe, farmaci...)
- i. Mancanza di farmaci (tachipirina, termometro, kit lavaggio nasale)
- j. Difficoltà di accesso ai servizi sanitari (scarsa conoscenza servizi, difficoltà di spostamento, indisponibilità economica)

#### **OBIETTIVO SICUREZZA E INTEGRITÀ PERSONALE E PSICOLOGICA > problematiche osservate**

- a. Sospetto maltrattamento bambino
- b. Sospetto abuso mamma
- c. Sospette Molestie mamma
- d. Violenza domestica
- e. Violenza assistita
- f. Ricoveri ripetuti bambino



La distribuzione delle aree di intervento è sintetizzata nel grafico 8, dal quale è possibile osservare una preponderante associazione degli obiettivi di natura socio-psicologica (affetti e socialità), a dimostrazione del travolgente impatto generato dall'arrivo di un bambino, "terremoto emotivo" che modifica gli equilibri personali e della coppia.

La seconda area preminente è rappresentata dagli interventi con obiettivi di natura culturale (educazione e cultura) destinati in particolar modo ai nuclei immigrati, con i quali l'intervento domiciliare si è focalizzato sulla diminuzione delle difficoltà di accesso a presidi e strumenti locali, sulla promozione dell'apprendimento della lingua italiana, sulla maggior conoscenza dei servizi esistenti sul territorio, al fine di ottimizzare le qualità del ruolo genitoriale e favorire l'integrazione nel contesto di riferimento.

Si precisa, a riguardo degli obiettivi sui quali si è concentrato il lavoro di Home Visiting, che ci sono state famiglie per le quali si è ritenuto utile individuare un numero di obiettivi superiore a 1, e per le quali, quindi, di conseguenza, si è progettato un intervento di ampiezza piuttosto significativa.

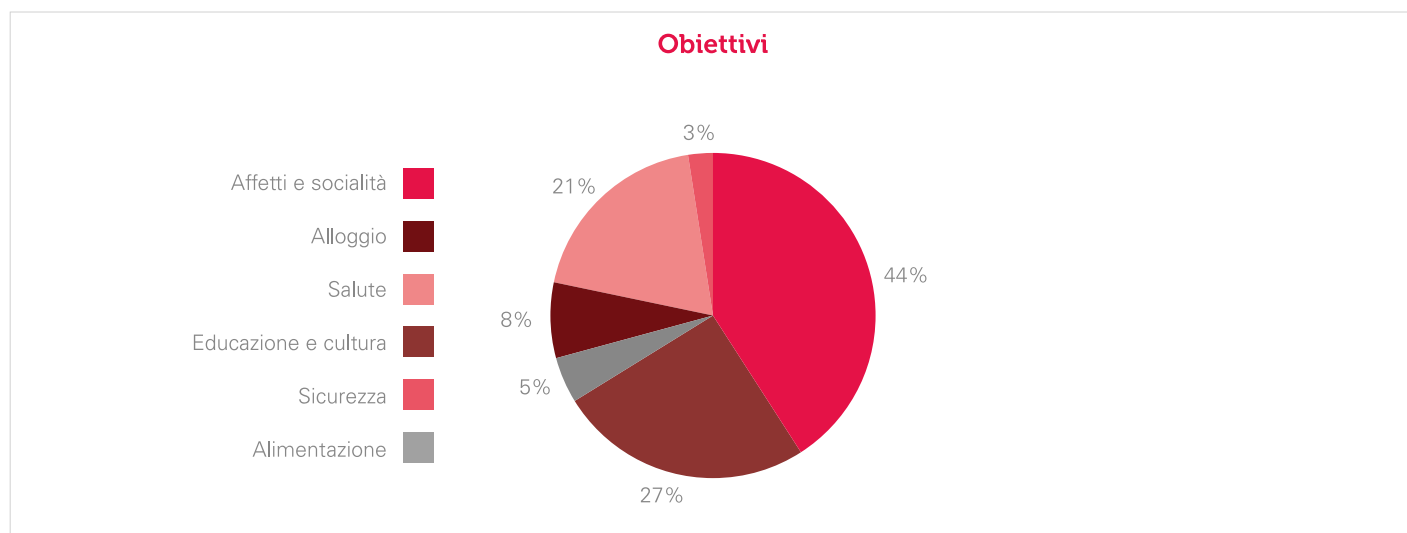


Grafico 8

Per determinare il monte ore complessivo di progetto, la durata e la frequenza del servizio di Home Visiting, ciascun obiettivo di intervento è stato incrociato con il livello di vulnerabilità della famiglia (lieve, medio, grave) rilevato dalla scheda di segnalazione.

Confrontando il livello di rischio di ciascun obiettivo ex-ante ed ex-post, si è constatato che l'intervento di Home Visiting ha mostrato la sua maggiore efficacia nell'ambito "Affetti e socialità", a dimostrazione di quanto il servizio sia indicato per supportare la relazione madre-bambino, per sostenere la conoscenza reciproca, per favorire la creazione del legame di attaccamento e per la stimolazione di una comunicazione efficace.

Si è anche notato con interesse intellettuale che, al termine dell'intervento di Home Visiting, il livello di rischio relativo all'obiettivo "Alloggio", applicato a nuclei in condizioni abitative insalubri o sovraffollate, è stato connotato da un peggioramento che lo individua come un settore di intervento per il quale non è sufficiente una presenza professionale domiciliare destinata alla stimolazione di un corretto legame di attaccamento madre/bambino.

Laddove sia inevitabile un cambio di alloggio, infatti, è necessaria una partecipazione dei servizi territoriali e una rilevante cooperazione della rete e risulta, quindi, del tutto insufficiente un progetto di Home Visiting.



## 7.1.4 Analisi comparativa dati ex-ante e dati ex-post

L'analisi del livello di rischio specifico per ciascuna area indagata nella scheda di segnalazione redatta ex-ante ed ex-post dall'operatrice domiciliare evidenzia come il rischio di vulnerabilità lieve riguardi prevalentemente la condizione del bambino, il rischio medio sia correlato alla situazione socio-economica del nucleo familiare ed alle relative ripercussioni nell'ambito delle relazioni interne al nucleo, mentre il rischio alto attenga maggiormente all'area famiglia (grafici 9 e 10).

