

STUDI ZANCAN

Politiche e servizi alle persone

settembre/ottobre n. 5 - 2011

**Rapporto su povertà
ed esclusione sociale in Italia**

Vecchiaia: istruzioni per l'uso

Advocacy e volontariato

monografia

**Minori a rischio di allontanamento
nell'esperienza degli operatori**





La monografia riporta i contributi di alcuni degli oltre 100 operatori, di diverse regioni d'Italia, che hanno partecipato allo studio Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo, commissionato alla Fondazione Zancan dal ministero per il Lavoro e le Politiche sociali. Obiettivo dello studio è di valutare l'efficacia degli interventi messi in atto con minori a rischio di allontanamento. Il rapporto finale completo è pubblicato nel sito del ministero, www.lavoro.gov.it nella sezione Studi e statistiche.

Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato, nel proporre una guida alla lettura del rapporto, riferiscono di come è nato e si è sviluppato Risc. Riassumono i risultati dell'analisi della normativa e della spesa sociale destinata ai minori e alle famiglie. Dedicano, nella parte finale del contributo, particolare attenzione alla sperimentazione e ai risultati ottenuti.

Antonella Caprioglio e Beppe Taddeo riassumono i risultati della sperimentazione attuata nella Regione Piemonte e precisamente nella città di Torino. Sono quattro gli aspetti su cui gli autori si concentrano, perché particolarmente importanti in riferimento a Risc: l'area della pre-valutazione del rischio, la rete dei soggetti chiamati a intervenire, l'aspetto della tempistica degli interventi e gli strumenti a disposizione.

Andrea Barani propone alcune riflessioni sulla prospettiva di un utilizzo sistematico del protocollo Risc. Individua tra i punti di forza del protocollo la presa in carico personalizzata del minore e la possibilità di un'analoga presa in carico del genitore, che consente di agire in maniera preventiva e riparativa e mantenere per quanto possibile il minore nella famiglia di origine. Il protocollo spinge a valutare anche le potenzialità latenti che possono essere sollecitate nel progetto di aiuto. In con-

clusione sono evidenziate le criticità del protocollo che, una volta risolte, possono essere trasformate in ulteriori potenzialità.

Gaia Di Bartolomeo e Francesco Lucchi descrivono la loro esperienza nell'area Famiglia e infanzia a Cesena. Ricostruiscono innanzitutto le motivazioni alla base del recente ritiro delle deleghe dell'Aulss della tutela minori e della creazione dell'area unica «Famiglia e infanzia». In chiusura riportano le riflessioni del gruppo di lavoro in seguito all'utilizzo pratico di Risc.

Simona Sardini Di Febo rende conto della sperimentazione avviata nell'ambito 33 pescarese, in cui sono state coinvolte 10 famiglie multiproblematiche con figli a rischio istituzionalizzazione. L'autrice riflette sui motivi che hanno spinto, alla fine della sperimentazione, verso la scelta dell'allontanamento per due delle famiglie in carico ai servizi.

Veronica Lucchina e Michela Memeo descrivono l'applicazione dell'approccio teorico e pratico in contesto reale e quotidiano, evidenziando le potenzialità così come le aree su cui si deve ancora lavorare. Le autrici portano ad esempio il caso di un sedicenne già in carico ai servizi.

Il rapporto Risc: guida alla lettura

Cinzia Canali, Tiziano Vecchiato

Origine dello studio

Alla fine del 2008 il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ha commissionato alla Fondazione Emanuela Zancan onlus uno studio sul rischio di allontanamento dei figli dalla famiglia di origine. Il problema del rischio è stato analizzato da più punti di vista: con un'analisi internazionale per confrontarsi con quanto accade in altri paesi, un'analisi della letteratura italiana negli ultimi 50 anni, un'analisi comparata della normativa a partire dagli anni ottanta, un approfondimento sulla spesa dei comuni per interventi preventivi, un'analisi con i referenti regionali sui temi di studio, una sperimentazione con 6 regioni di un modello di presa in carico personalizzata e di valutazione di efficacia.

Questi approfondimenti hanno portato a un rapporto articolato su questi temi che qui cercheremo di riassumere per facilitare la sua lettura, lasciando all'interesse dei lettori l'approfondimento delle singole sezioni. L'attenzione maggiore è qui riservata alla parte finale del rapporto, cioè alla fase sperimentale e ai suoi risultati, dal momento che ha coinvolto oltre 100 operatori che hanno valutato l'efficacia degli interventi messi in atto con circa 120 minori e i loro genitori.

Valutare
l'efficacia

Lo studio ha cercato di valorizzare tutti i punti di vista che ruotano attorno alla famiglia e ai figli a rischio di allontanamento, per ricondurli a una domanda che è anche il filo rosso di tutte le sezioni del rapporto: quanto abbiamo fatto è stato veramente efficace? È la domanda che ha guidato la ricerca nel valutare il grado di applicazione dei principi di cui alle leggi n. 285/1997 e n. 184/1883, in particolare, l'art. 4 della legge n. 285/1997, che parla di «azioni di sostegno al minore e ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale, anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno nella frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento».

Sono norme che operano in continuità con la Convenzione Onu del 1989, ratificata in Italia nel 1991, che attribuisce un compito specifico di *vigilanza* agli stati, «affinché il fanciullo non sia separato dai suoi genitori contro la loro volontà a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria nell'interesse preminente del fanciullo». A questa motivazione principale si sono aggiunte motivazioni scientifiche, giuridiche ed etiche, per identificare soluzioni che spesso mancano e che ostacolano l'adozione di metodologie adeguate da parte degli operatori.

Dati
di processo
ma non di esito

Una prima constatazione del gruppo di ricerca è stata che, in Italia, i dati disponibili riguardano soprattutto i processi di allontanamento piuttosto che i loro esiti sul bambino e sulla famiglia. È una base di conoscenza necessaria per qualificare decisioni che riguardano la promozione dei diritti e la tutela dell'infanzia, ma non ancora sufficiente. Lo studio ha operato su due livelli: da un lato ha dato evidenza agli esiti dichiarati dai servizi coinvolti nello studio e, dall'altro, ha messo in opera un disegno sperimentale attuato in contesti reali. Nel fare questo si è dovuto tener conto che:

- non sempre le azioni professionali sono volte a ottenere un risultato atteso, programmato e operativamente definito;
- gli operatori operano dentro i vincoli delle risorse disponibili;

Validare nuove soluzioni

- c'è una diffusa frammentazione nelle organizzazioni che dovrebbero operare nell'interesse esclusivo del minore;
- ci sono persistenti difficoltà nell'integrazione delle risorse e capacità tra operatori e servizi.

Il rapporto si compone di una parte dedicata ai risultati dell'analisi e di una parte dedicata ai risultati della sperimentazione, così da collegare l'approccio ricostruttivo e osservazionale con lo sforzo di cercare e validare nuove soluzioni.

Lo studio internazionale e aspetti utili per l'Italia

Lo studio internazionale ha seguito due percorsi paralleli:

1) un'analisi della letteratura, pubblicata e grigia. Non è caratterizzabile come una «revisione sistematica» nel senso tecnico del termine, ma in termini di «selezione» di ciò che si fa in altri paesi, con l'obiettivo di individuare esperienze utili e praticabili anche da noi;

2) un'indagine, basata su un questionario rivolto a un gruppo di esperti internazionali che operano nel settore dei servizi per l'infanzia e la famiglia¹. Il questionario ha focalizzato l'attenzione su questioni legate all'analisi dei bisogni e alle risposte disponibili per bambini e famiglie in difficoltà. In particolare i nuclei di interesse sono stati:

- il processo attraverso il quale viene deciso l'allontanamento dalla famiglia;

¹ Hanno aiutato a raccogliere le informazioni i membri della *International Association for Outcome-Based Evaluation and Research on Family and Children's Services* in OBER_{ces}, e, in particolare June Thoburn (Inghilterra), Anat Zeira (Israele) e Anthony N. Maluccio (Usa), fondatore dell'associazione internazionale. Pierluigi Brombo del Cese (Comitato economico e sociale europeo) di Bruxelles ha dato preziosi suggerimenti in merito alla letteratura e alle esperienze europee. Va segnalata anche la collaborazione di: Helen Agathonos (Grecia), Frank Ainsworth (Australia), Jane Aldgate (Inghilterra), Richard P. Barth (Usa), Marianne Berry (Usa), Nina Biehal (Inghilterra), Janet Boddy (Inghilterra), Ondrej Botek (Slovacchia), Marian Brandon (Inghilterra), Takiri Cotterill (Nuova Zelanda), Inge Danielsen (Danimarca), Paul Durning (Francia), Mark Ezell (Usa), Elizabeth Fernandez (Australia), Simon Garbers (Germania), Deborah Ghate (Irlanda), Evi Hatzivarnava (Grecia), Susanna Hoikkala (Finlandia), Elias E. Kourkoutas (Grecia), Ulla Jergeby (Svezia), Anita Lightburn (Usa), Patricia M. McNamara (Australia), Tiina Muukkonen (Finlandia), Jessica Noel (Usa), Stella Owens (Irlanda), Joanne Rosandich (Nuova Zelanda), Frank Rosandich (Nuova Zelanda), Wendy Rose (Inghilterra), Yasuyuki Saigo (Giappone), John Sciamanna (Usa); Robin Spath (Usa), June Statham (Inghilterra), Clare Tilbury (Australia), Bo Vinnerljung (Svezia).

- la definizione di «bambino a rischio», «bisogno di servizi integrativi alla famiglia», «servizi di prevenzione», oppure la «soglia» per l'allontanamento (se esiste);
- servizi erogati per la prevenzione dell'allontanamento;
- servizi disponibili ed erogatori (operatori e/o enti);
- apporto del volontariato e sua formazione;
- costi dei servizi.

Il tasso di risposta è stato di circa il 70% e ha consentito di avere un quadro delle realtà attive in 20 stati². Da tutti è emersa una rilevante capacità di analisi dei problemi e la possibilità di andare oltre l'analisi per identificare soluzioni affidabili e verificate sul campo (Aa.Vv., 2010).

Sfide
da affrontare

Molti paesi sono impegnati nella valutazione di efficacia degli interventi, a fronte di diverse condizioni di bisogno, tenendo conto dei diversi indici di gravità e dell'intensità dell'esito. Whittaker (2010) sintetizza le sfide da affrontare se si vuole andare verso una maggiore integrazione tra i servizi, visto che soprattutto l'integrazione di capacità, risorse e responsabilità facilita esiti migliori. Agli operatori raccomanda di ripensare al binomio «scienza e coscienza», valorizzando la loro esperienza e sollecitandoli a seguire quanto emerge dalla letteratura e da studi sperimentali. Chiede inoltre di impegnarsi maggiormente nell'apprendimento delle tecniche di valutazione facendone motivo di confronto e scambio con i colleghi. Ai ricercatori suggerisce di concentrarsi su studi che abbiano ricadute per la pratica quotidiana, uscendo dalla autoreferenzialità, collaborando con tutti i soggetti interessati all'implementazione delle prassi basate su prove di efficacia. Ai servizi per l'infanzia e la famiglia suggerisce di verificare prima di tutto ciò che funziona all'interno del proprio servizio e di investire su questo, prima di affidarsi a modelli presi «dallo scaffale» o dal mercato delle raccomandazioni, non basate su prove di efficacia, e di sviluppare un'analisi sistematica delle informazioni raccolte nell'attività quotidiana, a livello di singoli casi e a livello aggregato, per arricchire la prassi.

² Paesi europei: Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Slovacchia, Svezia, Inghilterra e Scozia (Regno Unito). Paesi extraeuropei: New South Wales-Victoria-Queensland (in Australia), Israele, Giappone, Nuova Zelanda, Connecticut-Maryland-Kansas-New York (negli Stati Uniti).

In particolare, Whittaker evidenzia che le famiglie e i bambini che assorbono molte risorse o che sono a rischio di entrare nel sistema dei servizi ad alta intensità assistenziale sono i più bisognosi di aiuto efficace.

La ricerca internazionale ha evidenziato un quadro molto variegato sugli strumenti e sulle metodologie utilizzate (Maluccio A.N. e altri, 2011). L'Italia non è da meno in tema di variabilità, viste le grandi differenze di approccio e di azione che abbiamo osservato nel confronto tra regioni. Lo testimonia anche la letteratura italiana considerata. In passato (anni settanta e ottanta del Novecento) l'enfasi maggiore era sul rapporto tra teoria e prassi, pensiero e azione, per evitare le risposte standardizzate e istituzionalizzanti. Questo ha reso possibile una profonda trasformazione del modo di intendere i servizi per l'infanzia, le risposte per contrastare l'emarginazione grave, per evitare l'allontanamento dalla famiglia e soprattutto le molte forme di violenza perpetrate dalle istituzioni che separavano i minori dal proprio spazio di vita senza motivo. Abbiamo visto, però, che il fatto stesso di non chiedersi se quanto si fa è appropriato, se è collegato ai bisogni, se non produce dipendenza assistenziale, allontana la possibilità di interventi efficaci.

Nell'analisi sono emerse condizioni per considerare la presa in carico come una questione centrale della riflessione teorica e pratica. È la sua capacità di valutare le criticità e di promuovere risposte efficaci che può effettivamente ridurre il rischio di allontanamento e non soltanto le adesioni ai principi e ai valori per una migliore tutela dell'infanzia.

L'evoluzione normativa

L'analisi della normativa evidenzia come l'ordinamento italiano, a partire dal 1948, sia fortemente permeato dal principio del «*favor minoris*», cioè della prevalenza dell'interesse del minore cui far corrispondere interventi normativi volti ad assicurare un sistema di protezione capace di favorire il processo di crescita e formazione, all'interno della propria famiglia e nei contesti sociali, in particolare la scuola e la transizione tra scuola e lavoro. Il contesto familiare è identificato come l'ambiente ottimale in cui il bambino può sviluppare la pro-

Dall'interesse
del minore
al diritto
del minore

pria personalità, se l'amore e le responsabilità genitoriali vengono espressi in modo adeguato.

La crescente attenzione degli operatori e dei giuristi al tema della tutela minorile ha reso possibile una progressiva sostituzione del concetto di «interesse del minore» con quello - giuridicamente più pregnante - di «diritto del minore». Grazie a questo passaggio il legislatore nazionale e regionale ha predisposto numerose misure di protezione giuridica e sociale necessarie per assicurare la tutela dei diritti connessi all'integrale sviluppo della personalità, individuando gli strumenti necessari, quali l'affidamento, l'adozione e numerose altre forme di servizio e accoglienza.

Dopo la riforma del titolo V della Costituzione, le regioni hanno incrementato il ruolo già pregnante nella promozione degli interventi a favore delle famiglie in situazioni di fragilità (Innocenti E., 2007; Caritas, Fondazione Zancan, 2007). Le politiche di protezione sociale hanno nel livello regionale il momento di sintesi e integrazione dei diversi ambiti di intervento (Torchia L., 2005; Balboni E., 2007; Vivaldi E., 2008). In particolare, con riferimento ai servizi per l'infanzia e la famiglia, le regioni hanno competenza legislativa piena o concorrente in tutte le principali materie di riferimento (scuola e formazione, interventi sociali, sanità, cultura, politiche per il lavoro, accesso alla casa). Inoltre, in molte realtà regionali sono state promosse iniziative legislative di esplicito sostegno alla famiglia e all'infanzia. Il rapporto approfondisce la mappa dei contenuti e degli strumenti introdotti a livello regionale, con particolare riferimento alle tipologie di intervento, ai criteri di accesso, ai processi di valutazione. In particolare, l'approfondimento sui contenuti ha permesso una ricognizione delle scelte adottate dalle diverse realtà regionali, la loro caratterizzazione e la possibilità di classificare le erogazioni economiche, domiciliari, diurne e intermedie, a supporto delle famiglie, per contrastare il rischio di allontanamento. L'analisi della normativa ha evidenziato che:

- gli interventi di sistema che incidono sul rischio di allontanamento sono di due tipi: leggi di disciplina dell'ordinamento dei servizi sociali e leggi recanti interventi a tutela dei minori e della famiglia;

Conclusioni
dall'analisi
della normativa

- le affermazioni di principio e le finalità perseguite dagli interventi legislativi sono orientate alla tutela della famiglia, del «primario interesse» del minore, agli interventi preventivi e di promozione. Ma, nella codificazione di dettaglio, emerge una netta prevalenza degli interventi per regolare l'allontanamento riferiti alla gestione dell'affidamento familiare e dell'affidamento a strutture residenziali, nonché per gestire l'adozione;
- una focalizzazione prevalente, se non esclusiva, sugli interventi «specialistici», relativi alla tutela del minore in situazioni di abuso, violenza, abbandono. Norme di dettaglio considerano i requisiti di processo e professionali e le forme di raccordo tra enti. È carente la disciplina degli interventi di sostegno rivolti a situazioni di disagio non ancora connotate in termini di gravità ma riconducibili alla valutazione del rischio;
- numerosi provvedimenti relativi all'attuazione delle forme di allontanamento presuppongono l'inefficacia degli interventi di sostegno e prevenzione realizzati. Non sono stati identificati contenuti regolativi riguardanti la fase di prevenzione dell'allontanamento, né con riferimento ai tipi e alle modalità di intervento di promozione della domiciliarità né con riferimento agli strumenti e alle modalità di valutazione di efficacia utilizzabili per verificare la riduzione di rischio conseguita;
- i riferimenti alla complessità e multifattorialità della situazione di bisogno del minore e della famiglia sono rari: gli elementi relativi alla qualificazione della presa in carico sono riferiti prevalentemente alla situazione del minore da allontanare e alle tipologie di risposta residenziale da porre in essere;
- gli attori principali indicati dai provvedimenti analizzati per la presa in carico dei minori in situazioni di disagio e delle loro famiglie sono il servizio sociale professionale, i consultori, i soggetti erogatori di servizi residenziali e semi-residenziali, con funzioni che variano secondo il modello organizzativo adottato dalle diverse regioni;
- la valutazione professionale (o multiprofessionale) e la progettazione personalizzata sono richiamate in quasi tutti gli atti dedicati alla tutela dei minori in situazioni di pregiudizio. Il livello di dettaglio rispetto a cosa si intende per

«valutazione» e per «progettazione personalizzata» varia notevolmente da provvedimento a provvedimento;
- l'insieme dei provvedimenti oscilla tra la ricerca di innovazione e la replicazione di pratiche adottate in altri territori. Lo strumento dominante sono le linee guida. Meno frequente è la promozione di sperimentazioni di nuove risposte.

