

Raffaella Scalisi

Il Melograno, Accogliere la Nascita (Przyjmowanie Narodzin), Rzym, Włochy

Dziecko Krzywdzone : teoria, badania, praktyka 12/2, 88-97

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Il Melograno, Accogliere la Nascita (Przyjmowanie Narodzin), Rzym, Włochy

Projekt jest skierowany do matek z dziećmi do 1. roku życia zamieszkających w Rzymie i zagrożonych problemami społecznymi lub psychologicznymi. Celem jest możliwie wczesne wyodrębnienie rodzin z grup ryzyka. Projekt zakłada prowadzenie oddziaływań w środowisku domowym promujących bezpieczne przywiązanie pomiędzy matką a dzieckiem. Chodzi też o włączenie rodziny w system świadczeń i zasobów pomocowych dostępnych w okolicy. Program ruszył w 1999 roku, początkowo poddawany był testom w sześciu z dziewiętnastu dzielnic Rzymu, teraz obejmuje całe miasto. Po przerwie w 2009 roku, projekt reaktywowano w roku 2011.

Organizacja zgłaszająca: Associazione Il Melograno — Centro Informazione Maternità e Nascita, Rzym, Włochy

Dane kontaktowe: Raffaella Scalisi: raffaella.scalisi@melogranoroma.org

SŁOWA KLUCZOWE:

RODZINA, POMOC, MAŁE DZIECI, MATKI, PROFILAKTYKA

I. Podstawowe informacje

Ramy teoretyczne/konceptualne

Wybór celów i metod oparto na kilku wątkach teoretycznych:

- **teoria przywiązania** — zakładająca, że jakość pierwszej relacji pomiędzy dzieckiem a opiekunem ma zasadnicze znaczenie dla jego przyszłego rozwoju, w szczególności społecznego i emocjonalnego;
- **teoria transakcyjna** — postulująca, że rozwój jest procesem kształtowanym dynamicznie przez transakcje pomiędzy jednostką a otoczeniem;
- **teoria ekologiczna Bronfenbrennera**¹ — podkreślająca różny wpływ relacji rodzic–dziecko na rozwój dziecka, zależnie od natury relacji, w których funkcjonują rodzice.

Konieczność interwencji i zapewnienia wsparcia domowego w pierwszym roku życia dziecka wpływa też z wyników najnowszych badań neurologicznych². Wynika z nich, że wczesne podjęcie działań jest kluczowe z punktu widzenia skutecznej profilaktyki, ponieważ nieodpowiednie wzorce opieki wywierają bardzo szkodliwy wpływ na rozwój dziecka. Te niekorzystne efekty utrwalają się, o ile nie zostanie wprowadzona istotna zmiana w środowisku życia dziecka. Z drugiej strony, zdolności adaptacyjne w pierwszym roku życia są tak duże, że nawet najmniejsza modyfikacja może się przekładać na istotne skutki długoterminowe.

¹ Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge, MA: Harvard University press; Bronfenbrenner U. (1992). *The process-person-context model in developmental research principles, applications, and implications*, unpublished manuscript, Ithaca, NY: Cornell University.

² Na przykład: Mundo, E. (2009). *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*. Milano: Raffaello Cortina Editore; Hart, S. (2011). *Cervello, attaccamento e personalità Lo sviluppo neuroaffettivo*, Luglio: Astrolabio Ubaldini Edizioni; Schore, A.N. (2003). *The human unconscious: the development of the right brain and its role in early emotional life*. W: *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*, Viviane Green ed., Brunner–Routledge–Hove–New York.