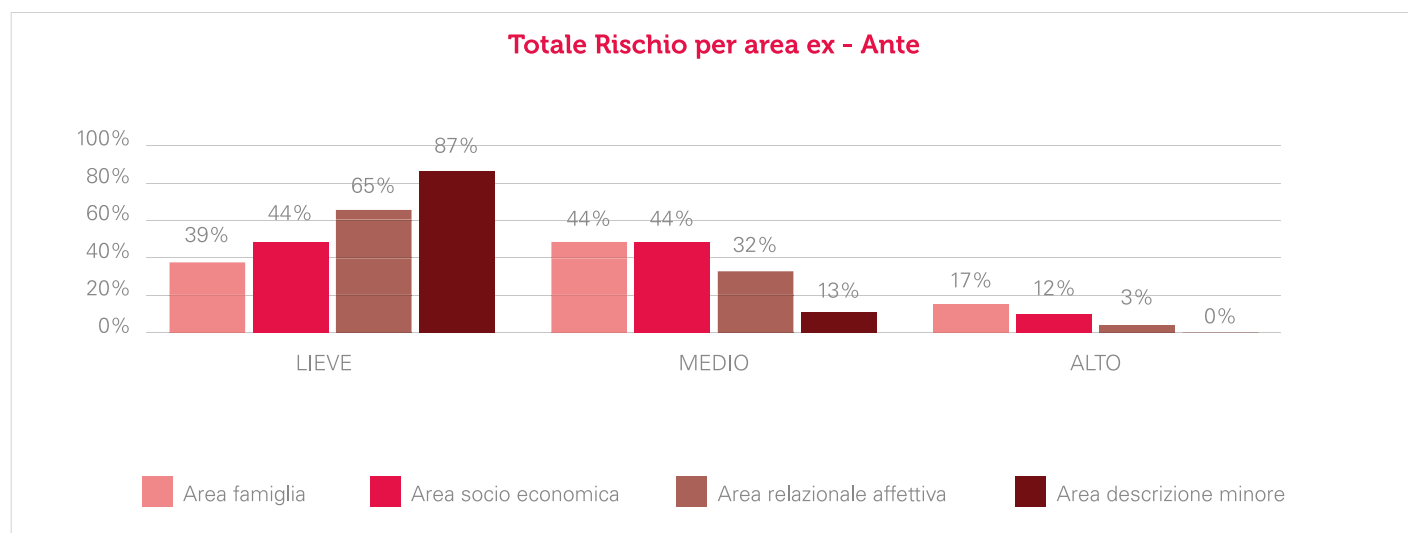


Grafico 9

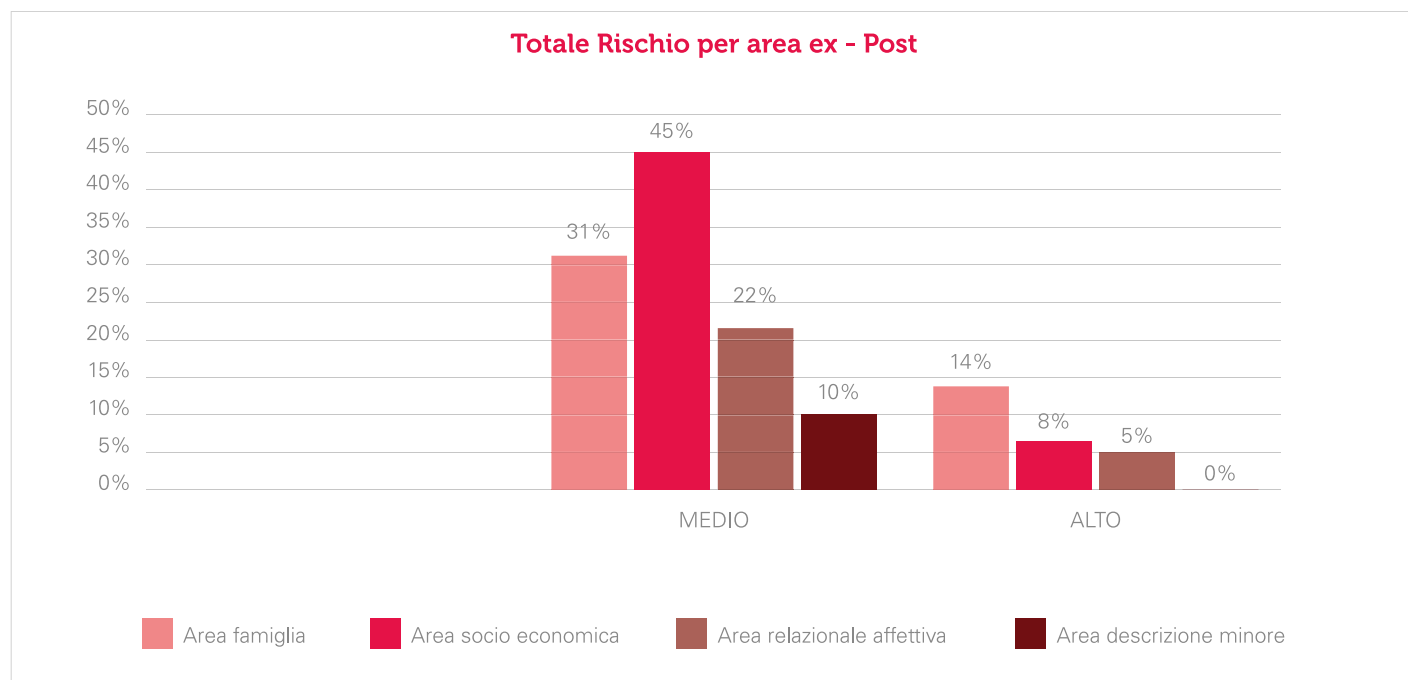


Grafico 10

L'efficacia dell'intervento di Home Visiting è particolarmente evidente nelle famiglie che presentano un livello di vulnerabilità medio, dimostrando concretamente di poter ridurre le difficoltà attraverso un sostegno che affina la comprensione dei segnali manifestati dal bambino, rendendo la mamma maggiormente consapevole dell'iniziale e normale fase di adattamento della diade.





La maggior consapevolezza materna, il sostegno ricevuto, la sensazione di “esser in grado” di accudire il proprio bimbo sono i punti di forza che garantiscono il passaggio al livello di vulnerabilità lieve a una percentuale importante di casi.

Il livello di gravità medio, infatti, si riduce quando aumenta la partecipazione del nucleo familiare esteso alle esigenze collegate alla neonascita (area famiglia passa dal 44% al 31% della rappresentatività); si riduce la disattenzione materna al fondamentale impegno relativo alla costruzione del legame di attaccamento (area relazionale-affettiva passa dal 32% al 22% della rappresentatività); si riduce l'errata interpretazione delle caratteristiche temperamentali del bambino, anch'egli attivo protagonista delle dinamiche che dettano l'imprinting al legame diadico (area minore passa dal 13% al 10% della rappresentatività)

L'area socioeconomica, invece, si trova migliorata nel livello di gravità maggiore (area socio-economica passa dal 12% all'8% della rappresentatività), in quanto sensibilmente alleggerita dall'erogazione della Dote Educativa. I livelli di disagio socioeconomico lieve o medio, registrano un peggioramento verosimilmente dovuto all'aumento delle esigenze economiche legate proprio all'evento nascita.

L'analisi dei numeri generali relativi ad entrambi i territori, depone in favore di un generale e sensibile miglioramento della situazione familiare a seguito della progettazione di un intervento di Home Visiting legato ad uno o a più obiettivi di tutela della maternità, con una riduzione molto significativa del livello di rischio rilevato sull'area Teramo, in cui il cui livello medio di gravità si abbatte, passando quindi ad un livello di gravità lieve, di circa la metà.