L'analisi della spesa

Lo scenario che contraddistingue stabilmente le politiche sociali è la scarsità di risorse a fronte della crescita della domanda. Nel welfare italiano le risorse sono destinate in modo prevalente al sostegno della vecchiaia (pensioni, 68%) e alla cura della malattia (sanità, 24%), piuttosto che all'assistenza (servizi sociali, 8%). Quest'ultima rappresenta solo l'1,8% del Pil. Rispetto poi allo specifico della spesa a favore dei bambini e delle famiglie, l'Italia si colloca al penultimo posto tra i paesi dell'Europa dei 15, con il 4,4% del Pil. La spesa che i comuni, principali responsabili dei servizi sociali, destinano ai bambini e alle loro famiglie nel 2007 è stata di quasi 2,5 miliardi di euro, pari a circa 245 euro per ogni minore residente, con notevoli differenze territoriali soprattutto tra nord e sud del paese (da un minimo di 54,78 euro a un massimo di 511,26 euro). Si tratta di risorse molto contenute, rispetto alle quali poco si sa, in particolare se sono correlate al bisogno, se sono usate in modo efficiente, se conseguono indici di efficacia accettabili. È anche per questo che si è integrata la fase osservazionale con quella sperimentale, tenendo conto di quanto avviene in altri paesi (Beecham J., Sinclair I., 2006; Ezell M. e altri, 2011).

Metodo
di raccolta
di informazioni

Il settore dell'assistenza in Italia si caratterizza come sistema multilivello, nel quale più soggetti (stato e suoi organi, regioni, comuni singoli e associati ecc.) sono titolari di interventi e servizi e, nello stesso tempo, gestori di risorse. In un tale quadro è molto difficile ricostruire flussi di spesa collegati a specifici temi come, per esempio, la spesa destinata da tutte le istituzioni pubbliche per la povertà o, nel caso di questa ricerca, la spesa pubblica per gli interventi preventivi dell'allontanamento. Non potendo realizzare una rilevazione *ad hoc*, rispetto all'oggetto della ricerca, è stata utilizzata come fonte di dati disponibile l'indagine sugli in-

terventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati realizzata dall'Istat, in collaborazione con più enti del governo centrale (tra cui il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali) e gli enti locali.

Si tratta di un'indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei comuni, singoli e associati, che rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai comuni per i servizi erogati (da soli e/o in associazione con altri). L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai comuni singoli e dalle loro associazioni (quali comprensori e consorzi), oltre che da comunità montane e da distretti sociosanitari/aziende Us1 che affiancano i comuni singoli e talvolta li sostituiscono.

I dati raccolti riguardano i servizi e gli interventi sociali di cui sono titolari i comuni singoli o associati, anche se finanziati con trasferimenti statali, regionali o provinciali. Sono quindi esclusi dalla rilevazione: i servizi assistenziali di titolarità statale, per i quali i comuni subentrano solo a livello di organizzazione dell'intervento e di individuazione degli aventi diritto (per esempio, assegno per le famiglie con almeno tre figli, assegno di maternità, bonus per il secondo figlio, reddito minimo d'inserimento, assegni ai grandi invalidi); i servizi accessori all'istruzione e al diritto allo studio, salvo che non siano destinati a persone disabili o in condizione di disagio economico; gli interventi di solidarietà internazionale; gli interventi attuati in occasione di calamità naturali; gli interventi per abbattere le barriere architettoniche. Le informazioni raccolte nel rapporto sono articolate in sette aree di utenza dei servizi: famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati, disagio adulti, multiutenza.

Macro-aree degli interventi

Gli interventi e i servizi sociali sono stati ricondotti a tre macro-aree: interventi e servizi di supporto (a loro volta suddivisi in: attività di servizio sociale professionale; integrazione sociale; interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo; assistenza domiciliare; servizi di supporto), trasferimenti in denaro, strutture (a loro volta suddivisi in: strutture a ciclo diurno o semiresidenziale; strutture comunitarie e residenziali, pronto intervento sociale). Nella multiutenza sono compresi i servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenti, le attività generali svolte dai comuni e i costi sostenuti per esenzioni e agevo-

I livelli
essenziali
di assistenza

lazioni offerte agli utenti delle diverse aree. In quest'area gli interventi e i servizi sono suddivisi in: segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi, prevenzione e sensibilizzazione, azioni di sistema e spese di organizzazione.

L'analisi si è concentrata sui dati raccolti nell'ambito dell'indagine con riferimento all'area minori e famiglie. Il dettaglio della rilevazione Istat, con riferimento agli interventi nell'area minori, ha permesso di rileggere i dati in modo coerente con il riferimento normativo disponibile in materia di livelli essenziali di assistenza sociale, cioè il comma 4 dell'art. 22 della legge n. 328/2000 (Bezze M. e altri, 2005). Questa rilettura ha raggruppato gli interventi e i servizi contemplati nell'indagine per l'area minori, rispetto ai macro livelli assistenziali, cioè:

- servizio sociale professionale;
- accesso ai servizi di emergenza (pronto intervento);
- domiciliare (raggruppa gli interventi forniti al domicilio del bambino o finalizzate a mantenere il bambino nel proprio contesto di vita);
- intermedie (comprende interventi erogati in luoghi diversi dall'abitazione e dalle strutture residenziali);
- residenziali (servizi e interventi erogati nelle strutture assistenziali di tipo residenziale).

Oltre alla riclassificazione derivante dall'applicazione del comma 4 dell'articolo 22 della legge n. 328/2000, gli interventi e i servizi sociali contemplati dall'indagine sono stati raggruppati rispetto alla finalità, cioè:

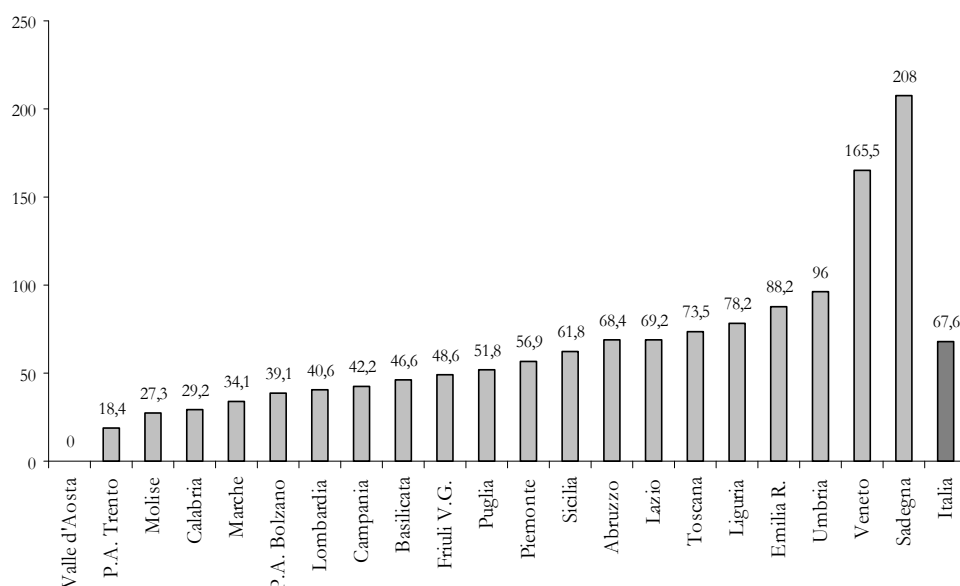
- interventi preventivi dell'allontanamento;
- interventi di allontanamento;
- interventi che non hanno una chiara connotazione in un senso o nell'altro e che quindi possono essere interpretati sia come preventivi dell'allontanamento sia come di vero e proprio allontanamento.

In tutte le regioni/province considerate, l'intervento domiciliare preventivo dell'allontanamento con spesa più rilevante è risultato il contributo economico (prevalentemente destinato a integrare il reddito familiare), a eccezione dell'Abruzzo.

Soldi o servizi?

I soli dati di spesa non possono fornirci informazioni sull'appropriatezza dell'intervento, dal momento che non rispondono al quesito se il contributo sia o non sia il migliore intervento possibile. Tuttavia, la prevalenza dei contributi economici tra gli interventi preventivi a carattere domiciliare richiama alcune vecchie questioni che animano il dibattito sul welfare: soldi o servizi, contributi economici o progetti di sostegno?

Fig. 1 - Utenti minori del servizio sociale per 1.000 minori residenti



Famiglie multi-problematiche

Ricerche condotte negli anni scorsi (Canali C. e altri, 2008; Gioga G., Mazzini E.L.L., Pivetti M., 2007) evidenziano che i minori appartenenti a famiglie multiproblematiche³ sono maggiormente esposti al rischio di allontanamento. Rappresentano una quota variabile tra l'1% e il 2% dei minori residenti e si presume siano tutti in carico al servizio sociale. I dati sull'utenza del servizio sociale professionale, rilevabili dall'indagine Istat sugli interventi e i servizi sociali, forniscono un quadro molto disomogeneo: si va dal 21% di

³ Famiglie in cui vi è: compresenza di diverse problematiche sociali e sanitarie; necessità di interventi di più servizi; inadeguatezza nello svolgimento dei ruoli genitoriali; uno o più minori in situazione di difficoltà, disagio, disadattamento.

minori residenti dell'Emilia-Romagna a circa il 2% dei comuni trentini, con una media italiana del 7%. Anche tenendo conto degli eventuali doppi conteggi (dello stesso bambino), lo scarto tra i due valori (stima dei minori multiproblematici pari all'1-2% dei minori residenti e numero di minori in carico al servizio sociale) è molto ampio e non abbastanza focalizzato sui problemi più gravi e urgenti.

La parte sperimentale dello studio Risc

Il carattere sperimentale dello studio aveva bisogno di due condizioni preliminari: a) adottare criteri di selezione e di inclusione equivalenti tra le regioni partecipanti; b) un protocollo di sperimentazione verificabile in termini di processi e di esiti.

Nel dare risposta a queste due esigenze si è tenuto conto delle indicazioni emerse dalla letteratura e dalla possibilità di una valutazione congiunta della condizione dei figli e dei genitori. La proposta metodologica di valutazione del rischio si è articolata in due momenti. Il primo ha messo a fuoco la condizione degli adulti e i fattori di contesto socioambientale e relazionale che descrivono difficoltà e potenzialità degli adulti. I fattori sotto osservazione nella famiglia sono stati:

- la compresenza di diverse problematiche sociali e socio-sanitarie (povertà, tossicodipendenza, salute mentale ecc.);
- la necessità di intervento di più servizi (sociali, sanitari, educativi ecc.);
- i ruoli genitoriali non svolti adeguatamente.

Successivamente, in presenza di tali condizioni di «rischio» familiare, sono stati considerati i seguenti fattori centrati sulla condizione del bambino/ragazzo e cioè:

- la conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli;
- la trascuratezza dei figli che facilmente degenera in abbandono.

Indice
di inclusione

In questo modo si è ottenuta una ridefinizione del campo visivo professionale, focalizzandolo principalmente sui fattori di rischio. Nel momento in cui le due fasi di osservazione sono state gestite in modo complementare è stato possibile rappresentare i risultati con un indice sintetico,

che è stato utilizzato anche come indice di inclusione nello studio. La costruzione dell'indice si è basata sulla valutazione clinico professionale degli operatori coinvolti, sintetizzata rispondendo alla domanda: «A suo/vostro giudizio dove si posiziona, in una scala da 1 a 10, l'indice di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale?». Lo stesso metodo di giudizio è stato utilizzato per una seconda domanda: «A suo/vostro giudizio dove si posiziona in una scala da 0 a 10 il grado di sofferenza (da abbandono, maltrattamento ecc.) che sta vivendo il bambino/ragazzo?»⁴.

Si è scelto di includere nello studio le famiglie in cui i minori avevano una difficoltà uguale o superiore a 3 e i genitori una difficoltà uguale o superiore a 5. Come vedremo, i risultati della ricerca hanno permesso di ridefinire questo indice, stringendo l'area di rischio per meglio concentrare gli sforzi professionali sulle situazioni di maggiore sofferenza e di rischio di allontanamento.

Pre-valutazione

Si è così ottenuta una pre-valutazione della situazione, necessaria per includere i bambini e i ragazzi nello studio. Questa prima valutazione ha inoltre facilitato la conoscenza preliminare necessaria per seguire le raccomandazioni del protocollo sperimentale, sviluppando un piano di mantenimento in famiglia, con le azioni necessarie per non esporre il/i figlio/i a ulteriori traumi. I criteri di inclusione sono stati inoltre condizione per promuovere comportamenti equivalenti da parte delle unità operative regionali, già al momento della selezione dei casi da coinvolgere nello studio.

Caratteristiche dei gruppi di ricerca

La sperimentazione ha considerato i cambiamenti che intervengono nelle famiglie selezionate nell'arco di 9 mesi. Ogni famiglia - che rientrava nei criteri di inclusione - è stata valutata identificando i bisogni, gli interventi necessari, gli esiti attesi e poi raggiunti, con misurazioni iniziali, intermedie e finali. Genitori e figli sono stati differenziati in due gruppi:

- famiglie con componenti «presi in carico secondo le usuali modalità» e con valutazione S-P (gruppo di controllo);

⁴ Gli operatori hanno risposto a queste domande utilizzando gli strumenti correnti praticati nei loro servizi.

- famiglie con componenti «presi in carico secondo il protocollo di ricerca» (gruppo sperimentale): valutazione S-P e presa in carico con valutazione F-O (fattori osservabili).

Va sottolineato che il gruppo di controllo non era assimilabile alle prassi del tipo «come sempre»⁵, perché non si è limitato solo a documentare le prassi correnti, ma ha sviluppato analisi aggiuntive, di bisogno e di esito, necessarie per confrontare i risultati dei due gruppi⁶.

Valutazione multidimensionale con metodologia S-P

Gruppo sperimentale e gruppo di controllo si sono confrontati con l'utilizzo della metodologia S-P, facilitando la visione globale del bisogno. Le informazioni raccolte per ogni singola persona sono state riferite a diverse aree riconducibili al settore funzionale organico (area sanitaria), cognitivo comportamentale (area sociosanitaria), socioam-

⁵ Tecnicamente non si è trattato solo di un gruppo Tau (*treated as usual*), ma di un gruppo Tau+ ovvero con l'aggiunta di tutte le valutazioni di cui allo schema polare. Questo valore aggiunto attribuito al controllo ha avvicinato i risultati potenziali dei due gruppi (sperimentale e controllo) ma, nello stesso tempo, ha consentito di meglio analizzare i determinanti di efficacia.

⁶ Hanno collaborato alla sperimentazione sono: Paola Agazzi; Paola Aldinucci; Maria Teresa Antonazzo; Simona Antonelli; Lorella Baggiani; Paola Baglioni; Giulia Barcali; Giuseppina Bardi; Andrea Baroni; Gianni Benassi; Rosa Borgia; Stefano Bottacin; Maria Rosa Buitin; Dina Butiracchio; Elena Caccialupi; Catia Calosi; Annamaria Cannalire; Antonella Caprioglio; Giorgio Cavagnero; Melania Ciccia Romito; Patrizia Cinque; Filomena Colangelo; Vittoria Colangelo; Valentina Conti; Elda Cordaro; Anna D'Andretta; Paola D'Orazio; Laura Dalcò; Gaia Di Bartolomeo; Roberta Di Donato; Laura Di Marco; Annarosa Di Nociola; Illuminata Di Pietro; Lia Faravelli; Franca Ferrante; Daniela Ferrario; Elisabetta Florian; Maria Fois; Barbara Fornerona; Maura Forni; Emanuela Friziero; Aurora Funcasta; Maria Cristina Gabriele; Luigi Gardellini; Cristina Garino; Valentino Gastini; Marilena Giaccone; Antonella Giuziao; Chiara Gottardo; Cristina Greco; Licia Guiati; Maria Grazia Iovino; Alessandra Lauria; Simona Lombardi; Dina Lorenzon; Lara Lualdi; Catia Lucchi; Francesco Lucchi; Veronica Lucchina; Franca Magnani; Salvatore Manfredi; Beatrice Martina; Domenico Marziale; Cinzia Mastronardi; Francesca Mazzoleni; Veronica Melorio; Michela Memeo; Concetta Mercante; Anna Merola; Paolo Michielin; Valeria Milani; Annalaura Milioti; Stefania Miodini; Sara Montefamelio; Katia Nardi; Luca Nazzi; Giuseppina Pancino; Rosalia Paradiso; Lucia Patrizio; Monica Pedroni; Emilia Petrucco; Marianna Piciocca; Rossana Prisco; Franca Quaglia; Maria Rosaria Quintano; Diana Dias Rebecca; Irene Romagnolo; Antonella Romani; Rita Sabatini; Simona Sardini Di Febo; Anna Scardellato; M. Elisa Scola; Silvano Secco; Stella Laura Sforza; Giannina Sirocchi; Giuseppe Taddeo; Valentina Tatasciore; Fiorella Tiberio; Luciano Tosco; Alice Turci; Martina Vallongo; Francesca Venturi; Katia Visentin; Rita Vito; Assunta Zasa; Chiara Zorzi.

