Il percorso di cura per la maternità e la paternità fragile

Integrazione sociosanitaria e continuità assistenziale

Lorena Ernesta Valnegri, | 31 agosto 2026

Premessa

Il periodo perinatale (gravidanza, parto e periodo post partum – che si estende sino all'anno di vita del bambino) è un momento magico e cruciale per la salute e lo sviluppo della nuova famiglia: è necessario che venga sostenuto durante le sue diverse e delicate fasi perché le possibili fragilità - psicologiche, sociali o sanitarie - possano evolversi in fattori protettivi.

La mission dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute: costruzione percorsi di presa in carico con garanzia di risposta completa e multidimensionale per prevenzione, cura e riabilitazione. Il Piano Socio Sanitario Regionale 2023/2027 focalizza, inoltre, l'attenzione sulla crisi della natalità a livello nazionale e chiede un rafforzamento degli interventi consultoriali a sostegno della famiglia, della maternità e della genitorialità. ASST ha calato tale direttiva privilegiando una gestione per processi tra polo territoriale e polo ospedaliero.

Il "Percorso di cura per la maternità e la paternità fragile" rappresenta uno strumento aziendale capace di inquadrare la totalità dei progetti individualizzati proposti nella perinatalità, coordinando nell'azione l'apporto dei diversi servizi che collaborano così in un efficiente processo di cura. Il percorso ha garantito esiti positivi nella vita di molte neo famiglie e pertanto risulta importante condividere l'esperienza lecchese, con una scrittura integrata tra il mondo del sociale e quella del sanitario ed in un'ottica di continuità assistenziale tra Servizi che pongono al centro la famiglia nella sua unicità.

Il Percorso di cura per la maternità e la paternità fragile ed il ruolo dell'Assistente Sociale

La procedura "Percorso di cura per la maternità e la paternità fragile" si è sempre più evoluta nel corso degli anni: è stata avviata nel 2010 grazie alla collaborazione tra Consultori e Punti Nascita, e si è rafforzata nel 2016 con il coinvolgimento del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (ricomprendendo anche la collaborazione di Centro Psico Sociale – CPS e Servizio Dipendenze - SerD), grazie al quale è nato anche un collegamento con la progettualità in essere a livello aziendale in tema di depressione perinatale ed il successivo istituirsi del Centro per la Perinatalità (presso i Consultori) e la potenziale attivazione del modello "Pensare Positivo" in ambito ostetrico. Si è arricchita fortemente nel 2018, quale proposta di ASST Lecco al tavolo di ATS Brianza, condivisa dalle altre due Aziende afferenti (IRCCS San Gerardo e dei Tintori e ASST Brianza) dando vita alla Rete Integrata Materno Infantile (RIMI), a garanzia di una continuità assistenziale non solo tra diversi servizi interni alla propria Azienda, ma anche tra le tre ASST afferenti all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Brianza. Dal 2021, infine, la RIMI ha reso possibile un lavoro sinergico con gli ambiti territoriali sociali di Lecco, Merate e Bellano.

L'Assistente Sociale (A.S.) di ASST Lecco, per competenze professionali, svolge un ruolo centrale a favore della procedura in oggetto, sia con attività di back office che di front office. Quanto all'organizzazione interna, l'A.S. contribuisce a tre diversi livelli programmatori: il livello inter-professionale (partecipando all'équipe multidisciplinare); il livello inter-servizi (assumendosi la referenza operativa del proprio servizio al tavolo di programmazione aziendale ed al gruppo sociale di monitoraggio e analisi dei dati) ed il livello inter-aziendale (partecipando con i Responsabili al tavolo RIMI di ATS Brianza ed al Gruppo Territoriale PIPPI degli Ambiti Sociali Territoriali). Circa il lavoro diretto con le persone/coppie/famiglie vulnerabili, l'A.S. è l'operatore che per eccellenza si occupa della cura della continuità assistenziale, attivando Servizi interni ed esterni all'ASST Lecco, a favore di una progettualità condivisa e riportando ad unitarietà i diversi apporti di ciascun Servizio che collabora al processo di cura.