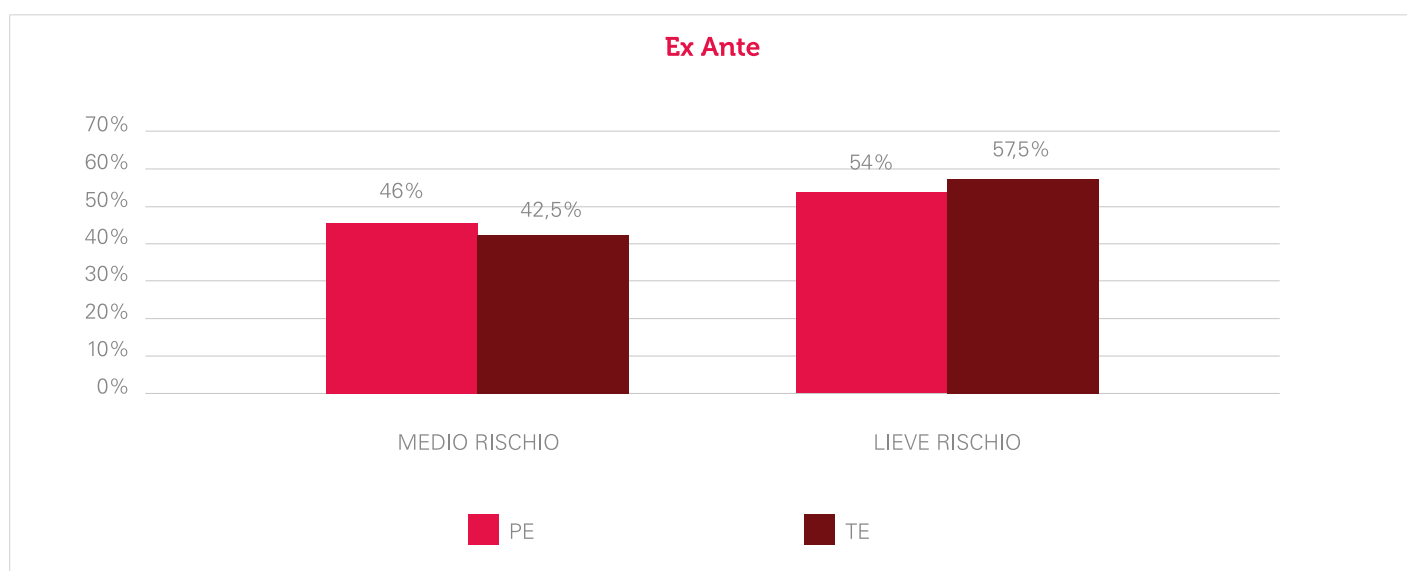


Grafico 11

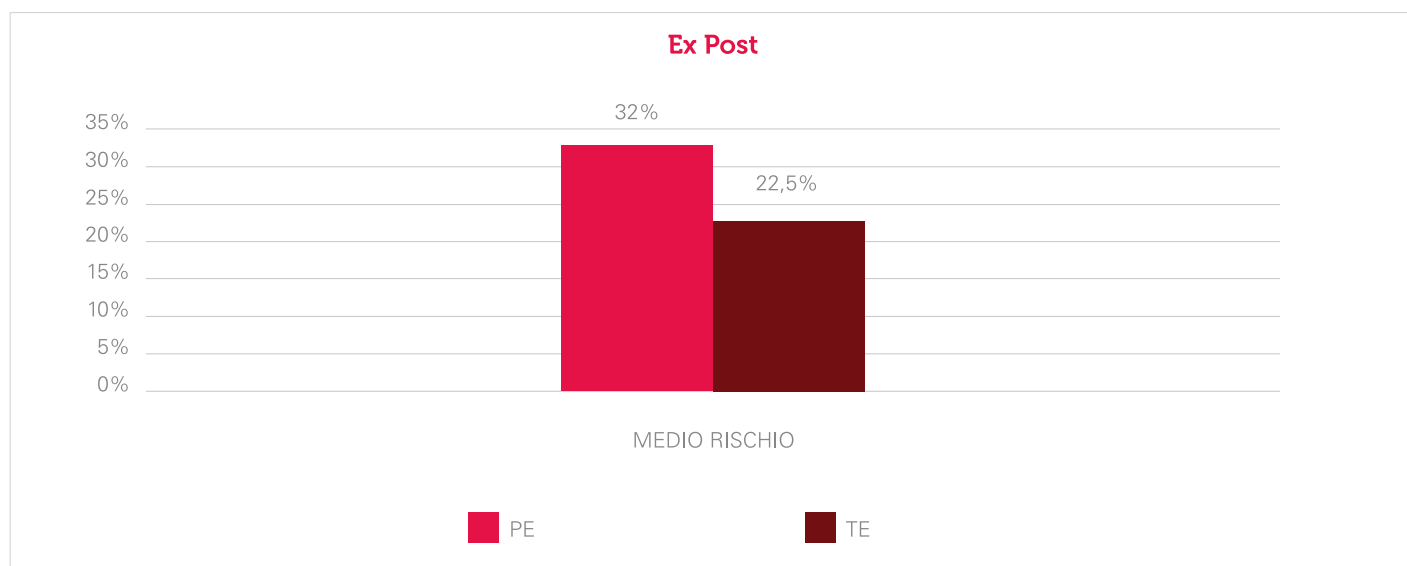


Grafico 12



## 7.2 Qualche spunto per il futuro...

Nonostante di sopra si accennasse al fatto che sia stato il territorio dell'area Teramo quello nel quale si è ottenuto il più significativo abbattimento, dal punto di vista numerico, del livello di rischio registrato nelle famiglie prese in carico, nel grafico 2 si descriveva come su 151 nuclei segnalati al Progetto PRIMA per una presa in carico, ben 97 avessero rifiutato di ricevere le attività di Progetto.

Questa mancanza di responsività del territorio teramano ha stimolato il Centro di Coordinamento a cercare soluzioni creative per dare stimolo ad una nuova e diversa apertura culturale del territorio di fronte a proposte di Home Visiting come quella del progetto Prima, che ci si auspica possano essere messe a sistema e tornare a fare parte della routine del rientro a casa di un neonato.

Quindi, per favorire una maggior adesione a questa tipologia di interventi di promozione della genitorialità positiva e sensibilizzare il territorio rispetto all'importanza dei PRIMI MILLE GIORNI, finestra temporale speciale per lo sviluppo durante la quale si gettano le basi sulle quali si cammina tutta la vita, il Centro di Coordinamento ha lanciato l'idea di realizzare un ciclo di *"Momenti di condivisione sull'essere genitori oggi"* negli asili nido della provincia (non realizzati a causa dell'emergenza Covid).

L'attività che è stata pensata, e per realizzare la quale erano già stati presi proficui contatti con alcune realtà educative del territorio, resta come spunto per future ed auspicate nuove iniziative del teramano.

### "Quando nasce un bambino nascono anche dei genitori"

**L'importanza dei primi 1000 giorni di vita:  
una relazione che nasce**

**"Ninna nanna, ninna oh!"  
L'intervento dell'osteopata e i benefici del  
massaggio infantile**

**Mettiti in gioco!  
Le attività ludiche come occasioni di incontro**

**"Buon appetito!"  
Percorsi educativi sull'alimentazione e l'igiene  
della bocca in gravidanza e in età evolutiva**

**Toc Toc!  
Il pediatra risponde...**



## 7.3 Conclusioni

In conclusione, la valutazione di impatto richiede di valutare ciò che conta, cioè di stimare il valore di cambiamenti sociali, spesso intangibili, ma che genereranno valore sociale; è importante non solo considerare l'eventuale efficacia del progetto, ma anche pensarla come una solida base per indirizzare le azioni di politica sociale mirate alla prevenzione dei rischi psico-educativi, soprattutto nei casi di povertà educativa, con un considerevole e vantaggioso impatto sociale. È di fondamentale importanza che gli effetti positivi ottenuti con le diverse azioni progettuali possano diventare patrimonio dei beneficiari, classificati ex ante a rischio, agendo come fattore protettivo per la funzione educativa esplicata dalla famiglia.