Individuazione degli strumenti

bientale e relazionale (area sociale). Analizzando il bisogno nei suoi fattori organici, psicofisici e relazionali, contestualizzati nello spazio di vita della persona, gli operatori hanno costruito una visione globale del bisogno e della capacità, con strumenti professionali idonei a sviluppare una valutazione multidisciplinare e multiassiale coerente con l'art. 4, c. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria del 14 febbraio 2001.

Gli strumenti inseriti nel protocollo sono stati selezionati sulla base di alcuni criteri: centratura su bisogno e capacità della persona; misurabilità e confrontabilità; sensibilità multidimensionale; gratuità; facilità di utilizzo e ridotto carico temporale.

La raccolta delle informazioni ha consentito la costruzione di indici di efficacia, definiti come differenza tra «indici di benessere» (profili di gravità/capacità) della persona al tempo T_0 e in tempi successivi. Tali indici a loro volta sono stati utilizzati in funzione delle valutazioni effettuate nelle tre aree: funzionale-organico, cognitivo-comportamentale e socioambientale-relazionale. Le variazioni degli indici sono state utilizzate per valutare quanto è aumentato/ridotto il rischio di allontanamento.

Nel complesso, l'efficacia assume valori in media positivi e la percentuale di punteggi positivi, che indicano un miglioramento tra T_0 e T_1 , supera quella dei punteggi negativi. Gli aspetti socioambientali relazionali sono stati quelli che hanno registrato il maggior grado di miglioramento tra T_0 - T_1 (56% dei ragazzi è migliorato sotto questo punto di vista, il 10% non ha registrato alcun cambiamento, il 34% è peggiorato). Nell'aspetto funzionale organico non sono stati osservati particolari miglioramenti o peggioramenti, come era ragionevole aspettarsi per i casi dove non fossero presenti patologie e compromissioni funzionali, conseguenti a forme di abuso, maltrattamento o deprivazione.

Allungando il periodo temporale di osservazione (T_0 - T_2), i cambiamenti si sono fatti più consistenti ed è aumentato il numero di quanti hanno registrato un miglioramento rispetto alla situazione iniziale. L'indice di efficacia globale per il 70% dei minori è migliorato nell'arco dei 6 mesi, per il 23% è peggiorato e per il 7% non ha presentato cambiamenti particolari. L'area di osservazione più sensibile è stata

quella socioambientale relazionale: il 6% non ha evidenziato cambiamenti, il 71% è migliorato e il 23% è peggiorato.

La valutazione basata su fattori osservabili (valutazione F-O)

È stato costruito un indice di efficacia basato sui fattori osservabili per il gruppo sperimentale. È stato ottenuto con l'analisi dei fattori osservabili e dei risultati di efficacia si sono così potuti confrontare gli esiti misurati con schemi polari (metodologia S-P) e gli esiti misurati con metodologia F-O, integrando fattori quantitativi e qualitativi così da ottenere una verifica e valutazione più affidabili. La verifica di efficacia dei fattori osservabili si basa su 3 dati: valore T_0 misurato, valore T_1 atteso, valore T_1 misurato.

**Obiettivi
e fattori
osservabili**

L'indice che misura il raggiungimento degli obiettivi ha valore 1 se indica il pieno raggiungimento del risultato atteso, valore 0 se indica il non raggiungimento, un valore intermedio (compreso tra 0 e 1) se gli obiettivi sono stati raggiunti in parte. È possibile che l'indice assuma valori superiori a 1 nel caso in cui il miglioramento superi le attese, oppure valori negativi in cui la situazione, invece di migliorare secondo le attese, peggiora rispetto alla situazione iniziale.

L'indice di efficacia complessivo a seguito del primo piano operativo è stato calcolato dopo 3 mesi per 58 minori del gruppo sperimentale (78%). Per quasi l'80% gli obiettivi sono stati raggiunti in parte, nel 15% sono stati raggiunti completamente, nel 5% non sono stati raggiunti.

L'indice di efficacia complessivo del secondo piano operativo è stato calcolato a sei mesi per 43 minori del gruppo sperimentale (58%). Non sono state osservate differenze significative tra gli indici di efficacia del primo piano e quelli del secondo, visto che in media l'efficacia dei piani operativi non è cambiata di segno e la situazione più frequente (71% dei casi) è stata quella di un raggiungimento, anche parziale, dei risultati attesi.

Confronto tra gruppi

Per ogni ambito di osservazione (funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale) ci si è chiesto se esistesse una relazione tra il beneficio ottenuto tra T_0 e T_1 e T_2 e il fatto di appartenere al gruppo

Valutazione
dei risultati

sperimentale o a quello di controllo, visto che non emergeva una relazione significativa considerando tutti i 127 casi.

Sono allora stati considerati i casi in cui gli operatori avevano aderito almeno per il 60% alle raccomandazioni del protocollo di ricerca⁷. È così emerso che l'efficacia T₀-T₂ è stata più elevata nel gruppo di controllo quando i minori a un livello di rischio iniziale meno elevato (indice di benessere sociorelazionale >0,64), viceversa l'efficacia T₀-T₂ è risultata maggiore nel gruppo sperimentale quando i minori presentavano una condizione a T₀ più compromessa (indice di benessere sociorelazionale <0,64).

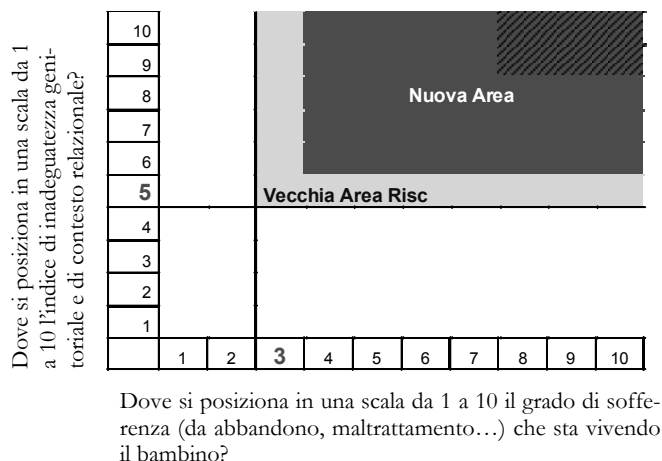
Questo risultato ha evidenziato la maggiore capacità del gruppo sperimentale di conseguire esiti positivi, intermini di riduzione del rischio, per i ragazzi che avevano una maggiore sofferenza e maggiore rischio di allontanamento.

È emerso anche un secondo risultato, molto importante ai fini della risposta alla domanda iniziale della ricerca. È relativo alla soglia di rischio al di sotto della quale si dovrebbe non allontanare un figlio dai genitori.

Infatti, le indicazioni emerse dall'analisi, relative al rapporto tra gravità e indici di efficacia conseguibili già nel breve periodo, ci hanno portato a proporre una riduzione dell'area di rischio, alzando i parametri di inclusione di almeno 1 punto per asse (4 bambino/ragazzo e 6 genitori), come indicato nella linea tratteggiata della figura 2. In questo modo si può meglio concentrare l'attenzione sui casi a maggiore rischio di allontanamento e, con una presa in carico di breve periodo (3-6 mesi), valutare se i risultati positivi, oltre a ridurre il rischio, possono essere portati a sostegno della proposta di non allontanare il figlio dai genitori.

⁷ Considerando un livello di adesioni al 60%, la numerosità dei bambini e dei ragazzi si è ridotta del 25% (da 127 a 96).

Fig. 2 – Aree e livelli di rischio



Considerazioni conclusive

L'idea di sperimentare nei servizi sociali e sociosanitari non è frequente. Il sociale è il mondo della relazione, dell'incontro tra persone, di esperienze di vita. Il mondo della sperimentazione limita l'esperienza quotidiana e si è mantenuto fuori degli spazi di vita usuali. Nelle prassi correnti, per sperimentazione si riducono le variabili da considerare per poterle tenere sotto controllo. Si sperimenta per generalizzare cioè per andare in direzione contraria della personalizzazione e dell'esperienza unica e irripetibile. Per sperimentare bisogna quantificare, cioè ridurre a quantità dimensioni qualitative, standardizzando il significato, in modo che diventi una categoria.

Perché sperimentare

Sono le difficoltà che si possono portare per scoraggiare chi fosse interessato a sperimentare nel sociale e per ricercare soluzioni affidabili. Lo scoraggiamento non sarebbe solo tecnico, per la carenza di supporti teorici e metodologici, ma anche valoriale, visto lo stigma del sentirsi giudicato con criteri semplificatori e riduzionisti.

Un risultato è intanto lo stallo che dura da tempo, limitando la ricerca nel sociale a funzioni di natura osservazionale, per descrivere i caratteri dei problemi e delle soluzioni, ma senza chiedersi se e come innovarli, se e come verificare la loro efficacia a servizio delle persone, accettando la

sospensione del proprio giudizio per chiedere all'esperienza, e all'incontro tra persone che cercano insieme, se e quali evidenze è in grado di metterci a disposizione.

Anche per questo la ricerca di dare risposte efficaci all'infanzia, basate su evidenze scientifiche, non può essere affidata solo a forme di riconoscimento tra pari, tra buone prassi autocertificate, con rinforzi di tipo amministrativo. In questo modo si attribuisce più fiducia all'osservazione che alle evidenze che si possono generare, se problemi, azioni e soluzioni sono messi in grado di metterci a disposizione conoscenze più affidabili.

Ma per fare così le scienze sociali devono diventare più capaci di affrontare i problemi e non solo di osservarli e descriverli. Si tratta ovviamente di questioni da porre al confronto teorico, epistemologico e anche etico.

La sfida di Risc

Risc, consapevole di questi problemi, ha fatto propria un'altra sfida: chi può sperimentare nel sociale? Una risposta consueta è: gli studiosi e i ricercatori. Ma la loro separazione da chi opera professionalmente a servizio delle persone è un problema. Nel caso di Risc, l'opzione è stata obbligata: gli sperimentatori sarebbero stati gli operatori a diretto contatto con le persone, integrando nella propria esperienza il servizio e la ricerca per rendere più efficace il proprio essere a servizio.

Ma per fare questo è stato necessario mettere a disposizione degli operatori strumenti, metodi e capacità adeguati, per far coesistere nell'attività professionale l'impegno di prendersi cura e cercando di farlo in modo più efficace possibile per ridurre il rischio di allontanamento. Il disegno sperimentale doveva quindi risultare compatibile con queste attenzioni, costruendo condizioni affidabili per poter sperimentare, senza sottoporre genitori e figli a rischi ingiustificati, in condizioni di trasparenza delle responsabilità. È stato così possibile ottenere evidenze prima sintetizzate e meglio documentate nel rapporto.

Riferimenti bibliografici

Aa.Vv. (2010), *Valutare l'efficacia degli interventi per l'infanzia e la famiglia: prospettive internazionali a confronto*, in «Studi Zancan», 5, pp. 23-138.

- Balboni E. e altri (2007), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Seconda edizione*, Giuffrè, Milano.
- Beecham J, Sinclair I. (2006), *Costs and Outcomes in Children's Social Care: Messages from Research*, Jessica Kingsley Publishing, Londra.
- Bezze M. e altri (2005), *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, in «Studi Zancan», 2, pp. 93-131.
- Canali C. e altri (a cura di) (2008), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Caritas Italiana, Fondazione Zancan (2007), *Rassegnarsi alla povertà. Rapporto 2007 su povertà e esclusione sociale*, il Mulino, Bologna.
- Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thornburn J., Vecchiato T. (2011), *An international classification system for child welfare programs*, in «Children and youth services review», 33, pp.1847-1854.
- Gioga G., Mazzini E.L.L., Pivetti M. (2007), *Progetti personalizzati per le famiglie multiproblematiche con minori*, in «Studi Zancan», 4, pp. 181-198.
- Innocenti E. (2007), *Livelli essenziali per la tutela e la promozione della famiglia e delle persone*, in «Studi Zancan», 4, pp. 37-49.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., Lightburn A., Aldgate J., Rose W. (a cura di) (2011), *Improving outcomes for children and families. Finding and using international evidence*, Jessica Kingsley Publishers, Londra.
- Torchia L. (2005), *Welfare e federalismo*, il Mulino, Bologna.
- Vivaldi E. (2008), *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino.
- Whittaker J.K. (2010), *Cosa abbiamo imparato dalle prassi basate su prove di efficacia: il valore della collaborazione transnazionale*, in «Studi Zancan», 5, pp. 43-53.

Il progetto Risc in Piemonte

Antonella Caprioglio, Beppe Taddeo

Nella regione Piemonte il fenomeno dei minori allontanati dalla famiglia risulta essere significativo, ancorché nel corso del tempo il sistema si sia fortemente qualificato a favore dell'accoglienza in famiglia dei minori stessi: al 31 dicembre 2009 risultavano complessivamente vivere «fuori famiglia» 2.714 minori¹.

Negli anni più recenti l'amministrazione regionale è intervenuta con un rinnovato impegno per promuovere un ulteriore sviluppo dell'affidamento familiare e comunque di azioni preventive rispetto all'inserimento in comunità. Come di recente affermato, «(...) occorre che le culture e pratiche dei servizi, centrate in questi anni ad *allontanare bene*, si concentrino con lo stesso impegno a evitare gli allontanamenti, rinforzando il nucleo di origine e soprattutto i legami familiari e quelli a corto raggio: parentali, amicali, vicini e territoriali» (Belotti V., 2009).

In questa prospettiva, la proposta del progetto Risc si è inserita per il Piemonte in un momento di confronto con gli operatori che, sia pure per affrontare temi più ampi e per certi versi differenti, porta a interrogarsi sul tempo degli interventi di sostegno e sul tempo delle soluzioni quali l'allontanamento e l'eventuale dichiarazione dello stato di adottabilità di un bambino.

¹ Di questi, 1.532 erano inseriti in affido familiare residenziale e 1.182 ospiti di comunità residenziali e case famiglia.

Rispetto al territorio della sperimentazione, la scelta è caduta sulla città di Torino, in quanto tradizionalmente «anticipatrice» di risposte complessive e strutturate rispetto a problemi che sul resto del territorio si manifestano in tutta la loro incisività in tempi e con dimensioni differenti.

Dal punto di vista metodologico, inoltre, la struttura organizzativa e l'area presa in considerazione hanno permesso di prevedere nella stessa realtà la creazione dei due gruppi di operatori coinvolti nella ricerca, con indubbie ricadute in termini di confrontabilità delle prassi di lavoro e quindi degli esiti della sperimentazione.

Il contesto della sperimentazione

Nello specifico del progetto Risc, per la città di Torino risultano rilevanti e in aumento le condizioni di rischio educativo e di difficoltà sociale dei minori, che rendono necessari interventi educativi/domiciliari di supporto e di sostegno intensi, mirati e soprattutto personalizzati, per evitare l'allontanamento degli stessi dal nucleo familiare. Tali interventi necessitano di un forte raccordo tra i servizi e un monitoraggio attento e continuo per verificarne l'appropriatezza e l'efficacia. La sperimentazione proposta ha colto questo momento/bisogno, permettendo di avviare buone prassi operative e di sviluppo a favore di minori e famiglie a rischio, attraverso la realizzazione del protocollo per la presa in carico della persona.

Data questa cornice, occorre sottolineare la difficoltà di fare valutazione nel sociale, in ragione del fatto che il «sociale» è un contesto complesso, dove si incontrano problemi molteplici soggetti a una pluralità di vincoli/risorse.

Venendo allo specifico del progetto Risc, quattro aspetti riferiti allo strumento proposto risultano importanti da indagare: l'area della pre-valutazione, la rete, la questione tempo e l'importanza degli strumenti scientifici.

La pre-valutazione, lo spartiacque per decidere

La famiglia di origine

La domanda che accompagna costantemente il pensiero e l'attività degli operatori dei servizi sociali può essere sintetizzata nella frase di uso comune «è recuperabile la famiglia d'origine?». La risposta sta nella capacità di «vedere» in termini positivi e rispettosi la situazione del rapporto figli/genitori e nel medesimo tempo di «preoccuparci» di fa-

Valutare
le competenze

re il possibile, attivando i diversi interventi di supporto a disposizione, per sostenere la famiglia nella sua interezza, come peraltro stabilito dalla legge.

È importante dunque ragionare, attivare e registrare gli interventi messi in atto per giungere a una valutazione corretta e serena sulle competenze e capacità di «fronteggiare» i problemi da parte del nucleo. La sperimentazione Risc ha consentito di elaborare criteri di valutazione del rischio, attraverso l'evidenziazione di indici di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale, formulati ed esplicitati da parte degli operatori coinvolti e visualizzati infine sugli appositi strumenti grafici.