Historia

Projekt zainicjowano w październiku 1999 roku. Jego realizacja została przerwana w sierpniu 2009 r., a następnie wznowiona w marcu 2011 r. Powstanie projektu i opracowanie propozycji jego realistycznych założeń jest wynikiem nałożenia się trzech faktów:

- 1) wielu ekspertów z dziedziny pediatrii i neuropsychiatrii dostrzegło potrzebę wypróbowania nowych form interwencji jako elementu zapobiegania problemom psychologicznym i zaburzeniom relacji we wczesnych latach rozwojowych. Próby te miały się opierać na tych samych podstawach teoretycznych, które zainspirowały programy wizyt domowych prowadzone w innych krajach³;
- 2) w rzymskich strukturach miejskich utworzono nowy wydział zajmujący się sprawami dzieci, skupiony w szczególności na problemach dotyczących wieku niemowlęcego, a tym samym bardziej wyczułony na potrzebę wdrożenia innowacyjnych metod profilaktycznych w tym zakresie;
- 3) Il Melograno, Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma, stowarzyszenie tzw. *privato sociale* (prywatnych świadczeń socjalnych) podjęło decyzję o szerszym udostępnieniu swoich doświadczeń (poza wąskimi ramami struktur Stowarzyszenia) oraz wdrożeniu nowych sposobów integrowania swoich działań ze świadczeniami publicznymi.

Ustawa nr 285 z 1997 r.⁴ sprawiła, że te trzy fakty udało się połączyć w ramach wspólnego finansowania Pierwszego Miejskiego Planu Terytorialnego.

Po wstępnej fazie próbnej, ograniczonej do sześciu z dziewiętnastu dzielnic Rzymu (kontynuowanej przez mniej więcej dwa i pół roku i zakończonej pozytywną pierwszą ewaluacją), projekt włączono do Drugiego Miejskiego Planu Terytorialnego i rozszerzono na całe miasto.

Grupa docelowa

Projekt skierowany jest do matek z dziećmi do 1. roku życia, zamieszkujących w Rzymie i zagrożonych problemami społecznymi lub psychologicznymi. Zagrożenie definiowane jest obecnością przynajmniej jednego z poniższych czynników:

- trudna sytuacja społeczno–ekonomiczna i/lub niskie wykształcenie,
- niepełnoletniość jednego lub obojga rodziców,
- samotne wychowywanie dziecka,
- zaburzenia psychiczne jednego lub obojga rodziców,
- uzależnienie od narkotyków jednego lub obojga rodziców,
- środowisko imigranckie,
- wcześniactwo dziecka,
- ciężkie upośledzenie matki.

³ Na przykład w Wielkiej Brytanii funkcjonują uniwersalne programy wizyt domowych przed- i ponarodzeniowych; w USA różne modele oparte na różnych podstawach; Olds D. (1999). Appendix C. The Nurse Home Visitation Programme. *The Future of the Children*, vol. 9, s. 190–191; Olds D., Kitzman H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*, vol. 3, s. 53–92; Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H.U., Botein S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, vol. 61, s. 85–98; Erickson, M.F., Korfmacher, J., Egeland, B. (1992). Attachment past and present. Implications for therapeutic intervention with mother–infant dyads. *Development and Psychopathology*, vol. 194, nr 4, s. 495–507.

⁴ Ustawa nr 285 z 1997 r. — Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (Wytyczne dotyczące promowania praw i możliwości dzieci i młodzieży).

Dostępność

Stworzenie wspólnego planu oraz wyodrębnienie najskuteczniejszych sposobów identyfikowania zagrożonych rodzin, które powinny zostać objęte programem, wymagało stałego zaangażowania nie tylko pracowników oddziałów położniczych i neonatologicznych szpitali miejskich, ale też świadczeniodawców usług edukacyjnych, socjalnych i zdrowotnych na poziomie dzielnic oraz lokalnych placówek służby zdrowia (ASL), czyli m.in. miejskich służb pomocy społecznej, poradni planowania rodziny, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i dorosłych, poradni odwykowych (SerT) oraz gabinetów pediatrycznych działających w ramach publicznej ochrony zdrowia.

Aby właściwie zilustrować cele projektu zorganizowano wiele seminariów oraz serię okresowych spotkań służących koordynacji poszczególnych świadczeń.