L'impoverimento crescente dei nuclei familiari ha generato una gamma di bisogni molto più articolata ed eterogenea e messo in crisi un sistema che è stato spesso centrato su una logica di trattamento amministrativo dei bisogni e su un impianto categoriale che si rivela oggi molto inadeguato ad intercettare la nuova domanda sociale.

Per questo il progetto PRIMA ha rappresentato una vera e propria innovazione sociale, un'apertura del terreno educativo ad attori che siano in grado di intraprendere azioni concrete di promozione del benessere e creare dunque progetti sostenibili e quindi anche di valore economico; occorre infatti investire nella prevenzione in ambito infantile per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale e i programmi di Home Visiting si configurano come un'ottima risorsa per ridurre i rischi di povertà educativa e di maltrattamento e promuovono le risorse genitoriali, rappresentando un vantaggio non solo sul piano dei diritti umani, ma anche in prospettiva della riduzione dei costi connessi al maltrattamento sia per i figli che per i genitori.

A fronte del cambiamento dei sistemi di welfare e delle politiche ad esse connesse nel rispondere adeguatamente al mutare dei bisogni sociali, l'innovazione portata dall'Home Visiting attuata nell'ambito del progetto PRIMA sollecita la ricerca di approcci volti ad elaborare sempre più politiche e progetti per affrontare le nuove sfide in un contesto di risorse economiche in contrazione.



## 8. L'efficacia del progetto

con il contributo del dott. **Giovanni Francesco Visci**  
e della prof.ssa **Maria Cristina Verrocchio**

*Cadendo, la goccia scava la pietra,  
non per la sua forza, ma per la sua costanza.*  
Lucrezio

### 8.1 Il contesto

L'incidenza della povertà minorile nel nostro Paese e, soprattutto, nelle regioni centro – meridionali, rappresenta una condizione di particolare preoccupazione per le Istituzioni e per tutte le realtà sociali e del “terzo settore” che si confrontano quotidianamente con questa condizione e che rende evidente la difficoltà in cui vivono questi bambini e le loro famiglie e, ancora, le ridotte aspettative di sviluppo della loro vita in termini di acquisizione delle competenze cognitive, emotive e relazionali a breve e a lungo termine, quando non sono anche segnate da maltrattamenti e abusi.

Tale condizione è ben presente alle Istituzioni Europee che hanno programmato per il 2021 il programma Child Guarantee, affidando all'Italia, e ad altri tre Paesi, un ruolo qualificato di studio e di intervento progettuale.

Nello stesso tempo, le ricerche condotte negli ultimi anni in tutti i Paesi hanno dimostrato con sempre maggiore evidenza che nei primi anni di vita il cervello umano si sviluppa rapidamente ed è molto sensibile alle influenze dell'ambiente esterno. Infatti, se il ruolo della famiglia e dei genitori è determinante per lo sviluppo delle relazioni primarie e per la “costruzione” della resilienza, non dobbiamo dimenticare che lo sviluppo globale del bambino è un processo integrato e influenzato da un'ampia varietà di determinanti (individuali, ambientali e relazionali).

Queste considerazioni preliminari assumono una importante valenza anche sul piano degli investimenti e dei risultati economici; infatti, a seguito degli studi condotti da Heckman, sappiamo che gli interventi educativi rivolti nei primi anni di vita ai neonati e ai bambini (e alle loro famiglie), anche se provenienti da ambienti svantaggiati e globalmente deprivati, consentono di recuperare il gap cognitivo e relazionale con investimenti altamente remunerativi – anche nell'obiettivo di un proficuo futuro inserimento nel mondo del lavoro – rispetto ad interventi dello stesso tenore attuati negli anni successivi.

Inoltre, se sono ben conosciuti e studiati gli effetti delle “sfavorevoli esperienze infantili” a breve e a lunga distanza di tempo, sono meno noti gli effetti delle “esperienze positive infantili” sulla salute mentale e relazionale anche nell'età adulta.

L'ideazione e l'allestimento del Progetto PRIMA nascono e si sviluppano in questo contesto e sono giustificati dai dati socio-economici presenti nel Piano Sociale Regionale dell'Abruzzo 2016 – 2018 che stima circa 51.177 bambini abruzzesi (0 – 6 anni) in condizioni di povertà e circa 18.319 quelli con grave deprivazione materiale. Insieme a questi dati vanno evidenziate le limitazioni esistenti nell'accesso agli asili nido e alle scuole per la prima infanzia nelle aree territoriali del pescarese e del teramano coinvolte nel Progetto, dove sono stimati complessivamente 6.761 bambini della fascia 0 – 3 anni e di questi solo 623 bambini (circa il 10%) con accesso ai servizi socio – educativi per la prima infanzia.

Questa condizione si ritrova nelle famiglie con disagio socioeconomico e marginalizzate per molteplici cause, favorisce relazioni genitori – figli inadeguate e accresce i rischi per l'esplicitarsi di maltrattamenti ed abusi; inoltre riduce il costituirsi di una condizione di resilienza nei figli necessaria per affrontare e superare nel corso della vita eventuali “eventi avversi”.

In questo contesto, ampiamente presentato nei precedenti capitoli, vanno doverosamente enfatizzate le acquisizioni multispecialistiche che sostengono la necessità di un intervento adeguato “multiservizio” per contrastare la povertà educativa che della povertà materiale è il “frutto avvelenato”.



Infatti, sulla base della letteratura internazionale esistente, gli interventi volti a contrastare la povertà educativa nei primi anni di vita e, segnatamente, nei primi tre anni permettono di ridurre, fino ad annullare, gli effetti di una condizione familiare caratterizzata da deprivazione materiale associata spesso ad una compromissione delle competenze genitoriali e alla mancata frequenza dei servizi socio – educativi per la prima infanzia e alla connessa fruizione delle opportunità sociali, culturali e ricreative presenti nel territorio.

La loro efficacia è stata dimostrata da una serie di studi che hanno enfatizzato da un lato l'opportunità di evoluzione positiva degli interventi condotti nei primi "1000 giorni di vita" (dall'inizio della gravidanza alle fine del 2° anno di vita) e dall'altro la possibilità di invertire anche il prevedibile trend negativo delle condizioni di partenza.

## 8.2 Il Progetto PRIMA e la "comunità educante"

Alla luce del contesto precedentemente descritto e della mancanza nella Regione Abruzzo di interventi programmatici espressamente rivolti a contrastare la povertà educativa nella fascia di età 0 – 6 anni e a promuovere le competenze genitoriali nei contesti di accudimento, il Progetto PRIMA ha avuto l'ambizione di promuovere un intervento programmatico articolato sui seguenti piani:

- a. coinvolgere nell'allestimento del Progetto "non burocrattizzato" tutti i "soggetti istituzionali" e del "terzo settore" presenti nel bacino sociale di intervento che per un verso erano (e sono !) in grado di individuare le condizioni di "povertà educativa" presenti nel territorio, quindi di allestire un intervento "multiagenzia e multiservizio" in grado di assumere il volto della "comunità educante" "in presa diretta" con le famiglie fornendo ad esse attraverso un servizio di "home visiting" opportunamente allestito una presenza fatta di ascolto, di assistenza, di educazione e di accesso ad una serie di servizi e di opportunità tali da restituire maggiore sicurezza alle famiglie e, nello stesso tempo, di sorvegliare la presenza di "fattori di rischio" e l'insorgere di ulteriori problemi;
- b. attivare un "centro di coordinamento" che si è fatto carico di dare consistenza agli indirizzi programmatici attraverso l'allestimento di una serie di strumenti conoscitivi ed operativi finalizzati ad una conoscenza di dettaglio delle famiglie da "ingaggiare" e da seguire nel tempo con l'obiettivo di valutare l'attività dell'intervento e sostenere il lavoro delle "visitatrici";
- c. avvalersi di una serie di servizi e consulenze già presenti nel territorio che hanno permesso di offrire agli "educatori" e alle famiglie "ingaggiate" servizi, consulenze specialistiche, contributi economici utili per attenuare le difficoltà educative e materiali delle famiglie;
- d. dotarsi di un modello di valutazione esterno, affidato al Laboratorio di Psicologia Clinica dell'Università di Chieti, per la valutazione degli strumenti conoscitivi adottati e per i risultati ottenuti anche nel confronto con le valutazioni da effettuarsi a distanza di due anni.