Il contesto decisionale in cui è inserita la sperimentazione

Per comprendere meglio i processi di decisione che gli operatori mettono in campo quando si tratta di definire la necessità o meno di un allontanamento è stato utilizzato un approccio qualitativo. Sono state considerate le risposte date alla seguente domanda: «Quali sono i criteri che utilizza/utilizzerebbe per capire/valutare se si può evitare l'allontanamento di un minore dalla sua famiglia?». Attraverso un'intervista scritta sono stati raccolti i punti di vista di 16 assistenti sociali ed educatori impegnati nell'area minori del Comune di Torino. Le risposte sono state analizzate con la tecnica dell'analisi del contenuto².

Per quanto riguarda i criteri utilizzati, o da adottare, per evitare l'allontanamento, dalle risposte degli intervistati emergono quattro principali aree di contenuto:

² Sulla base delle informazioni date si è operato costruendo progressivamente un elenco dei macro nuclei tematici presenti, ciascuno declinato a sua volta in categorie e sotto-categorie più specifiche. Il criterio seguito nella prima fase di analisi è stato quello di classificare la quota maggiore di informazioni presenti in ogni singola risposta, per non perdere elementi significativi. Esaurita la fase di lettura e classificazione dei contenuti, sono stati successivamente realizzati alcuni accorpamenti categoriali per rendere più agevole il trattamento delle informazioni emerse. La classificazione dei contenuti e l'accorpamento categoriale sono stati poi oggetto di confronto e discussione da parte del gruppo di ricerca, al fine di ridurre possibili distorsioni, dovute a inferenze soggettive in fase di lettura e di analisi.

**Criteri
per evitare
l'allontanamento**

- la più numerosa, esplicitata dal 100% delle persone intervistate (N=16), è quella riguardante la valutazione dei fattori di rischio e del contesto familiare, ossia il grado di problematicità del nucleo, di disagio/sofferenza del minore, il suo legame affettivo con i genitori e la sua età (quest'ultimo elemento viene sottolineato da più di un terzo degli operatori intervistati);
- segue, con 14 riferimenti, l'analisi delle risorse del nucleo familiare e delle competenze genitoriali, intese soprattutto come consapevolezza del problema/bisogno da parte degli adulti del nucleo, capacità/disponibilità a collaborare attivamente a un progetto di aiuto al cambiamento, compliance ecc.;
- al terzo posto emerge l'analisi della rete del nucleo familiare, cui fanno riferimento 11 persone. Tale categoria comprende sia l'analisi della rete familiare/parentale sia quella più ampia extrafamiliare (amici, vicini, volontari, ecc.), al fine di comprendere se intorno al nucleo esiste una rete informale che possa costituire risorsa e diventare una «rete di aiuto»;
- anche la possibilità di attivare interventi/servizi di sostegno è ritenuta un elemento positivo per evitare l'allontanamento e viene esplicitamente evidenziata da sette operatori. In questo modo viene sottolineata la necessità di disporre di un'adeguata rete di servizi sul territorio.

Alcuni operatori fanno riferimento alla necessità di mettere in atto modalità gestionali in collaborazione con altri servizi e professionalità. I contenuti che rientrano in tale categoria, sebbene non sempre propriamente riferiti ai criteri per evitare l'allontanamento, si sono successivamente rivelati importanti al momento della valutazione multidimensionale del bisogno.

La dimensione della rete

Effettuata la pre-valutazione, è chiaro fin da subito che le attività richieste dal progetto Risc non possono essere frutto della competenza, esperienza e apporto di un singolo operatore, pertanto diventa indispensabile condividere significati e strumenti, avviando un processo di rete.

Alleanza
educativa

Tale lavoro rafforza la collaborazione e la fiducia reciproca, dando sostanza e spessore alla relazione tra operatori e con la famiglia stessa, che viene coinvolta in un sistema di aiuto che, a sua volta, attraverso i metodi del progetto Risc esce rafforzato e potenziato.

Inoltre Risc, proponendo la condivisione del metodo di lavoro e dello strumento, ha una ricaduta positiva sui linguaggi, sulla cultura del «lavorare insieme», sulla costruzione dell'«alleanza educativa» tra le diverse persone coinvolte (operatori sociali, sanitari, insegnanti, volontari delle associazioni).

La cura e il mantenimento della rete, compiti generalmente considerati impegnativi, vengono agevolati dall'essere chiamati a un preciso percorso temporale, con tappe di monitoraggio e verifica, che induce a ragionare insieme sull'andamento del progetto di sostegno attivato.

Il tempo come elemento rilevante

Servono precisi
riferimenti
temporali

Il tempo educativo non è un intervallo di passaggio, di sospensione delle dinamiche relazionali, strumentale a risolvere i bisogni emergenti e contingenti, ma è invece il tempo progettuale, definito come obiettivo di cambiamento, che prende forma a partire dai bisogni e diventa raggiungibile se correlato alle risorse disponibili.

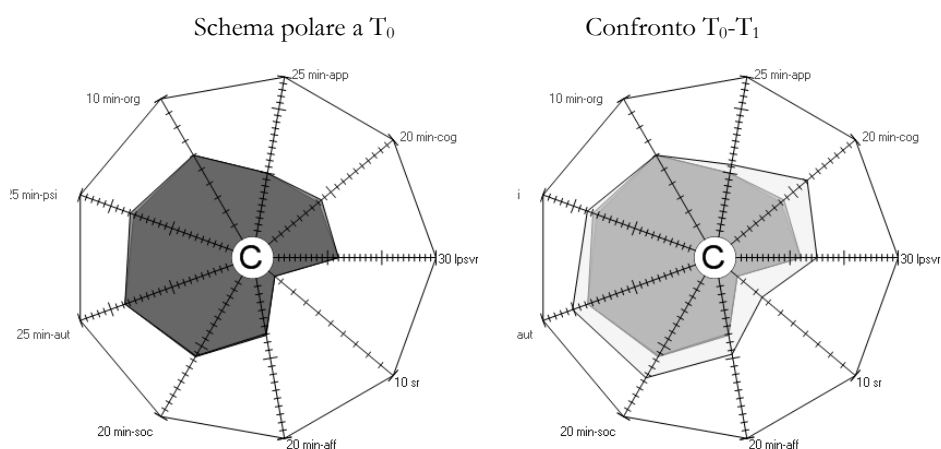
La combinazione progettuale va collocata nel tempo, proprio per renderla efficacemente dedicata al cambiamento possibile delle situazioni in carico al servizio. Occorre pensare a una permanenza programmata, poiché un intervento troppo prolungato rischia di indurre una «dipendenza» rispetto all'operatore e al servizio e può diventare addirittura nociva per il minore e per il suo nucleo familiare perché non evolutiva. Gli interventi, perciò, devono avere precisi riferimenti temporali, per promuovere il maggior grado possibile di autonomia, responsabilità ed emancipazione dal supporto dei servizi specialistici e professionali.

Per questa ragione si ritiene che la sperimentazione Risc, con la scansione temporale T_0 , T_1 , T_2 (sei mesi in tutto) obblighi a misurarsi in tempi contenuti, a darsi un ritmo operativo, a esercitare un monitoraggio serrato e dunque verificare l'efficienza e l'efficacia del progetto educativo

personalizzato, evidenziando nel medesimo tempo errori/successi dei soggetti coinvolti per la sua realizzazione.

Si evidenzia attraverso il grafico un esempio di confronto tra schemi polari (Fig. 1) relativi a un minore in situazione di rischio educativo preso in carico dal servizio sociale dopo 3 mesi di attività.

Fig. 1 – Esempio di confronto tra schemi polari



A tale proposito, si evidenzia che nelle «Indicazioni operative per i servizi sociali e sanitari in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono», di recente approvate dalla Regione Piemonte, si è posto fortemente l'accento sul fattore-tempo e, nel tentativo di proporre alcuni indicatori per la valutazione delle capacità genitoriali, sono stati individuati anche riferimenti a un arco temporale definito (8/12 mesi) per lo sviluppo degli stessi, oltre il quale occorre valutare se dare luogo a una segnalazione alle autorità giudiziarie ai fini dell'accertamento dello stato di abbandono del minore.

Il progetto Risc, attraverso gli strumenti di valutazione e monitoraggio proposti, consente di individuare, sviluppare e misurare indicatori utili (definiti dagli stessi operatori), per formulare una prognosi sull'evoluzione della situazione del minore e delle capacità genitoriali. Alcuni esempi di possibili fattori prognostici positivi possono essere così esemplificati:

Fattori
prognostici
positivi

- impegni rispettati come previsto nel progetto condiviso (numero di compiti portati a termine nei tempi previsti);
- richieste pertinenti e tempestive di aiuto ai servizi;
- utilizzo appropriato degli aiuti forniti;
- accettazione di interventi diagnostici e terapeutici (per coppia, singoli genitori, figli);
- accettazione delle prescrizioni disposte dalle autorità giudiziarie con conseguimento dei risultati nei tempi stabiliti³.

Un possibile strumento anche per il sociale

Aree professionali quali quelle afferenti ai servizi sanitari hanno sviluppato nel corso del tempo strumenti che sono diventati patrimonio condiviso dalla comunità degli operatori. Il progetto Risc, individuando per ciascun'area di interesse la proposta di strumentazione scientifica elaborata in diversi ambiti di lavoro, permette l'acquisizione di strumenti che rafforzano soprattutto l'area sociale, tradizionalmente più debole nell'affermazione del proprio ruolo e delle proprie competenze. La cultura del servizio sociale in questo modo ne esce rafforzata e valorizzata, dal punto di vista sia della capacità di dare visibilità al lavoro sociale sia della capacità di documentare in modo appropriato gli interventi di propria competenza.

Tale aspetto appare oltremodo significativo e coerente soprattutto alla luce dell'entrata in vigore della norme processuali, di cui alla legge n. 149/2001, rispetto alle quali appare fondamentale che i servizi possano dar conto della qualità e consistenza degli interventi attuati per il sostegno alle famiglie e il recupero delle capacità genitoriali.

Conclusioni

La possibilità concreta di indurre e sostenere dei cambiamenti positivi nella vita dei minori e delle famiglie a ri-

³ Elementi tratti dalla «Griglia di analisi delle informazioni» (Fattori di rischio, fattori protettivi, segnali di malessere/maltrattamento, segnali di benessere), allegata alle «Indicazioni operative in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono», approvate dalla Regione Piemonte con Dgr n. 30-13077 del 19/1/2010. La griglia è stata curata dalle assistenti sociali Consuelo Fiamberti, Daniela Ioris, Maria Luisa Occhetti, Barbara Re.

schio si può considerare un punto di partenza ben presente nella mente degli operatori, nell'affrontare dunque il percorso del progetto Risc. Gli strumenti e gli indicatori proposti hanno contribuito a rendere più visibili ed espliciti questi cambiamenti o questi mancati cambiamenti, con un'attenzione specifica al fattore tempo.

La fase successiva e finale dovrebbe permettere di rileggere tutto quello che Risc ci può mettere a disposizione. Infatti, alla luce della complessità delle situazioni, ci consente di vedere le trasformazioni in atto di minori e famiglie, le risposte e i vincoli che caratterizzano la nostra organizzazione, l'appropriatezza degli interventi e le risorse a disposizione. Certamente oggi la famiglia vive una situazione di difficoltà e sempre di più bisogna individuare «culture» e modalità di lavoro che ne sviluppino le potenzialità anche residuali, le capacità di resilienza nel fronteggiare i problemi e i legami positivi presenti.

Risc, in fondo, per gli obiettivi di contrasto all'allontanamento che si prefigge, propone e ci coinvolge in un approccio integrato di sostegno e supporto alla famiglia, partendo da come essa è e rispettandola per quello che può mettere a disposizione e per quanto può rispondere. Occorre perciò riscoprire e favorire un'etica relazionale comune, perché solo valorizzandone le risorse e rafforzandone l'autostima, attraverso la costruzione di contesti di vero e proprio aiuto (e non di giudizio e controllo), si può tentare di rispondere, in modo appropriato, ai nuovi e forti bisogni che emergono dai minori, dalle famiglie e dal territorio.

Riferimenti bibliografici

Belotti V. (2009), *Introduzione*, in Belotti V. (a cura di), *Accogliere bambini. Biografie, storie e famiglie*, Quaderno n. 48, Centro nazionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza, Firenze.

Dalla sperimentazione al protocollo per la presa in carico: punti di forza, potenzialità e criticità

A n d r e a B a r a n i

Il presente contributo vuole offrire alcune riflessioni sulla prospettiva di un utilizzo «sistematico» del protocollo per la presa in carico delle situazioni di minori a rischio di allontanamento dal nucleo familiare messo a punto dalla Fondazione «E. Zancan» onlus all'interno dello studio Risc (Canali C., Vecchiato T., 2010), commissionato dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Chi scrive ha preso parte, nell'anno 2010, alla sperimentazione attuata in sei regioni italiane (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Veneto) e sta attualmente proseguendo, anche per il 2011, nell'utilizzo del protocollo Risc per la gestione di alcuni progetti di aiuto a favore di bambini e ragazzi in particolare situazione di difficoltà, al fine di meglio prevenire il possibile allontanamento dei minori dalla propria famiglia, individuando e articolando, al contempo, processi di intervento che possano risultare di una certa efficacia per il miglioramento delle condizioni globali dei bambini e dei loro genitori.

La riflessione viene proposta alla luce dell'esperienza compiuta e dei vari momenti di studio, approfondimento e confronto che l'hanno accompagnata.

La persona al centro

Tra i punti di forza del protocollo Risc rientra sicuramente il metodo di lavoro per progetti personalizzati: il protocollo valuta i cambiamenti che intervengono nelle famiglie incluse nella sperimentazione nell'arco di circa 6-9 mesi in seguito al progetto definito.

Progetti personalizzati

La questione della centralità della persona, considerata all'interno del complesso e articolato mondo dei servizi sociali e sanitari, risulta quanto mai attuale anche se - essa stessa - a «rischio» di essere elusa dalle pressanti esigenze di risparmio della spesa sociale e sanitaria, se non addirittura frammentata a causa della ricorrente prassi della specializzazione delle professioni di aiuto e della fatica che esse fanno a integrarsi. Riportare al centro la persona, i suoi sistemi di vita e di relazione entro la quale essa si forma e si sviluppa, tentare di ricomporre un quadro organico dei suoi bisogni e delle sue risorse, definire, insieme a essa e ai vari soggetti coinvolti, gli obiettivi e gli interventi per un miglioramento della qualità della vita, appaiono tutte coordinate coerenti con quello che è il mandato istituzionale dei servizi sociali e sanitari.

Lo strumento utilizzato nello studio Risc per la gestione dei progetti personalizzati, sia nella sua impostazione metodologica sia poi anche nella sua funzionalità tramite il software S-P (Canali C., Vecchiato T., 2008), è apparso - nel senso di cui si diceva sopra - completo, dettagliato, capace di fare sintesi tra la situazione problematica, la rete personale e dei servizi, la valutazione del problema, la definizione degli obiettivi, le azioni di sostegno e la misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle stesse. La struttura del software nello specifico riproduce le fasi del lavoro per progetti personalizzati secondo i seguenti ambiti:

- la raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia;
- l'analisi della situazione della persona e della sua famiglia, approfondendo gli aspetti sanitari, sociali e personali;

- la definizione del problema sul quale intervenire;
- la predisposizione del progetto personalizzato e del piano operativo;
- la verifica e la valutazione di efficacia del piano operativo.

Il software permette altresì, tramite lo schema polare, di riprodurre graficamente il processo di intervento nel suo sviluppo temporale, fornendo una modalità di lettura immediata e generale, ma anche analitica e comparativa della situazione e sulla sua evoluzione.

Ogni bambino ha diritto alla propria famiglia

Nondimeno lo studio Risc offre l'opportunità di applicare lo stesso protocollo per la presa in carico al genitore carenziante/maltrattante, affinché, con lo stessa logica d'intervento personalizzato, sia possibile agire in maniera preventiva e riparativa riguardo ai fattori interni alla famiglia che determinano i rischi nello sviluppo del bambino.

Il minore
e la propria
individualità

La famiglia, prevalentemente intesa come «luogo degli affetti», vede oggi attribuire al bambino un maggiore spazio psicologico rispetto al passato: egli non è solo oggetto di cure materiali e di «protezione», ma è soggetto, persona, con un'individualità specifica e quindi anche con esigenze e attitudini personali che devono essere recepite e assecondate dalla normativa. Anche l'immagine della funzione educativa dei genitori è cambiata. Non ci si aspetta più tanto che essi siano soprattutto trasmettitori di norme e di valori, quanto piuttosto che essi siano in grado di soddisfare le esigenze affettive e di crescita dei bambini e degli adolescenti e i loro diritti a vedere riconosciuta la loro individualità specifica già nella fase evolutiva.

La concezione di un bambino che fin dalla nascita è in grado di sollecitare e gestire relazioni interpersonali rimanda a una sua partecipazione attiva ai rapporti che stabilirà con i suoi interlocutori e quindi alle stesse modalità del suo allevamento. Si parla così di adulti che allevano piuttosto che di genitori, assumendo che questi ultimi sono tali, ma non automaticamente e che altri possono assumerne le funzioni se corrispondono ai bisogni cognitivi oltre che affettivi del bambino (Dell'Antonio A., 1999, pp. 7-9).