Cele

Celem projektu jest możliwie wczesne wychwycenie rodzin z grup ryzyka — optymalnie już w chwili narodzin dziecka — a następnie zapewnienie im wsparcia w budowaniu relacji z dzieckiem. Służą temu sprofilowane działania realizowane w pierwszym roku życia dziecka. Działania te mają za zadanie:

- sprzyjać budowaniu bezpiecznego stylu przywiązania w relacji matka–dziecko,
- włączyć rodzinę w siatkę usług i zasobów dostępnych w okolicy.

Te ogólne cele są z kolei rozbite na następujące **cele szczegółowe** odnoszące się do rodzin włączonych do projektu:

- wspomaganie i budowanie poczucia sprawczości matek,
- zwiększanie wrażliwości i świadomości oraz umiejętności dostrzegania potrzeb dziecka, zrozumienia tych potrzeb i dostosowania się do nich,
- utrwalanie przekonania o byciu otoczonym wsparciem w realizowaniu zadań rodzicielskich,
- wspomaganie tworzenia sieci wsparcia społecznego dla każdej rodziny,
- przybliżenie lokalnie dostępnych świadczeń i zasobów, ułatwienie dostępu do nich i promowanie ich wykorzystania.

Działania

Wsparcie w środowisku domowym oferowane jest rodzinom wyodrębnionym na podstawie określonych powyżej cech, włączonych do programu na okres pierwszego roku życia dziecka. Program zakłada organizację regularnych dwugodzinnych wizyt domowych, odbywających się dwa razy w tygodniu przez pierwszych sześć miesięcy, a następnie raz w tygodniu aż do pierwszych urodzin dziecka.

Rodziny są wyodrębniane na podstawie informacji z oddziałów położniczych i noworodkowych, od pediatrów z placówek publicznych, miejskich służb opieki społecznej i zdrowotnej oraz ASL (lokalnych placówek opieki zdrowotnej). Jeśli uda się wyodrębnić potencjalnych beneficjentów w czasie ciąży, działania mogą się zacząć w ostatnich miesiącach ciąży. Działania te realizowane są standardowo w domu, ale jeśli dziecko jest hospitalizowane dłużej niż zwykle — z powodu wcześniactwa czy z innych przyczyn — działania prowadzone są po-

czątkowo w szpitalu, a następnie kontynuowane w domu po wypisie dziecka. Celem działań w szpitalu jest wspieranie matki na szczególnie istotnym etapie tworzenia pierwszej relacji z dzieckiem; ułatwienie jej pierwszego kontaktu i zapoznawania się z dzieckiem; pomoc w dostrzeganiu i uznawaniu własnych kompetencji.

Na wizyty domowe składa się seria działań ukierunkowanych na wzmacnianie relacji matka–dziecko i ułatwianie budowania więzi. Profesjonalista dostosowuje rodzaj działań do indywidualnych potrzeb i charakterystyki rodziny, buduje relację z matką opartą na zaufaniu i wzajemnej akceptacji. Zbiera informacje o doświadczeniu życiowym matki, umacnia jej zasoby, wspomaga rozwój relacji z dzieckiem i ułatwia zrozumienie sygnałów komunikacyjnych dziecka. Uświadamia też matce rozwój jej kompetencji macierzyńskich i zachęca do budowania coraz cieplejszego i bardziej sprzyjającego otoczenia w miarę rozwoju relacji.

Nie zajmując nigdy miejsca matki, profesjonalista zapewnia jej wsparcie konieczne do pokonania trudności, rozwiewa jej naturalne obawy, zachęca i wpaja wiarę we własne możliwości. Szczególną uwagę poświęca się karmieniu piersią — z poszanowaniem osobistych wyborów kobiety — co ma za zadanie zagwarantować powodzenie fazy wzajemnej adaptacji (godziny, rytm, pozycje, dieta, kontakt itd.). Profesjonalista zachęca też do aktywowania wszelkich dostępnych zasobów rodzinnych i społecznych oraz do optymalnego wykorzystania świadczeń oferowanych w okolicy, udzielając o nich informacji i ułatwiając do nich dostęp (w tym także w razie potrzeby towarzysząc matce), co przekłada się na promowanie zbudowania najskuteczniejszej sieci wsparcia.