### 8.3 Il Progetto PRIMA e il Covid-19

L'irruzione dell'epidemia da Covid-19 sul Progetto Prima ha richiesto necessariamente una rimodulazione dell'intervento progettuale con la consapevolezza delle limitazioni "di selezione e di ingaggio" delle famiglie "probande" presso le neonatologie degli Ospedali coinvolti, quindi attraverso una diversa presenza delle "educatrici" presso le famiglie compatibile con le limitazioni dettate dalla pandemia.

I contatti telefonici ed i collegamenti online attivati per continuare ad assicurare alle famiglie visitate servizi e materiali utili (latte, pannolini, consulenze, servizi, ecc.) sono stati tutti particolarmente apprezzati (spesso riferiti come "inaspettati" dalle famiglie seguite) e hanno rappresentato una ulteriore modalità di intervento del programma di home visiting in condizioni ambientali e modalità organizzative di emergenza.

### 8.4 I risultati e i materiali derivati dal Progetto

Al completamento temporale del Progetto possiamo cercare di delinearne i risultati e l'efficacia in riferimento alle previsioni iniziali, cominciando dai materiali e dai metodi che sono stati elaborati e utilizzati per il Progetto.

- a) Il primo risultato è stato quello di aver attivato per la prima volta in Regione Abruzzo un intervento sistematico di home visiting "in presenza" attraverso un coinvolgimento delle Istituzioni Sanitarie e Sociali del territorio e delle organizzazioni del "terzo settore", così da costruire un modello di "comunità educante" che possa costituirsi stabilmente per il futuro.
- b) Il passo successivo è stato quello di allestire un "corso di formazione" specifico rivolto a tutte le operatrici (psicologhe, educatrici, operatrici sociali, ecc.) affinché conoscessero gli obiettivi e i metodi dell'home visiting e le caratteristiche del Progetto e che potesse costituire una sorta di "serbatoio" di professionalità da utilizzare in futuro per attività ordinarie e routinarie anche da parte di altri "soggetti" sociali.
- c) Aver costituito un "centro di coordinamento" multispecialistico che, dopo aver coinvolto rappresentanti di Istituzioni e Organizzazioni, ha costruito le modalità di individuazione, selezione ed "ingaggio" delle famiglie e l'attivazione delle relazioni interistituzionali e dei servizi al livello territoriale. Tutto questo lavoro ed i materiali che sono stati elaborati attraverso uno studio ed un confronto con la letteratura internazionale costituiscono un patrimonio utilizzabile per il futuro per ogni altro intervento di questo tipo.
- d) Il "centro di coordinamento" ha rappresentato allo stesso tempo un riferimento organizzativo per tutti gli operatori coinvolti nel Progetto, una risorsa stabile per le "visitatrici" e le famiglie coinvolte per assicurare le consulenze ed ogni altra possibile "utility" per le stesse famiglie ed una risorsa professionale multispecialistica utilizzabile in futuro anche da altre Istituzioni e Servizi del territorio.

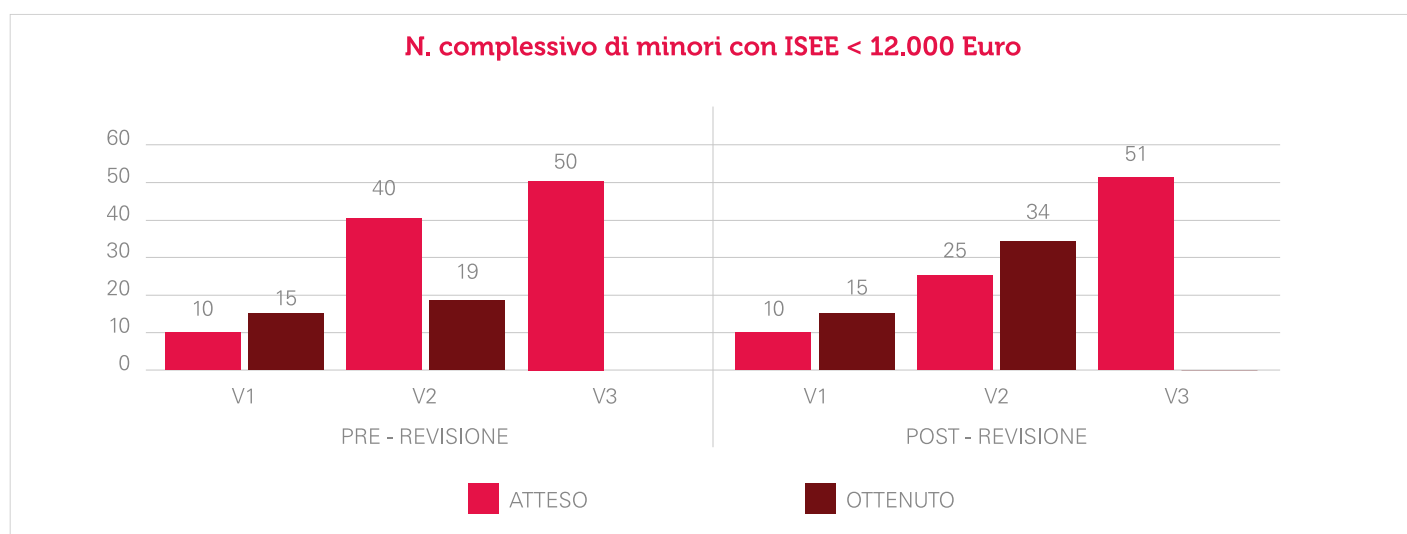
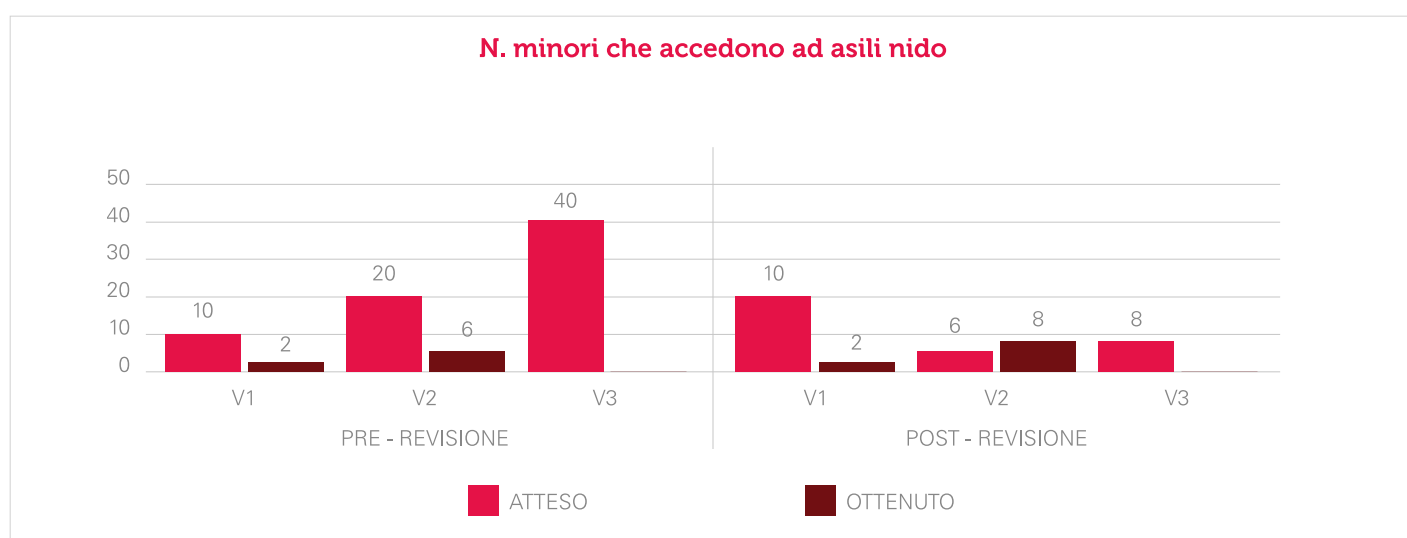