La domanda ricorrente per chi si occupa di tutela minorile ai vari livelli è spesso la seguente: cosa fare quando un bambino sta male nella sua casa, proprio per le inadeguatezze di uno o entrambi i suoi genitori? I numerosi studi in materia, nonché prassi operative che si stanno consolidando da tempo nei vari servizi, riconoscono come indispensabili, accanto agli inevitabili interventi di tutela a protezione del bambino, i necessari interventi di valutazione e recupero delle capacità genitoriali. Diversamente verrebbe tradito il mandato istituzionale per cui ogni bambino ha il diritto di crescere ed essere educato nella propria famiglia (diritto ribadito dall'art. 1 della legge 4 maggio 1983, n. 184, come modificata dalla legge 28 marzo 2001, n. 149). Tutelare un bambino richiede di non cadere nella mera colpevolizzazione dei genitori ma, anzi, richiama i vari operatori coinvolti a sollecitare in mamma e papà percorsi di responsabilizzazione, consapevoli che per il minore non esiste luogo migliore per crescere che quello di casa sua e della sua famiglia, non appena siano garantiti o ripristinati standard di vita accettabili.

Tutela
della famiglia
intera

Per una famiglia che «funziona male» e danneggia i propri figli, gli interventi a tutela del minore si risolvono quindi in una tutela della stessa famiglia. Le permettono infatti, tutte le volte che innescano un cambiamento positivo, di tornare a essere ciò per cui una famiglia ha ragione di esistere: un luogo di affetto, benessere e crescita per tutti i propri membri (Ghezzi D., Vadilonga F., 1996, pp. 21-24). Rispetto quindi alla funzione di controllo dei servizi sociali, la tutela del minore non è giustificata solo da criteri morali né è conseguenza della verifica di una «colpa» dei genitori, ma ha valore in sé e deve essere compiuta in base alla valutazione, il più possibile oggettiva, della situazione relazionale in cui il minore vive e delle caratteristiche familiari, più o meno «rischiose» a livello dell'attuazione dei diritti dei minori, così come sono richiamati nella legislazione nazionale e internazionale, in particolare per quanto riguarda la possibilità che il minore sviluppi tutte le sue potenzialità in modo autonomo e creativo (Barbero Avanzini B., 2003, pp. 20-21).

Il coraggio di scommettere su ciò che c'è, anche se non si vede

Di particolare interesse per chi scrive è apparsa all'interno del protocollo Risc, la sezione dedicata alla valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita del bambino. Lo studio propone l'utilizzo di una sorta di mappa dei soggetti e delle risorse che rappresenta la distribuzione e la natura delle responsabilità presenti nello spazio di vita del bambino (Vecchiato T. e altri, 2009). Gli operatori dei servizi sociali - specialmente coloro che sposano approcci operativi legati al lavoro sistemico-relazionale, di rete, di comunità ecc. - sono soliti mappare la rete dei soggetti che possono sostenere percorsi di cambiamento all'interno di un progetto di aiuto. Il valore aggiunto che il protocollo Risc presenta è la capacità di «pesare» soggetti e risorse, non solo quelli attualmente presenti, ma anche quelli potenziali, i quali - se attivabili - possono contribuire a far raggiungere una certa efficacia all'intervento.

Non fermarsi
alle lamentele

La sperimentazione ha ampiamente dimostrato, confortando quanto il «senso comune» faceva già presumere, che i bambini dello studio manifestano elementi maggiori di sofferenza e di rischio proprio nell'area socio-ambientale e relazionale, con sistemi di responsabilità carenti o quasi inesistenti (Canali C., Vecchiato T., 2010). Niente di nuovo, si dirà: è ovvio che se un bambino è a rischio e sta male, questo sia dovuto soprattutto alle carenze della sua rete relazionale. Ma il passaggio da tale acquisizione (e da tale, spesso rassegnata, constatazione) alla volontà di modificare la situazione non è scontato. Troppo spesso gli operatori, e anche gli amministratori, si soffermano sulle lamentele in ordine alla scarsità di risorse, alla carenza di reti solidali, a un sistema costretto a fronteggiare quasi solo urgenze quotidiane. Troppo poco si ha il coraggio di partire da ciò che c'è (e anche da ciò che c'è ma non si vede) per avviare dei percorsi di cambiamento. Così è stato anche per chi ha svolto la sperimentazione del protocollo Risc: siamo più inclini a vedere i problemi (e a vederne tanti) che non le potenzialità. Il protocollo offre un buon supporto in tal senso, costringendo a valutare anche le potenzialità latenti

che possono essere opportunamente sollecitate a entrare sulla scena del progetto di aiuto, sia in termini di soggetti che vogliono farsi carico del problemi in termini di condivisione, partecipazione, valutazione degli stessi, sia in termini di risorse (soggetti che pur non assumendo un ruolo decisionale, agiscono in quel contesto - o possono farlo - contribuendo praticamente al raggiungimento degli obiettivi).

Una scelta di campo corretta dal punto di vista normativo e deontologico

Durante la sperimentazione e nella fase di verifica chi scrive ha apprezzato - in linea con quanto già espresso nel paragrafo sulla metodologia dell'intervento personalizzato - il valore culturale del protocollo Risc avvalorante quanto già contenuto nella normativa e nella deontologia afferente alle professioni di aiuto (mi riferisco in particolare al Codice deontologico degli assistenti sociali).

Riferimenti
legislativi
e deontologici

Per fare solo alcuni accenni, si pensi in particolare alla legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, in cui al comma 1 dell'art. 16 si afferma - tra l'altro - come «il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale». Concetto ribadito, per rimanere in Toscana (dove chi scrive lavora), dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale», che al comma 1 dell'art. 15 afferma che «(...) il sistema integrato, attraverso le politiche, gli interventi e i servizi di cui all'articolo 52: a) valorizza e sostiene il ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; (...)». E ancora al comma 1 dell'art. 53 recita: «Le politiche per i minori consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a garantire al minore la protezione e le cure necessarie per il suo benessere, e a promuoverne il pieno e armonico

sviluppo psicofisico, l'educazione e la crescita in un idoneo ambiente familiare e sociale».

Parimenti, si faccia riferimento ai commi sesto e settimo del titolo II del Codice deontologico degli assistenti sociali: «6. La professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nel processo di cambiamento, nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire e affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione. 7. L'assistente sociale riconosce la centralità della persona in ogni intervento. Considera e accoglie ogni persona portatrice di una domanda, di un bisogno, di un problema come unica e distinta da altre in analoghe situazioni e la colloca entro il suo contesto di vita, di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico».

Strumento
in linea con
la normativa

In sostanza, pare che lo studio Risc e il relativo protocollo per la presa in carico possano risultare un concreto strumento, in linea con i dettati della normativa, per tentare di raggiungere risultati maggiormente efficaci nel campo della tutela minorile e del sostegno alle famiglie, valorizzandone i singoli componenti e le loro relazioni.

Il protocollo Risc: alcuni valori aggiunti rispetto al lavoro ordinario dei servizi

Senza entrare nel merito di ogni singolo aspetto del protocollo, si evidenziano di seguito alcune parti di esso che sono risultate, secondo chi scrive, funzionali agli obiettivi del progetto e di utile diffusione per la pratica operativa.

Analisi di valutazione del rischio

Seppur elemento preliminare all'attuazione del protocollo, essa ha permesso di definire con modalità accurata e con una visione globale quando un bambino può definirsi a rischio di allontanamento. Peraltro dalla sperimentazione è emersa, come elemento significativo, la correlazione positiva tra difficoltà dei genitori e difficoltà dei bambini, fattore

questo che stimola a indirizzare gli sforzi operativi verso una presa in carico globale della famiglia problematica e non solo del singolo componente disfunzionale.

Utilizzo di test e scale di valutazione per bambini e adulti

La volontà di affidarsi a dei test e a delle scale per la valutazione della condizione del bambino nei vari ambiti del suo sviluppo (cognitivo-comportamentale, funzionale-organico, socio-ambientale e relazionale) appare una scelta che dà maggior oggettività nella valutazione, una misurabilità, una confrontabilità a livello di lavoro integrato tra diversi professionisti.

Analisi dei soggetti e delle risorse

Di ciò si è già ampiamente riflettuto in precedenza. Si ribadisce che per gli operatori tale sezione del protocollo risulta di primaria importanza, perché assume il ruolo di «cuore pulsante» del progetto di aiuto, che può aumentare o rallentare la sua funzionalità in base alla capacità di valorizzare professionalità, integrazione tra le stesse, «buone» relazioni familiari e della rete sociale, nonché di investire e scommettere su quei soggetti e su quelle risorse che, seppur potenziali, risultano inesprese.

Lo schema polare

Una riproduzione grafica che dà immediatamente il senso della globalità dell'intervento e, al contempo, permette valutazioni in ordine agli elementi maggiormente compromessi, ovvero maggiormente capaci per affrontare il problema. Lo stesso schema polare ha il vantaggio di essere poi una risultante sintetica di diversificati apporti professionali (assistente sociale, psicologo, educatore ecc.).

**Lavoro
di sintesi**

Tale lavoro di sintesi spesso non è prassi comune. Si pensi - solo per fare un esempio - al fatto che ciascun professionista produce personali valutazioni che trovano raramente momenti di elaborazione congiunta di fronte ai procedimenti di tutela avviati dalla magistratura minorile. Infine, lo schema polare permette, per il tempo di utilizzo del protocollo, di valutare il miglioramento o il peggioramento

nei vari settori di sviluppo della persona in maniera analitica e comparativa.

Misurazione dell'efficacia degli interventi socioassistenziali e di tutela

Tale possibilità è del tutto innovativa rispetto alla prassi ordinaria del lavoro dei servizi (o, comunque, poco sviluppata). Siamo soliti fermarci a dati di *output*, quantitativi, relativi al numero dei minori in carico, al numero delle prestazioni ecc. (e anche le rilevazioni statistiche regionali o provinciali si soffermano su tali tipi di informazioni). Il chiederci invece se l'intervento ha raggiunto l'obiettivo atteso (non quindi quanto abbiamo fatto, ma che ricaduta ha avuto ciò che è stato fatto) permette una verifica corretta del processo di intervento e anche un'opportuna rimodulazione delle strategie di azione. Gli operatori troppo frequentemente si accontentano invece di avviare dei processi di intervento non distinguendoli dagli esiti finali (per cui vale il fatto che l'importante è fare qualcosa, spinti anche dall'emergenza, non importa poi se questo funziona o meno).

Possibilità di valutare il rapporto tra costo e efficacia dell'intervento

Un'ulteriore potenzialità del protocollo permette di rapportare il costo reale delle prestazioni, le cui varie tipologie sono previste nell'albero dei Lea (livelli essenziali di assistenza), con il livello di efficacia raggiunto dal progetto. Tale indicatore, oltre che utile per lo sviluppo del progetto di intervento, appare rilevante per gli aspetti amministrativi e di gestione delle risorse dedicate.

Condivisione di informazioni e collaborazione tra professionisti diversi

È un tema cruciale nel campo della tutela minorile, ma non solo. Il fatto di poter utilizzare uno stesso protocollo e uno stesso software potrebbe permettere a professionisti diversi di superare l'ordinaria fatica di trovare quello spazio fisico, ma anche operativo, per far convogliare le proprie valutazioni e definire congiuntamente un piano di intervento.

Alcune criticità che possono esitare in potenzialità

Alla luce della sperimentazione e sulla scorta delle riflessioni conseguenti, si delineano alcune criticità che il protocollo Risc porta con sé, elementi su cui merita porre altrettanta attenzione, al fine di non dissipare le non infinite risorse dei servizi.

Il protocollo Risc obbliga gli operatori a ragionare insieme. Se tale prospettiva, come si accennava sopra, è auspicabile, la realtà dei servizi non sempre facilita tale prassi operativa. La mancanza dello psicologo (o comunque delle professioni sanitarie) depotenzia notevolmente l'efficacia del protocollo, proprio per la tipologia di utenza cui è rivolto e specialmente se applicato al genitore disfunzionale. Tale tematica, al di là del protocollo Risc, è quanto mai attuale nei servizi di tutela minorile: non è sufficiente mettere in protezione un bambino, occorre lavorare, per quanto possibile, sul genitore maltrattante favorendo un possibile recupero delle sue funzioni accuditive e relazionali. Sappiamo quanto su questo versante risultino indispensabili (oltre alle valutazioni proprie del «sociale») gli apporti di servizi quali la psicologia, la psichiatria, i servizi per le dipendenze.

Tempo
e intensità
del lavoro

Il protocollo Risc richiede del tempo per il suo utilizzo. Come dimostrato dalla sperimentazione, un'accurata applicazione del protocollo ha favorito il miglioramento significativo di alcune situazioni. Ciò ha richiesto ovviamente una certa «intensità» di lavoro e progettazione per gli operatori coinvolti, sia nella fase della formazione e conoscenza dello strumento sia nella fase successiva dell'applicazione. Sapranno i servizi che intendono adottarlo e svilupparlo non relegarlo nell'ennesimo angolino delle buone prassi, presi come sono dalle urgenze quotidiane e dai non leggeri carichi di lavoro?

Il protocollo Risc richiede che l'operatore adotti nel lavoro quotidiano uno strumento informatico. Può sembrare una criticità irrilevante, ma in alcuni contesti ha rallentato i tempi della sperimentazione, sia per la strumentazione a disposizione sia per la ritrosia propria degli operatori dei servizi sociali a digitalizzare la cartella sociale.

Il protocollo necessita di una documentazione strutturata e regolare. Così come le cartelle sociali cartacee mal te-

nute (prive di dati, di diario, di ordine ecc.) poco sostengono nella definizione dei progetti di intervento, parimenti il protocollo Risc risulta poco efficace se non viene costantemente «alimentato» e aggiornato.

Riferimenti bibliografici

- Barbero Avanzini B. (2003), *Giustizia minorile e servizi sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Risc. Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo. Rapporto finale*, disponibile su www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche.
- Dell'Antonio A. (1999), *Genitori e «capacità genitoriale» alle soglie del 2000*, Edizioni Seam, Roma.
- Ghezzi D., Vadilonga F. (1996), *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ordine degli assistenti sociali, consiglio nazionale (2009), *Codice deontologico degli assistenti sociali*, testo approvato nella seduta del 17 luglio 2009, in vigore dal 1° settembre 2009.
- Vecchiato T. e altri (2009), *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6, pp. 95-109.

Risc: un'opportunità per i servizi?

G a i a D i B a r t o l o m e o ,
F r a n c e s c o L u c c h i

Il presente contributo descrive l'esperienza di un gruppo di assistenti sociali dell'Area famiglia e infanzia di Cesena svolta nell'ambito del progetto sperimentale di ricerca Risc, che ha coinvolto sei regioni italiane, nel periodo 2010-2011.

Nella prima parte verrà introdotto il recente ritiro delle deleghe all'Ausl della tutela minori per spiegare che l'interesse verso lo strumento operativo oggetto del progetto di ricerca non è puramente teorico, ma si lega a esigenze operative contestualizzate in una precisa cornice organizzativa e a un'idea precisa di quale tipo di tutela dell'infanzia si vuole offrire. Nella seconda parte vengono riportate le riflessioni e suggestioni del gruppo di lavoro a seguito dell'utilizzo pratico dello strumento.

Dal macro al micro: il ritiro delle deleghe e le ricadute sul lavoro quotidiano degli operatori

La scelta del ritiro delle deleghe e la creazione dell'area unica «Famiglie e infanzia» ha significati e motivazioni che vanno oltre la sola razionalità organizzativa. Sottende l'intenzione di non distinguere in due luoghi separati i compiti

Tutela minori,
due direzioni

di prevenzione e sostegno da una parte e di tutela dall'altra. Infatti, se si considerano i modelli organizzativi adottati dagli enti locali, nel momento in cui hanno deciso di riprendere la gestione diretta del servizio tutela minori, si possono individuare due direzioni prevalenti, così come le ha efficacemente esposte Teresa Bertotti (2010).

Da una parte ci sono (a) servizi per la tutela «in senso stretto» che adottano «un modello organizzativo che ricalca ruoli e funzioni dei servizi gestiti dalle Ausl» (ibidem). Sono caratterizzati da un accesso obbligato dell'utenza su mandato dell'autorità giudiziaria, quindi incontrano la famiglia per la prima volta quando è già stata valutata da un soggetto terzo la presenza di un rischio evolutivo in capo al minore. La presa in carico in questi servizi attiene solitamente a un'équipe multidisciplinare che svolge la valutazione in termini di accertamento del danno, di controllo e attiva percorsi personalizzati di tutela. Queste caratteristiche comportano a priori una distribuzione del potere marcatamente asimmetrica nella relazione tra chi valuta e chi è valutato. Il punto di forza di questi servizi è la possibilità di gestire situazioni particolarmente complesse in cui è presente nelle famiglie una forte componente di violenza e distruttività. I punti critici sono i rischi di autoreferenzialità e iperspecializzazione.

Dall'altra parte ci sono (b) i servizi per la tutela «in senso ampio» che invece assumono «sia le funzioni di tutela di minori sia di supporto alla famiglia prevedendo un loro impegno verso la generalità della popolazione, senza distinguere tra situazioni con decreto del tribunale da situazioni senza decreto e prevedono un loro intervento sia in un contesto giudiziario che volontario» (ibidem). L'accesso al servizio da parte dell'utenza avviene quindi in modo spontaneo, semi-spontaneo o obbligato, conseguentemente gli interventi proposti non sono solo di risposta al mandato giudiziario, ma anche di tipo socioassistenziale, socioeducativo, di consulenza sociale o di sostegno economico.