Punti focali del percorso di cura per la maternità e la paternità fragile, che andremo ora a sviluppare, infatti, sono la valutazione multidisciplinare, la continuità assistenziale con schede di comunicazione tra Servizi/Enti ed, infine, il monitoraggio/l'analisi dei dati.

1. **La valutazione ed il Progetto multidisciplinare**

La valutazione multidisciplinare esplora le diverse dimensioni (clinica, funzionale, cognitiva e assistenziale) e la situazione socio-relazionale-ambientale della persona nella sua globalità. Può essere intesa come l'esito dell'analisi di indicatori di fragilità di natura psico-sociosanitaria, accompagnata dall'analisi dei sostegni e delle risorse individuali, familiari e sociali. Gli strumenti di valutazione scelti ed utilizzati a livello aziendale, a garanzia di una precoce intercettazione delle fragilità (intercettate così, in media tra gli anni 2019 e 2025, nel 75% dei casi in gravidanza e nel 25% nel post partum), sono:

Modulo interazioni tra rischio, stress e fattori protettivi nella violenza	All'interno del quale è possibile evidenziare quali sono i fattori presenti in determinato nucleo familiare di stress o protettivi. La dinamicità dei processi protettivi risiede, quindi, nell'intreccio con quelli di rischio (Di Blasio e Acquistapace, 2024).
Questionario Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Grazie all'EPDS è possibile rilevare il Servizio ritenuto maggiormente idoneo a garantire il più opportuno supporto a livello psichico (Centro per la Perinatalità o Centro Psico Sociale).

La valutazione della situazione viene integrata dalle competenze specifiche di ogni professionista e la valutazione sociale rileva, nello specifico, le **reti di fronteggiamento** presenti ed il possibile accesso a programmi/progetti/contributi attraverso la residenza e l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE). Lo sguardo sociale, inoltre, all'interno della valutazione multidimensionale, è quello che considera maggiormente i bisogni nel loro insieme, le potenzialità dei soggetti coinvolti e favorisce integrazione delle risorse presenti o attivabili.

La valutazione è la prima fase del Progetto Individualizzato (P.I.): uno strumento di rilevante integrazione multidisciplinare e viene garantito per tutto il periodo della perinatalità, nelle tre fasi di: gravidanza, parto e post partum (sino all'anno di vita del bambino). Il P.I. deve tener conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito, oltre che dei fattori personali, bio-psico-sociali, ambientali e familiari. La presa in cura si avvia con priorità di accesso alle varie aree psico-socio-sanitaria, presso ciascun Servizio che collabora al processo, con la possibilità che l'Assistente Sociale attivi il Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione a favore dei minori e delle famiglie (PIPPI, Livello Essenziale delle Politiche Sociali).

La forza del "Percorso di cura per la Maternità e la Paternità Fragile", infatti, sta anche nel suo aver reso possibile una reale integrazione con il mondo sociale del territorio lecchese, avendo in sé delle forti similitudini con il Programma PIPPI (3 tempi di valutazione, 18 mesi di sviluppo ed eguale finalità di una genitorialità responsiva), garantendo in media nel 12% delle situazioni target anche l'attivazione di famiglie d'appoggio, l'inserimento del bambino al nido e l'attivazione di un educatore domiciliare di ambito sociale che collabora in stretta sinergia con il personale ostetrico e multi-professionale di ASST Lecco. L'educatore accompagna concretamente la donna nell'effettuare la totalità delle visite e nel realizzare il "nido" a domicilio. Instaura così una relazione tale da rendere possibile un accompagnamento anche durante l'evento parto (una persona di fiducia in sala parto, esterna allo staff medico, migliora l'esito dell'esperienza del parto, in particolare per quanto riguarda la sopportazione del dolore, con una maggiore probabilità di parto vaginale e un travaglio più breve). Nel post partum poi, l'educativa si integra con la consulenza ostetrica e consultoriale e la rete informale creata grazie alla disponibilità di cittadini attivi, raggiungendo le puerpere presso il loro domicilio. Il contesto lecchese si distingue a livello nazionale per aver attivato il programma a favore di bambini nella fascia 0-1 (nel 12% dei casi lecchesi, considerati nell'implementazione del programma durante il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza 2022-2026) e Lecco è stata la prima provincia italiana ad inserire nel programma bambini ancora in grembo, prima della loro nascita.