## 8.5 La "popolazione" delle famiglie "visitate"

I risultati che sono stati illustrati nei precedenti capitoli e, in particolare, nel capitolo sulla valutazione di impatto, sono ampiamente rappresentativi dell'efficacia dei risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi del Progetto.

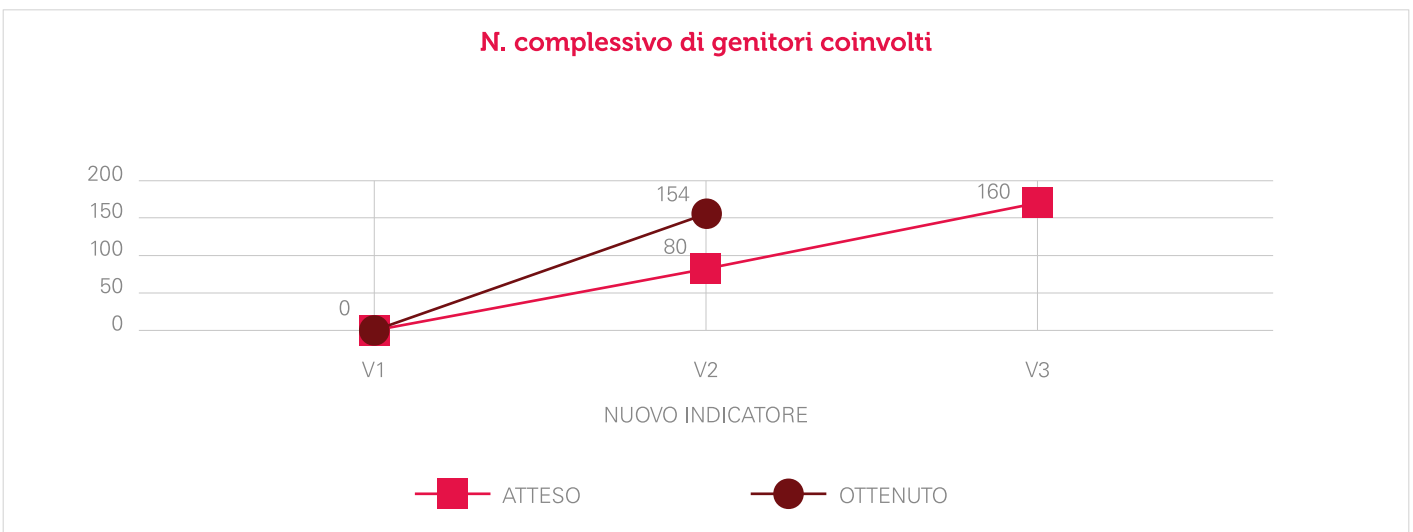
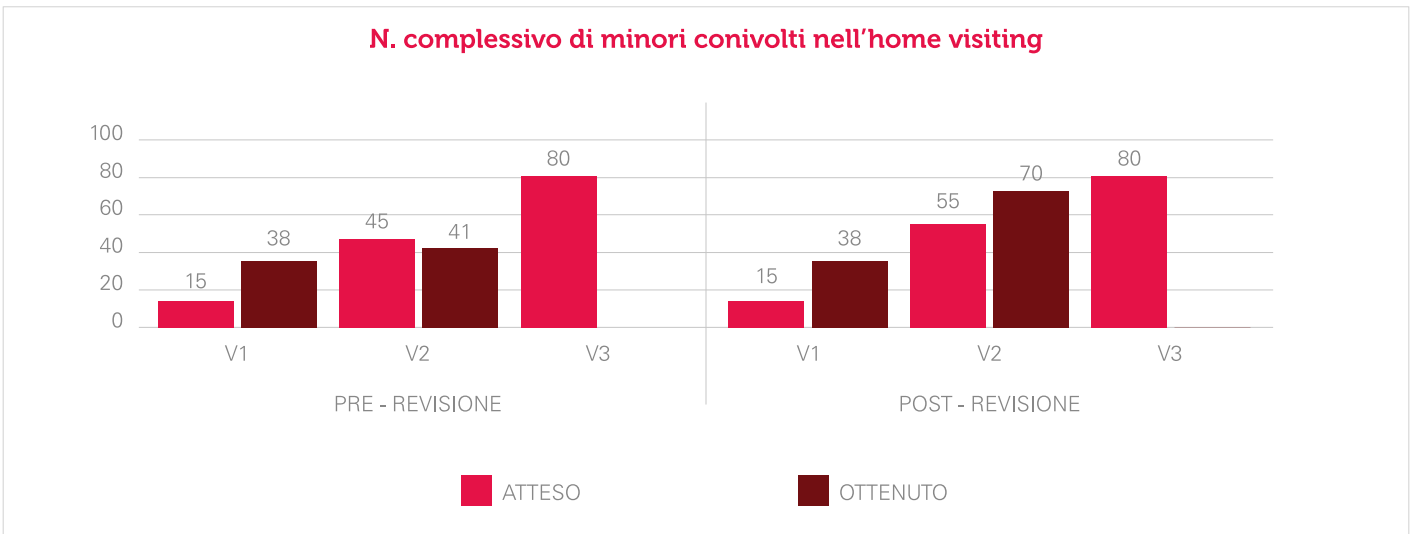
Ritengo di dover sottolineare in questo paragrafo i dati riferiti dal Laboratorio di Psicologia Clinica dell'Università di Chieti nei seguenti ambiti, anche in seguito alla revisione degli indicatori, concernenti la "popolazione" selezionata e seguita dalle psicologhe e dalle operatrici :

- il numero dei minori che hanno frequentato il nido d'infanzia è stato superiore ai risultati attesi. Occorre sottolineare che questo risultato testimonia l'efficacia del progetto non solo in riferimento alle opportunità cognitive e relazionali conseguite dai bambini, ma anche alle possibilità offerte alle mamme di poter accedere ad attività lavorative avvantaggiandosi della dote educativa riservata a nuclei con reddito ISEE inferiore a 12.000,00 euro;