Questa caratteristica dei servizi di tipo (b) rappresenta sia il loro punto di forza che il loro aspetto critico. Punto di forza perché l'«ampia definizione dell'oggetto lavoro» consente di intercettare situazioni critiche «nuove» (nuove povertà, problematiche dell'immigrazione, difficoltà di inse-

rimento sociale ecc.) e i segnali di disagio presenti nelle relazioni familiari, prima che sfocino in patologia o danno. In quest'ottica il servizio sociale può svolgere un lavoro di prevenzione, ponendosi come mediatore tra i diversi bisogni, mantenendo un ruolo di vigilanza e tutela dei diritti dei bambini e mettendo in campo i supporti più adatti per evitare la polarizzazione tipica dei contesti giudiziari. I vantaggi si evidenziano anche nella distribuzione del potere nella relazione tra famiglia e servizio, che è sempre caratterizzata da asimmetria, ma modulabile nel tentativo di coinvolgere l'utenza al progetto d'aiuto (ibidem).

Vantaggi
e criticità

Gli aspetti critici dell'ampio mandato di intervento che caratterizza il modello (b) sono: il rischio che i servizi siano sommersi dalla vastità delle problematiche intercettate e che quindi venga appiattito il ruolo dell'assistente sociale a semplice attivatore/smistatore di interventi. Infine, quello di non avere sufficienti competenze per la gestione di situazioni più complesse e la conseguente frammentazione degli interventi, che si disperdono tra i professionisti coinvolti. Infatti, anche i servizi per la tutela «in senso ampio» adottano un lavoro d'équipe (costituita dall'assistente sociale del comune, dallo psicologo e/o educatore), però i vari professionisti sono solitamente inquadrati in enti diversi, con conseguenti complicazioni sull'integrazione operativa.

Il Comune di Cesena, nella sua riorganizzazione dei servizi sociali, provenendo da un modello simile al tipo (a), quando erano vigenti le deleghe all'Ausl, si è indirizzato verso la tipologia operativa di tipo (b), in un'ottica di prevenzione e intercettazione di bisogni, oltre che di trattamento delle difficoltà.

Entrambe le scelte a disposizione erano lecite e potenzialmente funzionali, ma è chiaro che non è stato sufficiente ridisegnare un organigramma per ottenere dei cambiamenti a livello di cultura organizzativa e professionale. Il modello (b), come si evince dalla descrizione fatta sopra, richiede all'operatore sociale la capacità di padroneggiare diversi stili di relazione per entrare in contatto con realtà eterogenee e offrire delle risposte il più possibile «partecipate», ma non può più contare sul rapporto diretto tra i vari professionisti dell'équipe multidisciplinare, punto forte del modello (a).

In sostanza questo cambiamento organizzativo per poter funzionare effettivamente deve essere accompagnato da un ripensamento dei supporti di cui deve disporre l'operatore sociale (quali, per esempio, la supervisione o la possibilità di potersi avvalere di un'équipe di secondo livello per quelle situazioni complesse che solitamente l'operatore fatica a gestire in autonomia) e sugli strumenti professionali che utilizza quotidianamente. Tra gli strumenti e i compiti principali dell'assistente sociale ricopre un ruolo centrale la valutazione, che nelle normative e nella letteratura di servizio sociale assume molteplici valenze.

Quale valutazione serve all'assistente sociale?

A livello normativo si possono trovare innumerevoli richiami alla valutazione: a partire dalla riforma dei servizi sociali del 2000¹ passando per il decreto attuativo del 2001² relativo all'integrazione sociosanitaria, fino ad arrivare alla Regione Emilia Romagna con la legge regionale 12 marzo 2003 n. 2³ e la legge regionale 28 luglio 2008 n. 14⁴ «Norme

¹ Legge 8 novembre 2000 n. 328, art. 1 comma 3: La «programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» si fonda sui principi di «efficacia, efficienza ed economicità». E art. 3 comma 1: «Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria e integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere».

² Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie» in Gazzetta ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, art. 4 comma. 3: «Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La regione emana indirizzi e protocolli volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi e omogenei a livello territoriale».

³ Art. 7 comma 4: «Al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai programmi assistenziali individualizzati è indicato il responsabile del caso». E comma 5: «La giunta regionale definisce con proprio atto l'organizzazione degli sportelli sociali, gli strumenti tecnici di valutazione e controllo dei programmi assistenziali e le modalità di individuazione del responsabile del caso». E in particolare l'art. 52: «Valutazione dei servizi nell'ambito dei Piani di zona»: «I

Diversi tipi
di valutazione

in materia di politiche per le giovani generazioni», solo per citare alcune delle norme più significative.

In letteratura, di pari passo con la produzione normativa, si riscontra un crescente sforzo di elaborazione teorica sul tema della valutazione. Valutazione delle politiche, dei servizi o dei singoli interventi, valutazione *ex ante* o *ex post*, con l'utilizzo di indicatori indiretti o partecipata. Tra le varie classificazioni è significativa quella che individua due tipologie: valutazione come apprendimento (*learning*) e valutazione come rendicontazione (*accountability*)⁵. Rientrano nella seconda tipologia le valutazioni di ordine amministrativo finalizzate a dare trasparenza all'azione pubblica e a legittimare la spesa. In una fase di crisi economica, in cui cresce l'attenzione dei decisori politici e dell'opinione pubblica verso l'uso delle risorse, questo tipo di valutazioni sta assumendo sempre più importanza. Un altro motivo di interesse della politica per la rendicontazione degli interventi socioassistenziali e sociosanitari è legata alla prospettiva federalista. Infatti, è prevedibile in futuro una serrata negoziazione tra lo stato centrale e le autonomie locali (soprattutto quelle più povere) per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e delle modalità di verifica del loro effettivo riconoscimento ai cittadini.

La valutazione come apprendimento, invece, è finalizzata alla conoscenza e diventa preponderante nella ricerca scientifica, ma anche nell'implementazione dei progetti operativi predisposti dagli operatori. La metodologia del lavoro per progetti prevede infatti il ricorso sistematico alla valutazione sia nel momento della definizione dell'area o-

comuni valutano, nell'ambito dei Piani di zona, l'efficacia e l'efficienza dei servizi, degli interventi e dei risultati conseguiti. Tale valutazione si realizza con il coinvolgimento degli utenti e dei soggetti che partecipano ai Piani di zona».

⁴ Art. 4 comma 1: «I comuni, in forma singola o associata, in quanto espressione della comunità come insieme di soggetti individuali e collettivi che la compongono, all'interno della programmazione del piano distrettuale per la salute e il benessere sociale di cui all'articolo 29 della legge regionale 12 maggio 2003, n. 2 («Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»), svolgono le funzioni di lettura dei bisogni, di pianificazione, programmazione ed erogazione diretta o indiretta dei servizi e degli interventi, nonché di valutazione qualitativa e quantitativa dei risultati».

⁵ Voce «valutazione» in Dal Pra Ponticelli (2005).

Carenza
di strumenti
operativi

biettivo, sia *in itinere* per aggiornare le ipotesi iniziali in base all'implementazione dell'intervento, sia in conclusione per comprendere se sono avvenuti i cambiamenti auspicati o se è necessaria una nuova definizione del problema.

La ricerca teorica però, se da una parte ha individuato le caratteristiche e i principi che sottendono l'esercizio della valutazione, d'altro canto non è ancora approdata alla definizione di strumenti operativi utili per gli operatori sociali soprattutto nel campo degli interventi a favore delle famiglie con minori.

La necessità di strumenti efficaci nel lavoro quotidiano è alla base dell'interessamento delle assistenti sociali dell'Area famiglia e infanzia della Gestione associata del Distretto Cesena - Valle Savio per il progetto Risc. È un'esigenza cui non si può derogare se si considerano le tendenze del pensiero scientifico e delle politiche di intervento a favore dell'infanzia degli ultimi trent'anni circa. Secondo queste tendenze, avallate da importanti studi internazionali (Thoburn J., 2003) e dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia di New York⁶, occorre fare tutti gli sforzi possibili per evitare l'allontanamento dei minori dalla famiglia di origine.

La più recente riflessione in Europa e nel nostro paese è consapevole della necessità di ricercare nuove soluzioni per garantire una più efficace tutela dei bambini e ragazzi che vivono situazioni di rischio. È infatti necessario chiedersi se quanto viene realizzato è appropriato, se è collegato ai bisogni, se non produce dipendenza assistenziale, se non allontana la possibilità di interventi più efficaci (Protocollo presa in carico, Fondazione Zancan, novembre 2009).

Risc come strumento operativo di lavoro

In un'ottica di prevenzione e intercettazione delle situazioni familiari dei minori a rischio, in particolar modo soffermandoci su quelle appena descritte, il servizio sociale di Cesena ha accolto la proposta della Fondazione Zancan per la prima sperimentazione nazionale Risc, allo scopo di applicare uno strumento di prevenzione attraverso il diretto

⁶ Approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge del 27 maggio 1991, n. 176.

**Gruppo
di controllo
e sperimentale**

coinvolgimento dell'utente e spostando l'attenzione degli operatori dagli strumenti di rilevazione del danno già presenti e utilizzati nei vari contesti lavorativi.

Cesena è stata scelta quale rappresentante per la regione Emilia Romagna del «gruppo di controllo», ovvero limitandosi a utilizzare lo strumento nella prima parte, quella in cui viene effettuata la valutazione multifattoriale. Completato il caricamento dei dati relativi alla valutazione, gli operatori hanno proseguito nell'intervento mantenendo la metodologia consueta. A distanza di tre mesi circa hanno ripetuto la valutazione per verificare gli esiti degli interventi attuati. In totale sono state effettuate tre valutazioni (T₀, T₁ e T₂). All'Asp di Langhirano, invece, è stato assegnato il compito di «gruppo sperimentale», una volta effettuata la valutazione multifattoriale agli operatori di questo servizio è stato chiesto di attenersi alla metodologia del programma di ricerca anche nelle fasi di progettazione e attuazione degli interventi.

Risc ha l'obiettivo di valutare lo spazio di vita delle persone anche nelle dimensioni relazionali e socioambientali, con strumenti di valutazione appropriati, definendo mappe descrittive della situazione del bambino e della famiglia nella loro globalità (Canali C., Vecchiato T., 2011). L'osservazione dei movimenti evolutivi del progetto attivato sulla famiglia durante il tempo di presa in carico, permette di misurare il buon andamento del lavoro svolto dagli operatori o al contrario di modificarne le decisioni.

Questa esperienza ha portato il gruppo di lavoro a compiere riflessioni utili e direttamente applicabili all'operato quotidiano. Spostare lo sguardo «dalla riparazione del danno alla valorizzazione delle risorse familiari» significa, per i servizi, aiutare le famiglie senza sostituirle, affiancarle mettendo in atto strumenti professionali affinché ne aumentino le risorse interne e le competenze. Significa coinvolgerle nel loro percorso di crescita.

Uno degli aspetti che più si evidenzia nel lavoro quotidiano degli operatori è che è sempre più difficile delimitare i confini di «normalità» all'interno di una famiglia (che convenzionalmente viene associata al concetto di omogeneità e armonia), questo perché le famiglie sono unità dinamiche (Fruggeri L., 2011). Sono sollecitate a riorganizzare ripetutamente

Famiglia
«patologica»
e «normale»

tamente i loro rapporti in termini di ruoli, regole, confini (...) nel corso della loro storia attraversano fasi di transizione che le portano ad adattarsi a nuove condizioni interne ed esterne, a eventi attesi o imprevedibili. Tutto ciò lascia tracce significative al suo interno e ha un'inevitabile ripercussione nella vita del nucleo familiare e tra le relazioni dei suoi membri. In questi contesti solitamente gli operatori tendono a leggere fattori di rischio che causano fragilità al tessuto familiare e ne aumentano la vulnerabilità.

In generale, non esiste più il dualismo tra famiglia «patologica» e famiglia «normale», ma esistono piuttosto processi familiari la cui qualità «dipende non tanto dall'assenza di conflitti, ma dal modo in cui gli stessi vengono affrontati, non tanto dall'assenza di disagio o sofferenza, ma da come gli stessi vengono affrontati, non tanto dai modelli normativi, ma dalle modalità con cui ogni famiglia utilizza le proprie risorse per adempiere alle proprie funzioni (ibidem). Di fronte a un panorama così variegato di stili familiari, pertanto, gli operatori si trovano a lavorare utilizzando lenti diverse per mettere a fuoco il problema e riuscire poi a offrire un percorso di aiuto mirato alle esigenze della singola famiglia.

Nell'esperienza pratica della valutazione sperimentale Risc ogni operatore ha dovuto necessariamente dedicare un tempo maggiore alla conoscenza della situazione esaminata e alle riflessioni che man mano ne sono emerse, per riuscire a tradurre il pensiero in ipotesi di lavoro. Seguire una famiglia che si rivolge al servizio in un momento di fragilità significa dedicarle una maggiore attenzione in tempo più ampio che si traduce in un numero maggiore di colloqui, di visite domiciliari, di confronti *in itinere*, in una relazione che si dilata e prende spessore perché aumenta lo spazio di ascolto. In questo senso, pur permanendo la caratteristica asimmetria della relazione, i confini tra le due parti si fanno più fluidi e più funzionali all'applicazione del progetto d'aiuto.

Ci si è resi conto che non è abitudine di tutti gli operatori rivolgere ai genitori domande sulla quotidianità, come ad esempio se sono soliti raccontare una favola al figlio prima di metterlo a dormire o quando è stata l'ultima volta che lo hanno portato al parco a giocare. Entrare in questa

**Monitoraggio
sistematico**

dimensione aiuta a far emergere e valorizzare gli aspetti di funzionalità della famiglia e non sottolineare solo aspetti di mancanza o di rischio. Da questa prospettiva è possibile conoscerne lo stile di funzionamento (Walsh F., 2011).

Il monitoraggio sistematico delle situazioni analizzate nel tempo di sperimentazione ha consentito di svolgere una valutazione partecipata. Questo perché lo strumento prevede l'utilizzo di scale con il diretto coinvolgimento dei genitori (che in alcuni casi possono auto-compilare).

Nello schema polare, Risc permette di visualizzare il percorso di presa in carico attraverso la registrazione dei dati in vari tempi del percorso ($T_0, T_1...T_n$) e di vederne l'evoluzione (in positivo o in negativo), anche se i cambiamenti sono stati lievi. Il gruppo di lavoro lo ritiene utile e significativo perché consente di misurare concretamente il lavoro svolto, di utilizzare le informazioni ricavate e fermare l'attenzione sui diversi indicatori che compongono lo schema lavorando anche singolarmente su di essi. L'intervento diventa così più specifico e mirato e può essere modificato in tempi più rapidi (evitando di perdere concentrazione sulla situazione).

**Sistema delle
responsabilità**

Un'altra riflessione riguarda il sistema delle responsabilità, che è senza dubbio lo strumento «più sociale» utilizzato nell'ambito della sperimentazione. Permette di misurare il grado di consapevolezza circa il progetto di sostegno sulla famiglia, non solo degli operatori che ne indirizzano i tempi e i modi, ma anche degli stessi soggetti interessati e di vederne graficamente l'evoluzione.

La prima applicazione di questa scala ha suscitato dubbi tra gli operatori e pareri discordanti. Secondo il gruppo di lavoro sarebbe opportuna una formazione *ad hoc* sullo strumento per consentirne un'applicazione più omogenea. È stato notato, infatti, che un uso solo intuitivo dello strumento porta a risultati difformi che invalidano la valutazione.

L'applicazione di Risc ha evidenziato anche riflessioni sulla necessità di una maggiore integrazione sociosanitaria ed educativa. Molte delle scale proposte per la compilazione dello strumento (quelle relative al minore) infatti, richiedono la partecipazione puntuale di diversi operatori (neuropsichiatria infantile, Centro salute mentale o Sert, personale educativo, pediatra ecc.). I tempi di verifica imposti dal progetto

prevedono il lavoro sincronizzato delle diverse figure professionali: questo ha creato difficoltà a livello organizzativo per la mancanza di una puntuale collaborazione e la scarsa condivisione del progetto da parte dei colleghi. Quest'ultimo elemento sembra che possa essere superato in futuro, con un coinvolgimento più allargato allo strumento Risc anche alle agenzie sanitarie ed educative ecc.

Conclusione

Ripensando al titolo «Risc un'opportunità per i servizi?» con il quale il gruppo di lavoro ha caratterizzato il presente contributo, si può affermare che questa esperienza ha rappresentato un'opportunità che può avere un'applicazione sul lavoro professionale degli operatori sociali che si occupano di famiglia e della tutela delle relazioni familiari.

Il Comune di Cesena ha confermato la sua partecipazione alla seconda annualità della ricerca dove gli operatori sociali si troveranno a utilizzare la seconda parte dello strumento (diventando gruppo sperimentale), relativa alla valutazione dell'efficienza ed efficacia della presa in carico personalizzata.

Riferimenti bibliografici

- Bertotti T. (2010), *Servizi per la tutela dei minori: evoluzioni e mutamenti*, in «Autonomie locali e servizi sociali», 2, pp. 227-246.
- Canali C., Vecchiato T. (2011), *Valutare la rete dei soggetti e delle risorse per i bambini che vivono in famiglie multiproblematiche*, in Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (a cura di), *Genitorialità complesse. Interventi di reti a sostegno dei sistemi familiari in crisi*, Unicopli, Milano.
- Dal Pra Ponticelli M. (a cura di) (2005), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma.
- Fruggeri L. (2011), *Le famiglie chiedono aiuto, rappresentazioni e modelli di intervento nei servizi sociali*, in Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (a cura di), *Genitorialità complesse. Interventi di reti a sostegno dei sistemi familiari in crisi*, Unicopli, Milano.