W obecności i przy wsparciu profesjonalisty matka może też odwiedzić pediatrę czy zgłosić się do lokalnej placówki opieki społecznej albo placówki ochrony zdrowia. Profesjonalista pełni wówczas rolę mediatora, osoby wspomagającej relacje, zwiększającej świadomość dostępnych możliwości, koordynującej działania lokalnych świadczeniodawców. Podobnie profesjonalista może też informować matkę o dostępnych opcjach w zakresie nauki, zabawy i wsparcia dla rodziców dostępnych w okolicy (dla miejsca dostosowane do potrzeb rodzin z dziećmi, miejsca spotkań rodziców, place zabaw dla dzieci itd.) oraz zachęcać ją do skorzystania z nich. Dochodzi równocześnie do aktywacji wszelkich istniejących więzi rodzinnych czy społecznościowych, które mogą dawać realne oparcie.

Sposób realizacji działań

Działania są realizowane w domach.

Na wspomaganie relacji matka–dziecko składa się kilka podstawowych elementów:

- uczestnictwo w codziennym życiu domowym; pozwala zbudować relację pomiędzy profesjonalistą a matką, co przekłada się na skuteczniejsze wsparcie dla matki;
- kolejnym elementem jest zbudowanie wzajemnego zaufania, którego to zaufania część matek nigdy wcześniej (przed udziałem w programie) nie doświadczyła. Może to w pewnym sensie rekompensować doświadczone wcześniej trudności w budowaniu relacji, co z kolei pomaga im otoczyć dziecko lepszą opieką i większym wsparciem;
- trzecim ważnym elementem jest stanie u boku matki, nie zajmując jednak jej miejsca, a tylko rozwijając i umacniając jej kompetencje;
- czwarty element wiąże się z tworzeniem i aktywowaniem sieci wsparcia wokół rodziny w trudnej sytuacji. Na sieć składają się krewni i znajomi, ale także usługi wspierające z zakresu pomocy społecznej, zdrowia, edukacji czy wsparcia rodzicielskiego. Profesjonalista mediuje, ułatwia i koordynuje działanie świadczeniodawców.

Udział rodziców i dzieci w planowaniu, organizacji, opracowywaniu, wdrażaniu, wspomaganiu i/lub ewaluacji praktyk

Matki objęte programem są od samego początku informowane o celach podejmowanych działań (podpisują formularz świadomej zgody), mają też wpływ na ustalenie harmonogramu wizyt domowych. Po zakończeniu działań mają też możliwość ocenić skuteczność otrzymanej pomocy.

Promowanie podejścia

W szpitalach, biurach poszczególnych świadczeniodawców i w innych kluczowych lokalizacjach dystrybuowane są materiały informacyjne (ulotki, broszury), które mają za zadanie dotrzeć do beneficjentów usługi. Materiały mają zwiększać świadomość istnienia usługi w populacji ogólnej, mają też zachęcać kobiety od samodzielnego zgłaszania się do projektu.

Zapewnienie jakości

Standardy jakości wynikają ze szkoleń oraz kwalifikacji i doświadczenia personelu, w połączeniu z superwizją, mentoringiem, poradnictwem i wsparciem oferowanym przez organizację.

II. Świadczeniodawcy, pracownicy, współpraca interdyscyplinarna i zintegrowane podejście

Agencje, organizacje, interesariusze i specjaliści biorący udział w planowaniu, organizowaniu, opracowywaniu, realizacji i/lub promowaniu danej praktyki

Najważniejsi świadczeniodawcy zaangażowani w planowanie i włączanie rodzin do programu to: pięć placówek ASL (lokalnych placówek opieki zdrowotnej) działających w Rzymie, oddziały położnicze i neonatologiczne największych miejskich szpitali oraz opieka społeczna na poziomie dzielnicowym.