2. La continuità assistenziale e le schede di comunicazione

Per attuare una continuità assistenziale reale l'Assistente Sociale coordina la compilazione delle schede di comunicazione ed il passaggio per la continuità delle cure. Le schede comprendono i dati anamnestici del nucleo familiare e la storia familiare, evidenziando i punti di forza e di debolezza rilevati dal Servizio inviante, ed il Progetto Individualizzato elaborato a supporto del nucleo familiare stesso.

Le schede di comunicazione utilizzate sono le seguenti:

Scheda di comunicazione in gravidanza	- *Obiettivo scheda*: per attivare un altro Servizio, per sostenere il percorso personale e genitoriale - *Quando*: durante la presa in carico in gravidanza, entro la 30ª settimana di gestazione; - *Compilazione e invio*: il Servizio che intercetta la donna compila la scheda e la inoltra al/i

Scheda di comunicazione al punto nascita	Servizio/i da coinvolgere. - *Obiettivo scheda*: per informare sulla situazione di fragilità genitoriale il Punto Nascita in prossimità del parto. - *Quando*: tra la 30ª e la 36ª settimana di gestazione, o prima in caso di minaccia di parto prematuro. - *Compilazione e invio*: il Servizio individuato come case manager del caso, compila ed invia la scheda alla Direzione Medica di Presidio, la quale provvederà ad inoltrarla al Punto Nascita.
Scheda di comunicazione post natale	- *Obiettivo*: a. per attivare la rete territoriale per la presa in carico del post nascita in caso di nuova intercettazione di situazione di maternità e paternità fragile; b. per restituire ai Servizi territoriali - già attivi – informazioni sulla nascita e dello stato di salute generale della madre e del bambino e confermare il Progetto pensato; c. per restituire ai Servizi territoriali - già attivi – informazioni sulla nascita e dello stato di salute generale della madre e del bambino e indicare un diverso Progetto sulla base di una rivalutazione. - *Quando:* nei primissimi giorni dopo il parto ed in relazione alle dimissioni ospedaliere; - *Compilazione e invio:* la Neonatologia e l'ostetricia compilano la scheda ospedale-territorio e la Direzione Medica di Presidio la inoltra ai Servizi interessati.

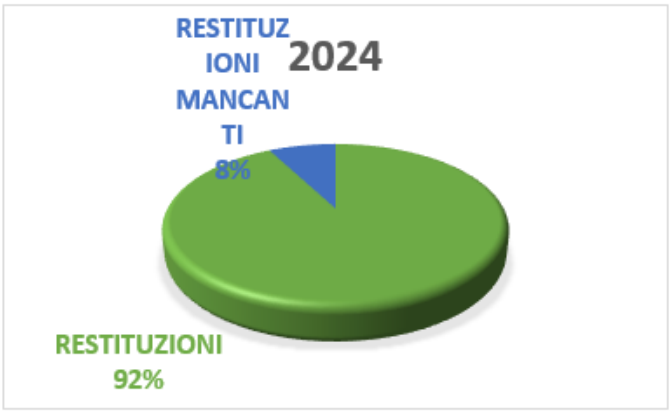
3. **Il monitoraggio e l'analisi dei dati**