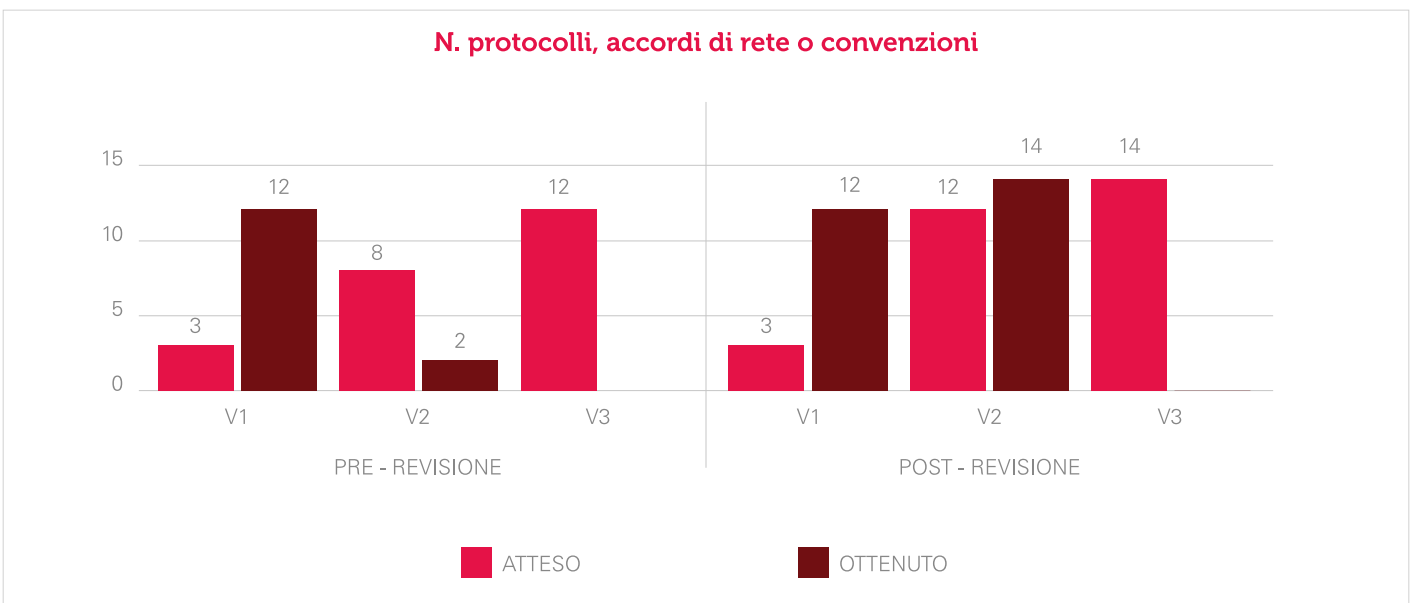




b) analogamente, la percentuale delle famiglie coinvolte nell'intervento di HV è stata superiore all' 80% dei destinatari individuati e contattati;



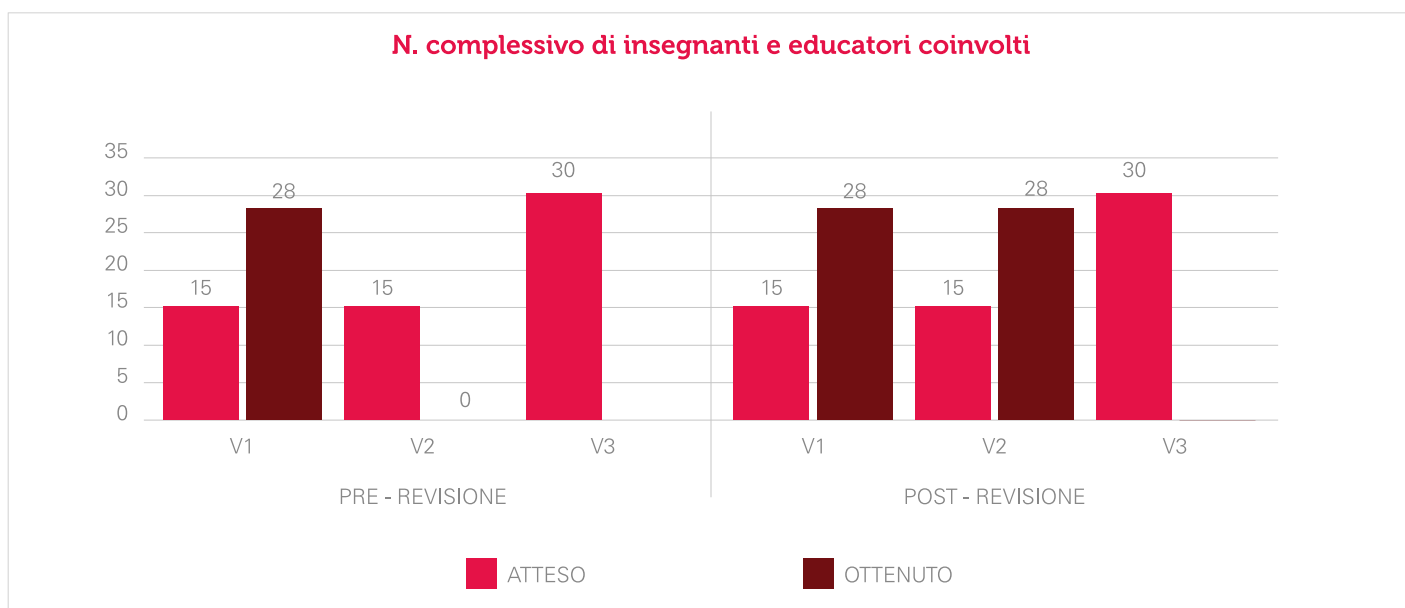
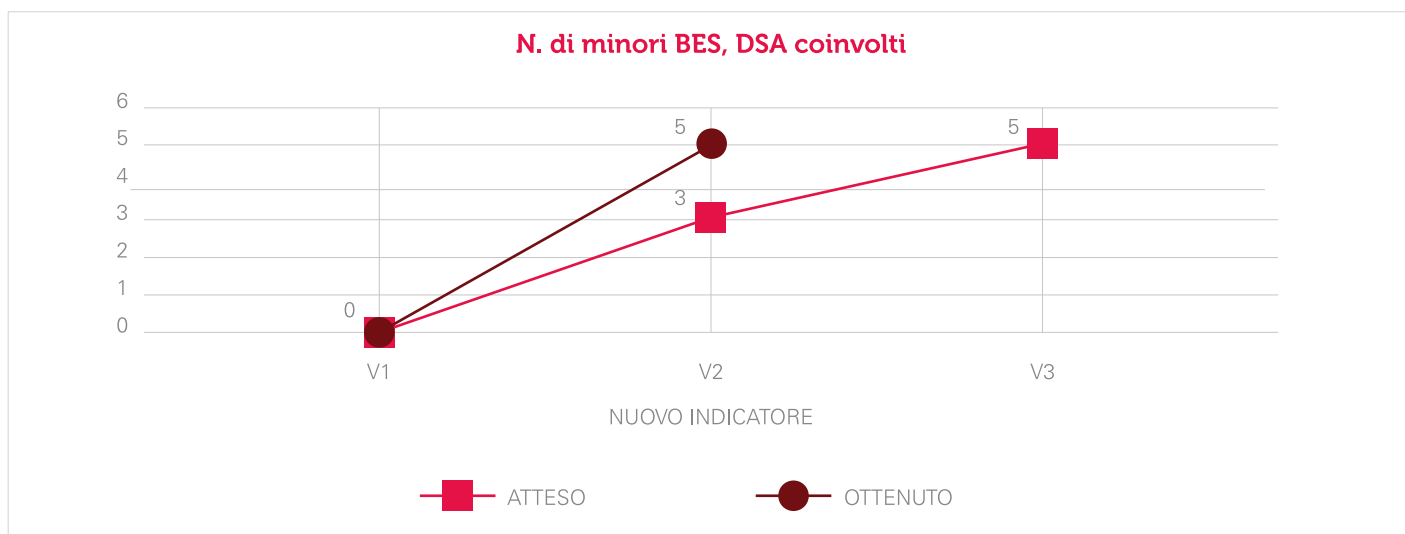
c) così, pure, i patti di collaborazione stipulati con enti esterni alla partnership hanno ampiamente superato i valori attesi;