W zależności od okoliczności i wymaganego wsparcia, współpracę deklarują też inne organizacje (żłobki, stowarzyszenia zagraniczne, instytucje charytatywne, CAF (centrum pomocy finansowej), sąd dla nieletnich itd.), co umożliwia zagwarantowanie rodzinie szerokiej sieci pomocowej w pierwszym roku życia dziecka.

W jakim stopniu dana praktyka wykorzystuje doświadczenia władz lokalnych/NGO w zakresie świadczenia usług na rzecz rodzin i rodziców

Program w wersji próbnej ruszył w 1999 roku. Teraz jest inicjatywą dobrze ugruntowaną i zintegrowaną z innymi usługami na rzecz matki i dziecka, choć finansowanie pozostaje niepewne, jako że środki przydzielane są z roku na rok.

Na wstępnym etapie projektu podpisano umowy z kilkoma placówkami ASL (lokalnymi placówkami opieki zdrowotnej). Umowy te nie zostały z czasem formalnie odnowione. Tym niemniej, współpraca z różnymi świadczeniodawcami na obszarze funkcjonowania projektu *de facto* działa bez zmian, umożliwiając powstanie w pełni zintegrowanej sieci.

Zaangażowany personel, wykształcenie i przygotowanie pracowników, dostępne poradnictwo i wsparcie

Wizyty domowe realizowane są przez specjalistów, posiadających wykształcenie wyższe w dziedzinie psychologii lub nauk społecznych, odpowiednio przeszkolonych w zakresie wspierania rodzin z grup ryzyka w pierwszym roku życia dziecka.

Współpraca interdyscyplinarna i zintegrowane podejście

Poza opisanym powyżej zintegrowanym planowaniem, każda rodzina objęta programem wymaga indywidualnej koordynacji usług. Każdy profesjonalista prowadzący wizyty domowe spotyka się okresowo z przedstawicielami pomocy społecznej, zdrowotnych ochrony zdrowia i placówek edukacyjnych na obszarze zamieszkania rodziny. Wspólnie oceniają oni postępy i wybierają najstosowniejsze metody wsparcia rodziny, w tym także usługi kontynuowane po zakończeniu wizyt domowych.

Same rodziny zaangażowane są od samego początku w definiowanie celów projektu i ewentualne modyfikacje działań.

III. Kontekst polityczny i wsparcie

Kontekst polityczny

Ustawa 285/1997⁵ była przełomowym momentem dla promowania praw dzieci i młodzieży we Włoszech. Ustawa ta była dobrym punktem wyjścia do nawiązywania innowacyjnych relacji pomiędzy instytucjami, a organizacjami non-profit. Pozwoliła też na powstawanie i rozwój inicjatyw profilaktycznych i promujących zdrowie dzieci i młodzieży.

Finansowanie

Projekt jest finansowany ze środków dostępnych na mocy ustawy 285/1997⁶, przydzielanych z roku na rok.

Inne formy wsparcia

Inne formy wsparcia nie są wykorzystywane. Wszystkie koszty pokrywane są ze środków przyznawanych na realizację projektu.

⁵ Zob. przypis 4.

⁶ Zob. przypis 4

IV. Wyciągnięte wnioski

Sposób prowadzenia ewaluacji

Pierwsza ewaluacja, przeprowadzona na etapie badania eksperymentalnego z udziałem grupy kontrolnej, wykazała, że kobiety korzystające z programu wizyt domowych lepiej rozpoznawały sygnały wysyłane przez dziecko, potrafiły skuteczniej się z nim komunikować, były też sprawniejsze w zapewnianiu dziecku bodźców do zabawy i eksplorowania świata. Okazało się też, że dzieci takich kobiet są bardziej komunikatywne i lepiej reagują na bodźce wysyłane przez matkę niż dzieci w grupie kontrolnej. Jeszcze większe korzyści zaobserwowano wśród kobiet, które w chwili włączenia do projektu były w depresji: rzadziej zachowywały się w stosunku do dziecka intruzyjnie — potrafiły uszanować potrzeby dziecka jako jednostki — ale równocześnie zachowywały się mniej pasywnie, lepiej więc kształtowały relację z dzieckiem.