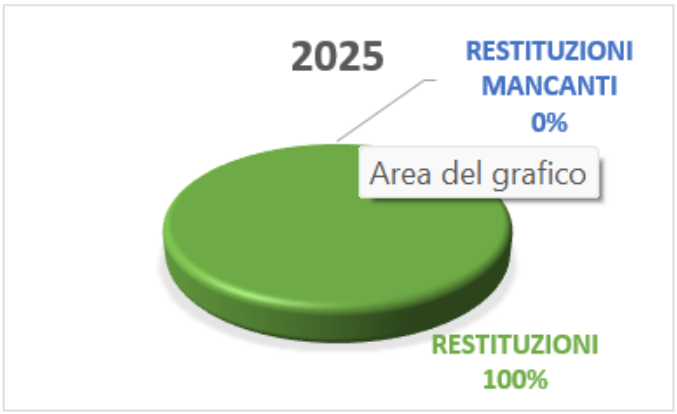
Definire e monitorare le modalità di presa in carico, di continuità assistenziale e di comunicazione/attivazione tra i diversi Servizi dell'ASST Lecco, risulta essere di fondamentale importanza; avviene attraverso un foglio di calcolo, la cui compilazione è a carico dell'Assistente Sociale del Servizio referente (polo ospedaliero e territoriale). I dati vengono poi assemblati in un unico foglio ed analizzati a cadenza semestrale, permettendo così di tracciare:

Indicatore di processo	Percentuale di schede che il polo ospedaliero restituisce (schede di comunicazione post- natale) a fronte delle schede che riceve (schede di comunicazione al punto nascita): >80%
Indicatore di esito	Percentuale <25% di drop-out conseguenti al passaggio di presa in carico da ospedale a consultori

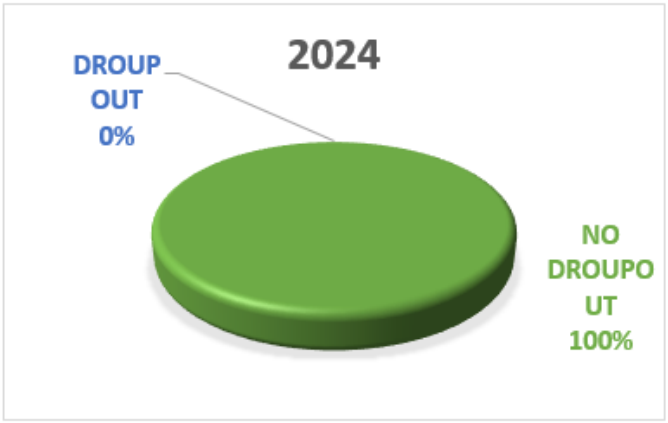
Le schede di comunicazione tramesse tra il 2019 e il 2025 sono state n.304 e hanno riguardato 181 casi. Esaminando le annualità 2024 e 2025 i dati quantitativi rilevati indicano che:

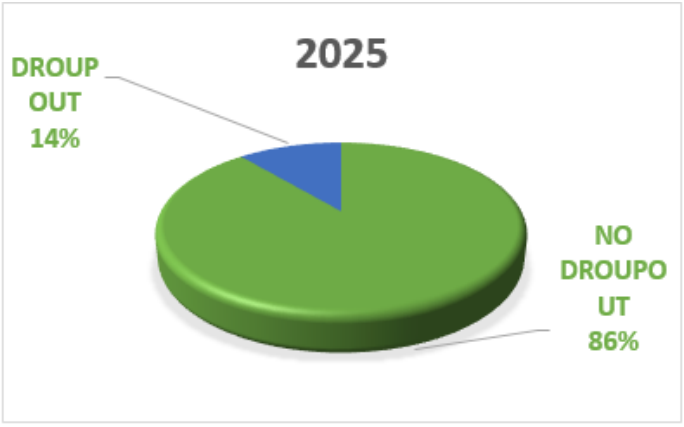
- L'indicatore di processo (>80%) è stato raggiunto in entrambe le annualità, con un'oscillazione tra il 92% ed il 100%