- Thoburn J. (2003), *Esiti per minori in affidamento permanente in una famiglia sostitutiva*, in Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Fondazione Zancan, Padova.
- Walsh F. (2008), *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Milano.

L'ambito 33 e la sperimentazione: alcune riflessioni

Simona Sardini Di Febo

La sperimentazione Risc parte dall'idea secondo cui la valutazione di efficacia (*outcome*) può dire se i bisogni e i diritti fondamentali di genitori e figli si incontrano con i servizi, con quali risultati, con quali indici di efficacia. In particolare, la valutazione di *outcome* si focalizza sulla verifica e valutazione dei benefici che le persone hanno ottenuto dall'aver fruito di servizi (sociali, sanitari, educativi).

La sperimentazione Risc, nell'ambito territoriale sociale 33 - area metropolitana pescarese, ha consentito di verificare se i bisogni delle famiglie trovano risposta nei servizi sociali, educativi e sanitari erogati. Gli operatori dell'ambito 33 coinvolti nella ricerca hanno individuato 10 famiglie multiproblematiche con figli minori e a rischio di istituzionalizzazione, che rispondevano ai criteri di inclusione previsti.

L'analisi del bisogno è stata effettuata con strumenti specifici relativamente a tre settori di osservazione: cognitivo-comportamentale, funzionale-organico, socioambientale e relazionale. I problemi e le potenzialità rilevate a T₀ per le 10 famiglie sono riportati in tabella 1. In particolare, sono evidenziati i problemi e le potenzialità che gli operatori hanno documentato sulla base delle misurazioni fatte.

Tab. 1 – Citazioni estrapolate dalla sintesi dei problemi e delle potenzialità indicati al tempo T₀

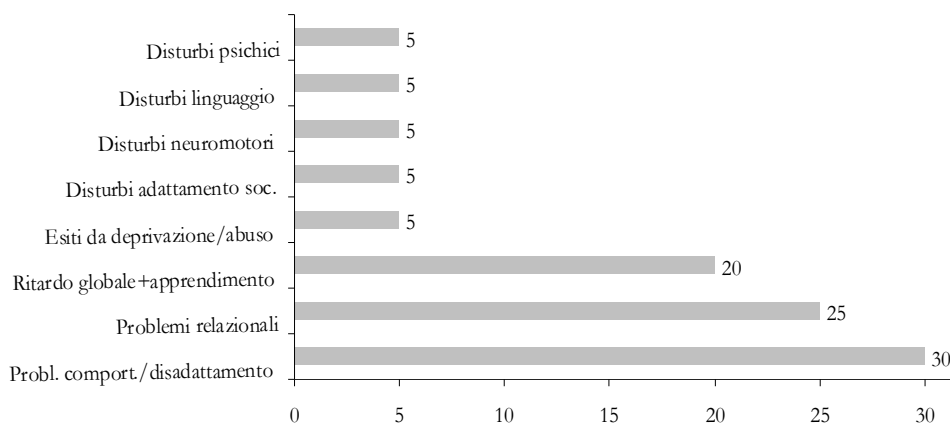
Citazioni relative al bambino		Citazioni relative ai genitori	
Problemi	Potenzialità	Problemi	Potenzialità
Ritardo cognitivo	Attività manuali e di tipo creativo	Disagio abitativo	
Disturbi emotivo-comportamentali	Molto intelligente	Disagio economico	
Difficoltà di comunicazione	Competenze a livello cognitivo e degli apprendimenti	Disabilità	
Comportamenti autolesionistici	Interesse per la natura.	Disagio sociorelazionale	
Problemi di igiene	Interesse per attività artistiche	Deboli competenze	
Difficoltà di apprendimento	Interesse per attività multimediali	/Incapacità genitoriali	
Chiusura emotiva		Depressione	
Reazioni irruente con gli adulti		Alcolismo	
Abuso		Problemi di comunicazione in famiglia	
Poco autocontrollo		Difficoltà di gestione educativa dei figli	
Disturbo dell'attenzione		Disoccupazione	
Iperattività		Trascuratezza	
		Carente organizzazione familiare	
		Conflitti tra genitori	
		Isolamento sociale	
		Separazione conflittuale	

Poca attenzione alle potenzialità

Nella formazione all'utilizzo del protocollo è stata esplicitata l'importanza di indicare i problemi ma anche le potenzialità che emergono dalle valutazioni con gli strumenti. Tuttavia, per il gruppo di ricerca dell'ambito 33, così come per gli altri gruppi, è emerso che talvolta si guardano poco le potenzialità: l'attitudine all'osservazione riguarda maggiormente le aree problematiche.

I problemi riscontrati dagli operatori sui minori sono stati successivamente accorpati in categorie: problemi comportamentali (30%), relazionali (25%), ritardo globale e dell'apprendimento (20%), deprivazione/abuso (5%), disturbi dell'adattamento sociale (5%), disturbi neuro-motori (5%), disturbi del linguaggio (5%), disturbi psichici (5%). I problemi riscontrati sui genitori sono risultati: disturbi nei rapporti affettivi intrafamiliari (26%), problemi socioeconomici (22%), grave devianza della condotta familiare (17%), grave deprivazione socioculturale e/o esperienziale (13%), gravi problemi relazionali (13%), tossicodipendenze-alcolismo (9%).

Fig. 1 – Città Sant’Angelo, problemi del minore (citazioni macrocategorie)



A fronte dell’analisi delle situazioni delle 10 famiglie a T₀, gli operatori si sono posti gli obiettivi indicati nella tabella 2.

Tab. 2 – Obiettivi definiti per i minori al tempo T₀ e dopo 3 mesi (T₁)

Obiettivi per i minori definiti a T ₀	Obiettivi per i minori definiti a T ₁
Adeguare l’igiene personale	Migliorare la socializzazione e
Maggiore cura di sé e del proprio corpo	l’integrazione con i pari e con gli adulti
Migliorare la socializzazione e	Ridurre i comportamenti oppositivi
l’integrazione con i pari e con gli adulti	Potenziare l’autonomia personale
Migliorare l’integrazione scolastica	Raggiungere un livello di igiene adeguato
Ridurre i comportamenti oppositivi	Migliorare l’integrazione con i compagni
Potenziare le abilità relazionali	Favorire l’integrazione col gruppo dei pari
Potenziare le abilità cognitive	Stimolare la socializzazione e l’integrazione
Potenziare lo sviluppo del linguaggio	Potenziare le abilità relazionali
Potenziare la concentrazione e la memoria	Potenziare le abilità dell’area cognitiva
Ridurre i comportamenti oppositivi-provocatorii e aggressivi	e dell’apprendimento,
Ridurre i comportamenti autolesionistici	Potenziare le abilità fino-motorie
Elaborare il lutto	Potenziare le abilità linguistiche
Controllare l’istintività	Potenziare la concentrazione e memoria
	Ridurre i comportamenti oppositivi-provocatorii e aggressivi
	Ridurre i comportamenti autolesionistici
	Stimolare la partecipazione ad attività
	di socializzazione con il gruppo dei pari
	Maggiore cura di sé e del proprio corpo
	Diminuire i comportamenti autolesionistici
	Migliorare il rapporto con la scuola
	Elaborare eventuali violenze subite

Per raggiungere questi obiettivi è stato chiesto agli operatori di esplicitare i servizi messi in campo per i minori. L'assistenza domiciliare socioeducativa è quella più utilizzata, come emerge dalla tabella 3 che evidenzia i macro-livelli di intervento.

Tab. 3 – Macro-livelli di intervento/servizi

Piano operativo T ₀ -T ₁	Piano operativo T ₁ -T ₂
Assistenza domiciliare sociale (2 casi)	Assistenza domiciliare sociale (2 casi)
Assistenza domiciliare socio educativa (6 casi)	Assistenza domiciliare socio educativa (7 casi)
Attività di socializzazione (1 caso)	
Centro socioriabilitativo (3 casi)	Centro socio-riabilitativo (4 casi)
Sostegno socioeducativo scolastico (3 casi)	Sostegno socio educativo scolastico (3 casi)

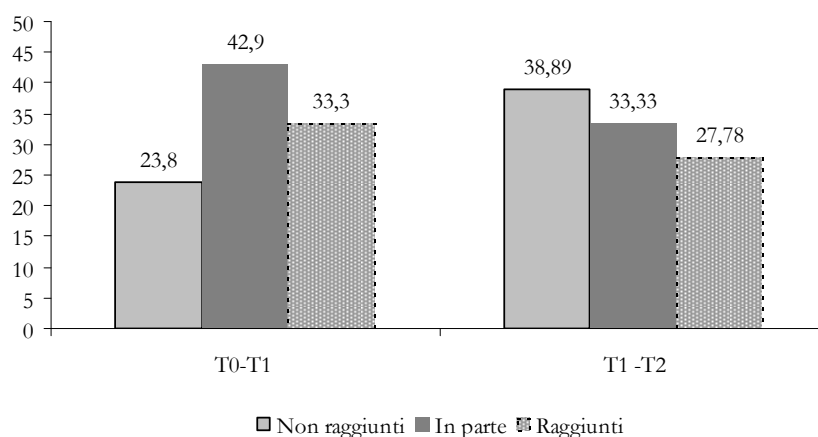
Una parte importante della sperimentazione, che l'ambito 33 in parte già conosceva per precedenti ricerche svolte in collaborazione con la Regione Abruzzo e la Fondazione Zancan, è stata la definizione di fattori osservabili e misurabili che consentissero di evidenziare il risultato atteso (prima di attuare le azioni) e quello misurato (a distanza di tre mesi). La percentuale di raggiungimento completo dei risultati attesi è stata pari a 33,3% tra T₀ e T₁ e a 27,8% tra T₁ e T₂. Il raggiungimento parziale dei risultati attesi è avvenuto nel 42,9% dei risultati attesi tra T₀ e T₁ e nel 33,3% tra T₁ e T₂. Va anche evidenziato che alcuni risultati attesi non sono stati raggiunti, come evidenziato nella figura 2.

Per 8 dei casi seguiti, le famiglie hanno ottenuto benefici dall'aver fruito di servizi sociali, educativi, sanitari. Pertanto possiamo dire che nell'80% dei casi iscritti nella sperimentazione i servizi attivati hanno costituito risposta adeguata e rispondente ai bisogni delle famiglie. Nel restante 20% dei casi (cioè due famiglie) l'istituzionalizzazione del minore è stata l'unica soluzione possibile, poiché i servizi attivati non erano sufficienti a soddisfare i bisogni delle famiglie. È proprio su queste famiglie che vale la pena concentrare l'attenzione. Si tratta di 2 famiglie che presentavano i seguenti elementi di criticità: scarso interesse per il minore, dinamiche affettivo-relazionali familiari compromesse

da troppo tempo a causa di disturbi emotivi, ritardo cognitivo e difficoltà di comunicazione dei genitori.

Al momento dell'inserimento dei casi nella sperimentazione Risc si era scelto di investire risorse per evitare l'istituzionalizzazione dei minori, poiché considerate soluzioni in grado di compromettere il benessere e il normale sviluppo del bambino stesso. Dopo 6 mesi è emersa l'efficacia degli interventi attivati dagli operatori, che la sperimentazione Risc ha consentito di verificare e misurare.

Fig. 2 – Percentuale di raggiungimento dei risultati attesi



Tab. 4 – Fattori osservabili individuati dal gruppo di ricerca dell'ambito 33 (estratto)

Fattori osservabili T ₀ -T ₁
N. di volte a settimana che adotta comportamenti autolesionistici a scuola
N. di volte a settimana che il minore partecipa attivamente ad attività di socializzazione e integrazione proposte dagli educatori
N. di volte a settimana che partecipa attivamente ad attività di gruppo
N. di volte nella settimana che frequenta attività ricreative al di fuori della famiglia con l'educatore
N. di volte nella settimana che partecipa a giochi e attività strutturate con i ragazzi del vicinato
N. di volte che si mostra curato nell'abbigliamento
N. di volte a settimana che si lava in modo autonomo
N. di volte nella settimana che cura autonomamente la propria igiene personale
N. di volte a settimana che manifesta comportamenti problematici in presenza dell'educatore
N. di volte che ha comportamenti oppositivi nei confronti dei compagni di scuola

Fattori osservabili T₀-T₁

N. di volte a settimana che si apre al dialogo con lo psicologo

N. di volte in cui è capace di scrivere in corsivo nella settimana

N. di volte che riesce a svolgere dei compiti con una cadenza temporale stabilita dall'operatore

N. di volte nella settimana che in presenza dell'educatore non utilizza il linguaggio verbale per comunicare

N. di volte nella settimana che svolge autonomamente i compiti

Poiché diversi degli obiettivi posti per quelle famiglie non erano stati raggiunti nemmeno in parte, né tra T₀-T₁ né a T₁-T₂ nonostante l'investimento di risorse, l'équipe degli operatori coinvolti nei casi ha ritenuto opportuno procedere all'istituzionalizzazione dei minori al fine di non compromettere l'armonico sviluppo degli assistiti, già inficiati da dinamiche familiari negative di lungo corso. Quindi questi nuclei, alla fine della sperimentazione, non presentavano potenzialità da offrire al minore, bensì soltanto rischi e criticità: il riproporsi del circolo vizioso delle dinamiche familiari e il suo esponenziale peggioramento. La sperimentazione Risc ha consentito, pertanto, di verificare che nei due casi trattati l'istituzionalizzazione dei minori era inevitabile poiché, anche se soluzione più costosa per le amministrazioni comunali, era considerata la migliore per i minori.

È stato possibile, infatti, avere dati qualitativi e quantitativi a supporto delle decisioni prese, nonché osservare e misurare le conseguenze dell'operato dell'équipe multidisciplinare sui minori e sulle famiglie.

L'uso responsabile di risorse professionali e non solo può essere il punto di partenza per una nuova e più consapevole modalità di lavoro degli operatori e per una predisposizione ragionata di progetti personalizzati fondata sull'analisi costi/benefici tanto in termini di risorse che in termini di rischi/potenzialità delle famiglie.

Progetti personalizzati: una guida pratica

Veronica Lucchina, Michela Memeo

Lo studio Risc nel comune di Torino

Questo contributo intende ripercorrere l'esperienza concreta degli operatori impegnati nel progetto Risc (Canali C., Vecchiato T., 2010) con riferimento al caso di un ragazzo incluso nello studio. Viene descritta l'applicazione dell'approccio teorico e pratico in contesto reale e quotidiano, evidenziando sia le positività sia le aree tematiche su cui lavorare.

Visione globale
del minore

Fin da subito è stato evidenziato che si sarebbe utilizzata una modalità operativa tale da consentire una visione globale del minore attraverso la misurazione e la valutazione, mettendo insieme le questioni proprie della «valutazione del bisogno», del «piano personalizzato di intervento», della «valutazione di efficacia».

Le 10 circoscrizioni del comune di Torino sono state suddivise in gruppo sperimentale e di controllo, formando due gruppi da 5 circoscrizioni per due casi a circoscrizione.

La richiesta del consenso al trattamento dei dati ha aperto una serie di riflessioni rispetto al caricamento dei dati e alla tutela della privacy. Ci si è tuttavia chiesti se la possibilità di acconsentire alle finalità della ricerca potesse in qualche modo comportare una maggiore consapevolezza, partecipazione e responsabilizzazione dei soggetti interessati.

**Il caso
di Andrea**

Date le caratteristiche specifiche del gruppo target di riferimento della ricerca, nella selezione della casistica è stato possibile considerare sia casi nuovi sia casi già in carico, purché rispondessero ai criteri di pre-valutazione intesi come «criteri di inclusione» nello studio.

Il caso esemplificativo qui descritto era già in carico ai servizi ed è quindi stato rivalutato a uso della ricerca, cioè è stato considerato come un caso nuovo rivalutato al tempo T_0 . Il ragazzo, che chiameremo Andrea, ha 16 anni e vive con la madre e il convivente, entrambi inoccupati. È presente un'alta conflittualità nel nucleo che degenera in violenza con un legame tra madre e figlio anacronistico. Andrea vive un grosso disagio scolastico con un alto rischio di abbandono e di adesione a bande delinquenti, è privo di una rete amicale adeguata e di regole e limiti che lo possano contenere.

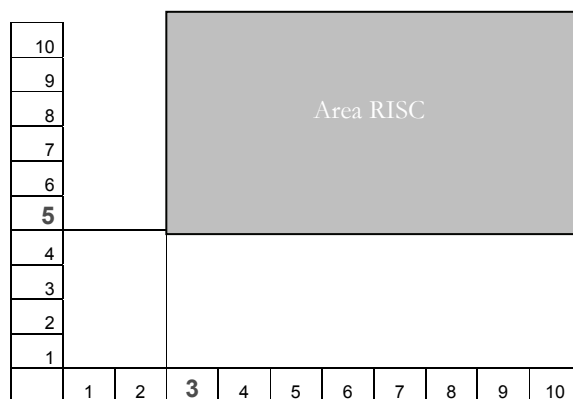
Ragionare in termini di criteri di inclusione¹ ha permesso operativamente di selezionare una casistica che avesse, in linea generale, simili livelli di rischio e livelli di presa in carico con interventi «massicci» da attivare. A questo si è aggiunta la necessità di una valutazione congiunta delle condizioni dei figli e dei genitori. Sono stati infatti considerati come «casi Risc» quelli che ricadevano nell'area indicata in figura 1 e a partire dalle seguenti domande:

- a suo/vostro giudizio (nel caso di valutazione multiprofessionale) dove si posiziona in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo) l'indice di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale?
- a vostro giudizio dove si posiziona in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo) il grado di sofferenza che sta vivendo il minore?