Te wyniki są o tyle ważne, że według wielu badań zdolność matki do dostrzegania sygnałów dziecka i właściwego na nie reagowania korzystnie wpływa na harmonijną interakcję pomiędzy nimi i tworzy podwaliny bezpiecznego przywiązania. Większa wrażliwość matki jest ważnym czynnikiem ochronnym, który może przeciwdziałać lub przynajmniej minimalizować negatywne oddziaływanie czynników ryzyka w rodzinie.

Kolejne ewaluacje dały pozytywne rezultaty w dwóch aspektach: zadowolenia matek z wizyt domowych i ich efektywności oraz powstania silniejszej i bardziej zróżnicowanej sieci usług otaczających rodzinę w trudnym położeniu.

Poziom zadowolenia matek jest bardzo wysoki w szczególności w odniesieniu do otrzymywanego wsparcia emocjonalnego oraz pomocy w kształtowaniu relacji z dzieckiem. W opinii matek, interwencja wizytującego profesjonalisty podniosła ich pewność siebie; sprawiła, że większość z nich nie czuła się zagubiona w zetknięciu z tak wieloma trudnościami; a przede wszystkim zwiększyła ich umiejętność obserwowania i rozumienia dziecka. Potwierdzają to świadczeniodawcy prowadzący lokalne usługi. W przeprowadzonych wywiadach kontrolnych zgłaszają oni liczne dowody na pozytywną zmianę, która zaszła w matkach objętych programem.

W kontekście tego ostatniego punktu, widoczne efekty projektu to nie tylko lepszy kontakt pomiędzy rodziną w trudnym położeniu a lokalnymi świadczeniodawcami, ale też większa świadomość i lepsze wykorzystanie świadczeń przez matki objęte projektem.

Analiza innych efektów wskazuje, że:

- liczba włączonych przypadków była większa niż przewidywana,
- niewiele było przypadków przerwania działań przed pierwszymi urodzinami dziecka; te, które wystąpiły wynikały zawsze z przeprowadzki rodziny poza Rzym,
- lokalne świadczenia skierowane do matek i dzieci są dobrze zintegrowane.

Główne osiągnięcia, rezultaty, wpływ, efekty i wyniki

Z punktu widzenia profesjonalistów świadczących lokalne usługi, uzyskane wyniki potwierdziły przekonanie, że interwencja domowa w pierwszym roku życia dziecka jest jednym z najskuteczniejszych sposobów wspierania rodzin z grupy ryzyka. Konsolidacja sieci wsparcia oraz wzajemne zaufanie pomiędzy lokalnymi świadczeniodawcami a profesjonalistami ze Stowarzyszenia stworzyły silną podbudowę dla projektu, przełożyły się na jego większe rozpowszechnienie oraz lepszą współpracę kobiet objętych pomocą.

Efekty i wpływ praktyki zintegrowanego działania na przełamywanie międzypokoleniowej transmisji biedy, na wspieranie dzieci w osiągnięciu ich pełnego potencjału, na polityki krajowe

Publikacje naukowe podkreślają często, że niedobory doświadczane przez rodziców są przenoszone na dzieci w międzypokoleniowym cyklu, którego nie sposób przerwać bez pozytywnej interwencji. Osoby, które we wczesnym dzieciństwie nie doświadczyły ciepła i uczucia, nie rozwinęły bezpiecznego przywiązania albo były ofiarami krzywdzenia, nie osiągną odpowiedniego poziomu dojrzałości afektywnej i wciąż odczuwają potrzebę znalezienia osoby, która te niezaspokojone wcześniej potrzeby zaspokoi. Takiej osobie, często dodatkowo uzależnionej od narkotyków czy borykającej się z problemami psychicznymi, trudno jest zapiekować się dzieckiem z właściwą wrażliwością i zrozumieniem jego potrzeb. Tacy rodzice częściej niż inni zaniedbują swoje dzieci albo je krzywdzą. To samo odnosi się do rodziców nieletnich i wciąż zależnych od swojej rodziny, nie tylko ekonomicznie, ale i psychicznie.