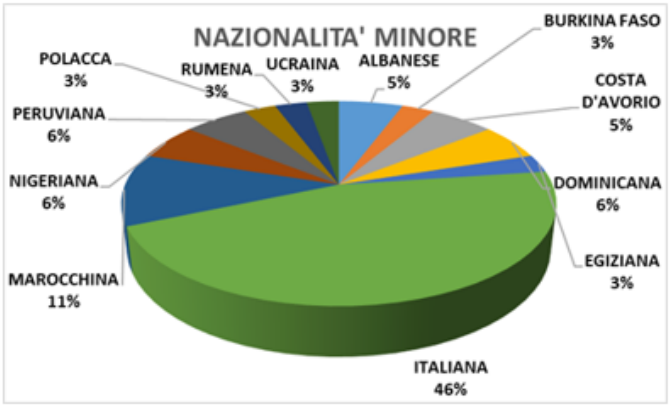


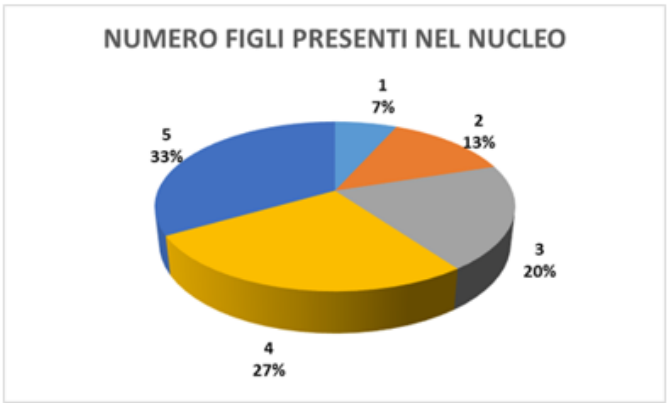
- L'indicatore di esito (<25%) è stato raggiunto in entrambe le annualità, con un'oscillazione tra lo 0% ed il 11%





I nuclei familiari che hanno beneficiato del percorso nell'anno 2025 sono stati quasi completamente nuclei bi-genitoriali (97%) e conviventi (91%). I bambini target sono stati per il 46% di origine italiana e per il restante 54% di origine straniera. Il numero dei figli presenti nei nuclei familiari indica che le famiglie target sono state famiglie numerose (con 5 figli – 33%, 4 figli – 27%, 3 figli – 20%, 2 figli – 13% ed un figlio – 7%) e per circa la metà in disagio economico.





Per quanto concerne le collaborazioni tra Enti e Servizi, grazie alle schede di comunicazione utilizzate nell'anno 2025 è possibile rilevare che i Consultori Familiari sono stati attivi nel 89% dei casi ed il loro Centro per la Perinatalità nel 34%. Per quanto concerne i Servizi specialistici, invece, il CPS è stato attivo nel 21% ed il SerD nel 9% dei casi. In merito alla collaborazione con i Servizi pubblici esterni la collaborazione del mondo sociale vede l'attivazione dei Servizi nel 46% dei casi.

L'esito dei percorsi di cura per la maternità e la paternità fragile vede il 74% dei casi concludersi con una collaborazione spontanea dell'utenza, mentre nel 26% dei casi si è ritenuto opportuno richiedere l'intervento dell'Autorità Giudiziaria aprendo la possibilità ad interventi di tutela minori che hanno visto l'inserimento in comunità mamma-bambino nel 6% dei casi e l'attivazione di progetti in affido etero familiare nel 3%.

Conclusioni

Il “Percorso di cura per la maternità e la paternità fragile” risulta essere un processo efficace ed efficiente di cura preventiva che, intercettando precocemente i fattori di rischio, mira a una genitorialità responsiva. Un lavoro strategico, coordinato ed integrato, consente un agire sensato tra persone, professioni, saperi e discipline per costruire condizioni di effettiva equità nell’accesso ai Servizi e, quindi, prevenire le disuguaglianze. Il fine è generare percorsi di cura efficaci, ecosistemi, nuove nicchie ecologiche in cui i bambini possano co-costruire la loro crescita in ambienti benevoli, responsivi e protettivi, dove la vulnerabilità sia considerata una condizione che accomuna, piuttosto che uno stigma che differenzia.

In vista di quanto sopra, l’auspicio è che il lavoro sociosanitario miri sempre più a garantire la cura autentica delle persone e delle famiglie, consapevole che tale finalità presuppone la possibilità di far ramificare nel tempo una cultura del lavorare con altri in modo sinergico, per raggiungere insieme la finalità del benessere, inteso come trasformazione e miglioramento.