d) tutti i minori necessitanti di interventi “educativi e riabilitativi” specifici sono stati coinvolti; così pure gli insegnanti e gli educatori facenti parte della rete delle relazioni delle famiglie coinvolte.





## 8.6 Considerazioni ulteriori sul Progetto

Alla conclusione dell'intervento progettuale è anche necessario formulare alcune considerazioni in ordine allo sviluppo del Progetto stesso nell'obiettivo di rilevare gli aspetti problematici ed enfatizzare quelli positivi in vista di ulteriori interventi.

- La selezione e l'ingaggio delle famiglie subito dopo il parto costituisce un tempo favorevole e un punto di forza e di grande opportunità per l'attivazione del programma di home visiting; tuttavia, questa fase presuppone una "convinta collaborazione" del personale medico e infermieristico delle neonatologie senza la quale le psicologhe da noi coinvolte in questa fase non sarebbero riuscite ad entrare in contatto con le madri "problematiche". Questa osservazione trova conforto attraverso il confronto tra le situazioni esistenti nelle due realtà ospedaliere coinvolte.
- Se il post – partum rappresenta una occasione propizia per "ingaggiare" le famiglie bisognose di intervento, occorre attivare un rapporto di conoscenza e di collaborazione sin dalla gravidanza così da poterlo proseguire efficacemente nei giorni successivi alla dimissione e al domicilio della famiglia.
- L'intervento di home visiting si rivela propizio ed efficace se intercetta i nuclei familiari bisognosi dell'intervento sin dal terzo trimestre di gravidanza e si protrae nei mesi successivi al parto; infatti, le visite prima del parto consentono di conoscere in modo adeguato i problemi e le esigenze della famiglia e di predisporre per tempo gli interventi educativi e i supporti assistenziali necessari, oltre ad assicurare tutti gli interventi preventivi e dieto-terapeutici necessari per la salute della madre e del bambino.
- Un altro fattore efficace ai fini dell'intervento di home visiting è rappresentato dalla durata dell'intervento stesso; sulla base dell'esperienza condotta e dei dati riferiti dalla letteratura riteniamo che la maggiore efficacia dell'intervento di HV si possa conseguire quando effettuato nell'arco di vita dei neonati compreso nei primi 36 mesi.
- Ancora, riteniamo che un punto di forza del Progetto da sottolineare e da considerare per il futuro sia quello di offrire alle famiglie coinvolte un intervento che non si limiti alla visita domiciliare, ma offra alle famiglie un mix di servizi tale da favorire la frequenza dei servizi socio – educativi per l'infanzia, la relazione con i servizi sociali del territorio, l'accesso alle misure di sostegno disposte dalle Istituzioni nazionali e locali, la segnalazione (e la facilitazione) per avviare i bambini ad attività ludiche e sportive.

Una ulteriore considerazione che esula dal presente Progetto, ma che è presente nel dibattito sulla eventuale offerta del servizio di H.V. a tutte le famiglie per evitare la sensazione di "ghettizzazione" avvertita dalle sole famiglie coinvolte, potrebbe essere superata dando seguito al Progetto – obiettivo Materno – Infantile italiano risalente al 2000 che prevedeva la attivazione di un intervento socio-assistenziale domiciliare temporaneo per tutte le madri finalizzato ad offrire consulenze e indicazioni per l'immediato post-partum e, nello stesso tempo, poteva consentire di intercettare quelle situazioni meritevoli di un intervento protratto di home visiting vero e proprio.



## Bibliografia

1. SaveTheChildren. 11° Atlante dell'Infanzia a rischio, 2020.
2. European Commission: Europe 2020 A strategy for smart, sustainable and inclusive growth
3. DORS – Centro Regionale Documentazione Promozione della Salute. Regione Piemonte, Sett 2016
4. G.Tamburlini : Visite domiciliari per mamme e bambini : razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione. Medico e Bambino : 8/2014.
5. J.J.Heckman. The Heckman Equation. December 7, 2012.
6. C. Bethell et al. Positive Childhood Experiences and adult mental and relationship health in a statewide sample. Associations across adverse Childhood Experiences levels. JAMA Pediatr. 2019; 173(1): e193007.
7. Piano Sociale Regionale 2016-2018. Regione Abruzzo, 201
8. S.McDonald et al. Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. Research in Developmental Disabilities 58 (2016) : 20-30.
9. Olds et al.. Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. 15-year follow-up of a randomized controlled trial. JAM, Oct 14, 1998 – Vol 280, nO 14.
10. O. Bilukha et al. Effectiveness of early childhood home visitation in prevention violence. A systematic review. Am. J. Prev. Med. 2005: 28 (2S1).
11. CISMAI. Linee Guida per gli interventi di home visiting. 13 nov. 2017.
12. M. Berthelon et al. Maternal stress during pregnancy and Early Child Development. IZA – Institute of Labor Economics, April 2818.
13. K. Walsh et al. Maternal prenatal stress phenotypes associate with fetal neurodevelopment and birth outcomes. Proceedings of the National Academy of Sciences Oct 2019: 116 (48).
14. E.C. Cottrell et al. Prenatal stress, glucocorticoids and the programming adult disease. Frontiers in behavioral neuroscience: Sept 2009, vol 3, art. 19.
15. B. Schwethelm and al. Case Study 6. Health Home Visiting to support early childhood development in the CEE/ CIS Region. Unicef Regional Office.
16. R. Walsh et al. Maternal prenatal stress phenotypes associate with fetal neurodevelopment and birth outcomes.
17. W.J. King et al. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three years follow up of a randomized trial. Injury Prevention 2005; 11: 106-109.
18. Design for the mother and infant home visiting program. Evaluation – Strong start. AA.VV. OPRE Report 2015-63; June 2015.
19. Progetto-Obiettivo Materno- Infantile : Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000.



Un progetto selezionato da Con i Bambini nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile



Associazione Focolare Maria Regina onlus

**Soggetto Responsabile**

# PRIMA

Prevenzione dei Rischi per l'Infanzia e la Maternità Assistita

## Partner di progetto



Fondazione di Religione Istituto Maria Regina



Consorzio Familiare UCIPEM "Amici del Consorzio" onlus



Fondazione Caritas Arcidiocesi di Pescara-Penne



Università "G. D'Annunzio" di Chieti-Pescara



Regione Abruzzo



Comune di Pescara



Comune di Teramo



Comune di Roseto degli Abruzzi



Comune di Pineto



ASL di Pescara



AUSL di Teramo