Zapewnienie tej grupie rodziców, tej grupie matek, wsparcia opartego na wzajemnym zaufaniu, którego częstokroć nigdy wcześniej nie doświadczyły, pozwala zadbać o matkę jako osobę. Kompensujemy w ten sposób trudności w budowaniu relacji doświadczone w przeszłości i wspomagamy matkę w opiece nad dzieckiem i właściwym dla niego wsparciu.

Wiele lokalnych instytucji i organizacji non-profit (np. w Mediolanie, Neapolu, Prato, Florencji, Treviso, Bari czy Weronie) przeprowadziło szczegółową analizę projektu, aby rozpocząć stosowanie podobnych rozwiązań w swoich regionach.

Efektywność kosztowa

Efektywność kosztowa jako taka nie była mierzona w ramach projektu, istnieje jednak raport UNICEF⁷, który wskazuje, że inwestycja w wysokiej jakości usługi dotyczące okresu niemowlęcego generuje istotne oszczędności dla społeczeństwa w perspektywie długofalowej: „Możliwe oszczędności dla społeczeństwa jako całości — dotyczące edukacji uzupełniającej, radzenia sobie z wykluczeniem społecznym, reagowania na zachowania antyspołeczne czy przestępcze oraz leczenia przewlekłych zaburzeń psychicznych — prawdopodobnie wielokrotnie przekroczą wydatki, które powinny być poniesione na zwiększenie usług dotyczących okresu wczesnego dzieciństwa. Przeprowadzone dotychczas analizy kosztów i korzyści wskazują, że korzyści przewyższają koszty nawet w stosunku osiem do jednego”.

Potencjalne zmiany praktyki wynikające z ewaluacji

W następstwie pierwszej ewaluacji wprowadzono pewne zmiany i innowacje do projektu:

- drobne modyfikacje dotyczące wizyt domowych, np. wydłużenie czasu trwania wizyty (z półtorej godziny do dwóch), oraz dookreślenie metody pierwszego kontaktu z rodziną;
- jednoznaczne wliczenie imigracji do czynników ryzyka;
- możliwość przewidywania potrzebnego wsparcia, w niektórych sytuacjach w czasie ciąży, zgodnie z wytycznymi służb zdrowia publicznego;

⁷ UNICEF (2008), *The child care transition*, Innocenti Report Card 8, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, s. 32.

- uruchomienie „*sportello nascita e prima infanzia*”⁸, punktu oferującego informacje o wszystkich dostępnych w Rzymie zasobach i usługach dotyczących macierzyństwa i porodu (prawo, procedury, możliwości, praca socjalna, dokumentacja itd.);
- w ubiegłym roku nazwa projektu została zmieniona z „*Raggiungere gli Irraggiungibili*” („Docierając do Nieuchwytnych”) na „*Accogliere la Nascita*” („Przyjmowanie Narodzin”), decyzja wynikała z powodów wizerunkowych, miała ułatwić popularyzację projektu

Przeszkody, wyzwania, trudności

Projekt ma trzy słabe punkty, wynikające z niełatwej sytuacji w ostatnich latach:

- **Trudności we współpracy ze szpitalami.** Szpitale są kluczowym elementem projektu, jest to bowiem pierwsze miejsce kontaktu z potencjalnymi beneficjentami, którzy rzadko sami zgłaszają się do lokalnych świadczeniodawców. Ze względu na brak czasu i trudności organizacyjne, pracownikom szpitala — doceniającym wartość projektu i chętnie z nim współpracującym — często nie udaje się zidentyfikować kobiet, które powinny być do projektu włączone.
- **Niestabilność projektu nie pozwala na długoterminowe planowanie.** Projekt odnawiany jest z roku na rok, jego przyszłość zawsze jest niepewna — na pewien czas został nawet przerwany ze względu na zmiany na scenie politycznej. Poza trudnościami w planowaniu, taka sytuacja skutkuje dezorientacją i brakiem poczucia bezpieczeństwa u większości profesjonalistów pracujących dla Stowarzyszenia.
- **Ograniczone zasoby finansowe** nie pozwalają objąć opieką wystarczającej liczby rodzin, biorąc pod uwagę lokalne zapotrzebowanie. Wielu profesjonalistów informuje o bardzo trudnych przypadkach rodzin, których nie można włączyć do programu ze względu na brak środków.

Elementy, które można uznać za sukces

Projekt zawiera kilka godnych uwagi innowacyjnych elementów:

- **kierunek realizacji usługi** — beneficjent nie musi się zgłaszać do świadczeniodawcy — usługa dociera do beneficjenta;
- **wykorzystana metodologia** — budowanie poczucia sprawstwa, wspieranie i rozwój kompetencji i zasobów jednostki;
- **możliwość skutecznego tworzenia zintegrowanej sieci usług** — świadczenia społeczne prywatne i publiczne.

Atuty, które zadecydowały o powodzeniu projektu podsumować można następująco:

- wysoka motywacja i kwalifikacje profesjonalistów pracujących w ramach projektu;
- charakterystyka planowanych wizyt domowych, które okazują się skuteczne (uzyskanie przewidywanych wyników) i dopasowane do potrzeb beneficjentów (zadowolenie użytkowników);
- decyzja o realizacji programu w pierwszym roku życia dziecka, ważnym okresie z punktu widzenia skuteczności oddziaływań profilaktycznych.

⁸ Sportello Nascita e Prima Infanzia, czyli Punkt konsultacyjny informujący o macierzyństwie, opiece nad noworodkiem, opiece zdrowotnej i opiece społecznej.

Co koniecznie robić, a czego zdecydowanie unikać

Kluczowym punktem strategii jest szkolenie profesjonalistów w zakresie powyższej metodologii, jego brak może zdecydować o utracie etosu i skuteczności interwencji. Podobnie niezbędne są działania zmierzające do planowania zintegrowanych usług.

Nie należy wiązać z projektem innych dodatkowych celów diagnostycznych, edukacyjnych, charytatywnych czy psychoterapeutycznych, wynikających z roli innych agencji.

V. Wdrożenie w innych miejscach

Możliwość wdrożenia/zastosowania/dostosowania/przeniesienia praktyki w inny kontekst sytuacyjny

Projekt może być powielany w innych krajach.

Elementy niepodlegające zmianom

- specjalistyczne przeszkolenie personelu,
- zintegrowane planowanie dla różnych usług.

Elementy, które mogą zostać przystosowane do innych uwarunkowań/kontekstów sytuacyjnych

Interwencja w środowisku domowym może być zintegrowana z innymi odpowiednio zaplanowanymi rozwiązaniami pomocowymi dotyczącymi matki i dziecka.

Warunki decydujące o możliwości zastosowania praktyki w innym miejscu lub przystosowania jej do innych okoliczności

Wspólne szkolenie dla wszystkich zaangażowanych partnerów wydaje się być niezbędnym warunkiem, gwarantującym, że wszyscy w ten sam sposób rozumieją program i znają swoją rolę. Ważne są też standardy jakości, choć istnieje możliwość wprowadzania drobnych zmian w zależności od przyjętego schematu organizacyjnego.

Il Melograno, "Accogliere la Nascita" (Upholding Birth), Rome, Italy

The project is targeted at 'mother-child' family units, resident in Rome, at high risk of social or psychological distress during the first year of the child's life. It aims to identify families 'at risk' as early as possible, at the moment of the child's birth. It offers programmed intervention in the home to promote secure attachment in the mother-child relationship and to include the family unit in a network of services and resources available in the area. Initiated in 1999, it was 'tried' in six of the nineteen sub-municipalities of Rome and now extends to the whole city. After an interruption in 2009, it was reactivated in 2011.

KEYWORDS:

FAMILY, SUPPORT, YOUNG CHILDREN, MOTHERS, PREVENTION