Nello studio Risc sono state considerate le difficoltà dei genitori superiori a 5 e quelle dei minori superiori a 3.

¹ Sono stati selezionati due criteri: 1) problemi della famiglia con compresenza di problematiche sanitarie e sociali e la necessità di interventi di più servizi e ruoli genitoriali in parte non svolti adeguatamente; 2) fattori di rischio per il minore come conflittualità che degenera in violenza tra i coniugi e/o trascuratezza che degenera in abbandono.

Fig. 1 – Mappa di pre-valuatione



La metodologia

Lo studio si è avvalso di una piattaforma informatizzata per facilitare la gestione integrata e condivisa delle conoscenze riguardanti le persone prese in carico da più professionisti e servizi. Le caratteristiche del percorso metodologico e del *database on line* hanno consentito la condivisione delle informazioni necessarie per la presa in carico personalizzata e la valutazione multidimensionale.

Carico di lavoro

L'impegno richiesto si è da subito delineato come importante in quanto lo strumento è complesso e richiede conoscenza e applicazione. Infatti, al di là del primo momento descrittivo, di conoscenza della situazione, si passa a un grosso impegno operativo che si traduce in analizzare, pensare, ipotizzare, caricare dati, verificare e valutare.

La prima risposta del gruppo a quanto proposto è stata di cercare, con fatica, di ricavare il tempo da dedicare, all'interno dei carichi quotidiani di lavoro, per seguire le indicazioni del protocollo e attuarle correttamente. Questo lavoro non è stato né facile né privo di errori, in quanto ha significato utilizzare strumenti differenti da quelli che abitualmente sono usati.

Tab. 1 – La struttura utilizzata

Le fasi della metodologia del lavoro per progetti personalizzati	La struttura di «S-P»
Raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia	Parte 1. Analisi della domanda
Analisi della situazione della persona e della sua famiglia, approfondendo sia aspetti sanitari che sociali e definizione del problema	Parte 2. Analisi multidimensionale del problema e Schema Polare
Predisposizione di un piano operativo	Parte 3. Programma delle attività
Verifica e valutazione del piano operativo	Parte 4. Verifica e valutazione delle decisioni

Analisi della domanda

Informazioni richieste

Ogni operatore coinvolto nello studio ha portato le proprie situazioni ed entrambi i gruppi hanno cominciato a lavorare a partire dall'analisi della domanda:

- *la raccolta di dati anagrafici;*
- *la domanda* e, nello specifico, se essa è presentata dalla persona interessata, ad esempio attraverso un accesso diretto in accoglienza, oppure da altra persona, per poi passare ad analizzare il: *bisogno/ richiesta espressa* da parte di chi presenta la domanda sia esso persona fisica (come un familiare ad esempio o la scuola o l'autorità giudiziaria ecc.); *il bisogno/ richiesta ridefinita*, in quanto possono non coincidere e vanno ridefiniti in termini professionali. A questo si è aggiunta una ricognizione delle eventuali prestazioni di cui ogni persona già usufruisce e dei professionisti che di lui si occupano;
- *le persone di riferimento*, ossia una raccolta di informazioni relativa alle persone conviventi che appartengono al nucleo familiare in cui va barrata la casella del soggetto che ha la responsabilità degli attuali percorsi di cura. Di norma si tratta di una persona, ma la responsabilità può essere condivisa «alla pari» con altri, nel qual caso sono accettabili più riferimenti. Si passa poi a evidenziare eventuali altre persone di riferimento, anche se non coinvolte nella cura delle persona. In ultimo, è possibile inserire informazioni relative all'amministratore di sostegno e ai parenti interessati al mantenimento e/o alla compartecipazione alla spesa;

- *la situazione economica e abitativa*, con indicatori e descrittori molto analitici e con campi da compilare inerenti il momento della raccolta dati (è possibile anche compilare dei campi in modo più discorsivo per dettagliare meglio);
- 5. *operatori*, cioè quali operatori hanno partecipato alla fase di analisi della domanda.

Analisi del problema

La sezione chiamata «Analisi del problema» comprende 7 schede che fanno riferimento a:

- *Storia personale (se possibile trigenerazionale)*: vengono inserite, sotto forma di testo, le informazioni relative a eventi significativi, dati di personalità e di carattere, preferenze, interessi e dati sui rapporti familiari, dati sulla rete relazionale, rapporti con la giustizia e ulteriori eventuali osservazioni.
- *Analisi del sistema di responsabilità*, che considera la mappa dei soggetti e delle risorse (attuali e potenziali) che aiuta molto ad attivare il potenziale, dando modo di mappare tutti i soggetti coinvolti o che possono essere strategicamente coinvolti, in quanto una potenzialità è differenza positiva rispetto a situazioni prive di essa. «Ricordati, quando farai il piano delle azioni, che hai a disposizione un certo numero di persone su cui poter contare (nella fattispecie di soggetti e risorse potenziali). Se riuscirai a coinvolgerli/e, a motivarli/e, a divider con loro un qualche tipo di responsabilità nella predisposizione del piano personalizzato di intervento potrà favorire risultati migliori» (Vecchiato T. e altri, 2009).

Chi è
«soggetto»
e chi «risorsa»

Il discriminante tecnico per capire se siamo in presenza di una risorsa è il fatto che essa partecipa all'attuazione degli interventi descritti nel «piano delle azioni e di chi le fa», ad esempio nel caso di Andrea la madre è risorsa attuale, da subito coinvolta e disponibile ad assumersi la responsabilità di fare un pezzettino relativo al monitoraggio del sonno; mentre risorsa potenziale il compagno della madre che potrebbe essere coinvolto. Il soggetto partecipa attivamente a tutte le fasi: per Andrea è l'educatore del Ppm (progetto preventivo mirato). Compilando questa scheda vengono calcolati in automatico dal sistema operativo i punteggi della Scala di responsabilizzazione (Sr), del Livello di protezione dello spazio di vita (Lpsv) e del Livello di

protezione potenziale (Lpp). Sr e Lpsv vengono riportati nello schema polare, mentre il calcolo di Lpp aiuta alla definizione del piano operativo.

Tab. 2 – Mappa dei soggetti e delle risorse per Andrea

Mappa dei soggetti e delle risorse	
SA Gaetano educatore	SP
RA Gianna mamma Luisa neuropsichiatra	RP Compagno della mamma

Scale
di valutazione

- *Valutazione funzionale organica*: tra le differenti scale disponibili, per la valutazione del minore, si utilizza la scala Min Fo, che in una scala da 0 (inadeguato) a 5 (elevato) attribuisce un punteggio finale alle varie aree organica, psicomotoria, delle autonomie. I punteggi complessivi delle scale sono riportati automaticamente nello schema polare. Sarebbe opportuno riuscire a coinvolgere la neuropsichiatra per la sua prima compilazione.

- *Valutazione cognitivo comportamentale*, si utilizza la scala Min Cc che va da 0 a 5 e attribuisce punteggi alle aree cognitive e dell'apprendimento. Anche per questa scala sarebbe opportuno coinvolgere la neuropsichiatra e gli insegnanti della scuola per la sua compilazione.

- *Valutazione socioambientale relazionale*, con la scala Min Sr, sempre 0-5, che attribuisce punteggi alle aree sociorelazionale, affettivo-relazionale. Sarebbe utile la compilazione congiunta tra scuola e servizio sociale, ma anche con la famiglia laddove possibile e utile. In quest'area di valutazione si calcola anche l'indice di copertura assistenziale nelle 24 ore distinguendo l'accudimento dato dai familiari, dal servizio pubblico, dall'assistenza a pagamento e dal volontariato, nell'arco di tutta la settimana, con la possibilità di indicare l'ammontare del costo medio giornaliero e complessivo.

L'utilizzo di queste schede non è specifico per una professione (come lo sono invece altre scale in uso alle diverse professioni) ma possono diventare uno strumento fruibile per tutti gli operatori. Nel compilarle ci si è resi conto che alcune parti sono già in uso, ad esempio per calcolare le schede per le intensità dell'Unità di valutazione

multidimensionale; alcune parti del Min Cc si ritrovano nel Piano educativo individualizzato (Pei) ecc. Pertanto la positività di questo strumento è la capacità di non frammentare la situazione, ma di offrire un'ottica globale della stessa ponendo il minore al centro.

Una criticità evidenziata è stata la difficoltà di coinvolgere le altre figure professionali come rete sin dal primo momento di avvio dell'analisi. Questo è dipeso anche dal fatto che gli operatori stessi si trovavano in una fase di conoscenza dello strumento;

Lo schema polare

- *Schema polare*: è un grafico attraverso cui vengono considerati unitariamente i tre ambiti di analisi in un'unica rappresentazione. Il lavoro sin qui effettuato, sia dal gruppo sperimentale sia da quello di controllo, offre una visione globale del bambino: si parte dalla comune raccolta di dati anagrafici passando attraverso le diverse scale di osservazione del soggetto, ossia strumenti capaci di una visione globale, dall'area organico-funzionale (area sanitaria), a quella cognitivo-comportamentale (area sociosanitaria) e socioambientale-relazionale (area sociale), considerando unitariamente tali visioni.

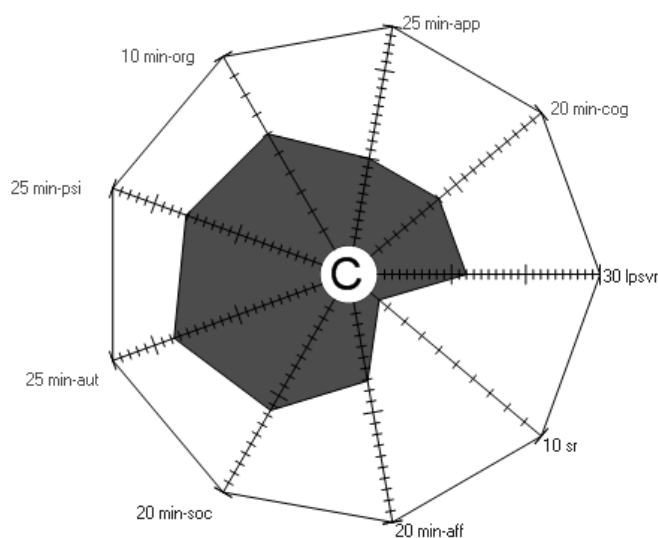
Essendo lo schema polare legato al bisogno e pertanto individuale, può essere fatto per qualsiasi membro della famiglia sovrapponendo, laddove il confronto può essere utile, gli schemi polari dei singoli membri. La mappa degli strumenti per ottenere gli schemi polari degli adulti differisce a seconda che ci si trovi a che fare con disturbi prevalenti di tipo psichiatrico o dipendenze.

La visione d'insieme che permette l'analisi dello schema polare rimanda immediatamente a livello visivo le aree dove il minore si trova maggiormente in difficoltà, perché fornisce una conoscenza approfondita del minore e quindi di dove è più utile intervenire e progettare obiettivi e azioni. Per esempio, nella situazione esemplificata il minore necessitava di sostegno e rinforzo nell'area cognitiva, della comunicazione e delle abilità pratiche e nell'area affettivo relazionale, nel rapporto primario con la madre ma anche nella capacità di rispettare le regole e riconoscere i limiti e nell'area sociorelazionale, con l'ambiente sociale (risulta nulla la partecipazione a gruppi ricreativi/sportivi, mentre è massima l'adesione spontanea ai ritrovi di quartiere devianti).

**Problemi
e potenziali**

Appare evidente come, a partire dallo schema polare, sono sintetizzati i problemi ma anche le potenzialità del minore al centro della nostra attenzione. Più le aree analizzate sono coperte e si avvicinano alla parete dello schema più in quell'area funziona bene, al contrario più si avvicina al centro più necessita di intervento;

Fig. 2 – Schema polare a T₀



- *diagnosi e sintesi dei problemi* dando uguale rilievo a livello di analisi sia ai problemi sia alle potenzialità, arrivando alla descrizione degli obiettivi condivisi e di come si intende operare.

Programma delle attività (gruppo sperimentale)

Questa è la fase di sperimentazione vera e propria: al gruppo di controllo è stato chiesto infatti di adottare la presa in carico secondo le usuali modalità, mentre al gruppo sperimentale è stato chiesto di adottare le raccomandazioni del protocollo.

Problemi e obiettivi

In automatico, dalla scheda «diagnosi e sintesi del problema» si parte dal problema e dalla potenzialità della persona e si definiscono, sulla base dei soggetti e delle risorse che si assumono responsabilità, gli obiettivi da raggiungere e come si intende agire per ottenerli. Il protocollo operativo permette di mettersi in una posizione che offre la possibilità di pensare e uscire dagli agiti attraverso una costruzione del lavoro che ci si prefigura idealmente e che si tiene monitorato *in itinere* decidendo sulle azioni da implementare.

Obiettivi condivisi

Il protocollo richiede di specificare gli obiettivi condivisi e come si intende operare - attraverso l'individuazione di azioni specifiche, declinabili in fattori osservabili. Questi ultimi devono essere quantificabili, osservabili e misurabili, in diverse aree di osservazione e devono fare riferimento ad azioni rispondenti ai bisogni, in modo da promuovere risposte efficaci in un'ottica di appropriatezza degli interventi. Consente inoltre di evidenziare anche i motivi per cui ci possono essere obiettivi non raggiunti, considerando lo stretto rapporto tra obiettivo, azione, misurazione e valutazione. Attraverso l'utilizzo di fattori osservabili è più rilevabile l'analisi dei processi, ossia il raggiungimento dei risultati attesi. È emerso chiaramente che il problema non può essere definito come elenco di prestazioni o servizi da attivare, cioè si tratta di livelli che non vanno confusi e lo si è imparato usando lo strumento. Gli obiettivi sono definiti in relazione al problema generale e possono essere di «mantenimento», «miglioramento», «rallentamento» per meglio orientare la definizione dei risultati attesi (misurabili).

Per perseguire gli obiettivi fissati si definisce un piano personalizzato (chi fa che cosa, quando e in che periodo di tempo). Per fare ciò va compilata la sezione «Azioni e risultati attesi».

Azioni e risultati attesi

In questa scheda sono raccolte informazioni di tipo quali-quantitativo. Si specificano, per ciascuna azione:

- la sua definizione, ad esempio sostegno alla frequenza a un corso (azione 1), oppure l'inserimento in un gruppo di pari (azione 2);
- il periodo di tempo in cui si intende realizzarla; nello specifico, si tratta di un intervallo di tre mesi;
- l'area di osservazione di pertinenza dell'azione selezionata, ovvero l'area in cui si vogliono osservare i cambiamenti attesi (ad esempio nella azione 2 l'area di osservazione può essere la socializzazione con i coetanei);
- i fattori osservabili scelti per misurare il raggiungimento o meno dell'azione programmata, ad esempio le assenze mensili, le sere in cui va a dormire entro le 23 a settimana (per la stretta correlazione ore di sonno/presenza a scuola), i richiami mensili scuola-famiglia per l'azione 1;
- il valore misurato all'inizio, cioè a T_0 : ad esempio, 6 assenze al mese;
- il valore atteso a T_1 : ad esempio 3 assenze mensili;
- la polarità del fattore osservabile, ovvero se i miglioramenti si ottengono all'aumentare o con la diminuzione del fattore osservato;
- il dominio o i domini di appartenenza del fattore osservato (funzionale organico, cognitivo-comportamentale, socio-relazionale).

Dati oggettivi

Questo strumento rende visibile il lavoro svolto e permette di presentare dati oggettivi, misurando e valutando il sostegno dato: i fattori osservabili devono infatti essere misurabili, diretti (osservo ciò che vedo), quantificabili, definibili e tangibili. Esempi di aree di osservazione sono l'alimentazione, il sonno, l'igiene, l'autonomia, le relazioni e la vita sociale, genitorialità, responsabilità nella scuola.

Cliccando su *Prestazione* si accede alla schermata, in cui si trovano i servizi e le prestazioni relativi ai livelli essenziali di assistenza come servizio, per poi accedere alle prestazioni nei Lea: esempio sempre riferito alla prima azione individuata del conseguimento attestato, la prestazione risulta essere il sostegno socioeducativo scolastico con attività educativa per supporto scolastico effettuata dall'educatore del Ppm, si indica il costo ora moltiplicabile per le ore

mensili; la prestazione 2 dell'azione 1 è svolta dalla madre, relativa al sonno, a costo zero.

Sintesi delle azioni nei Lea

È una scheda che si compila in modo automatico in base alle informazioni inserite con l'obiettivo, attraverso la videata, di rappresentare la mappa delle risorse messe in campo e il loro posizionamento nei Lea.

Costi

L'utilizzo di Risc permette in questo modo di avere chiari, attraverso la sintesi delle azioni nei Lea, i costi del progetto, quantificabili in tipo di prestazione erogata e per quanto tempo (ore al mese, ad esempio).

Condivisione delle responsabilità

«Con la persona e/o la famiglia il piano è stato condiviso?», si inseriscono poi i nominativi dell'unità multiprofessionale che ha condiviso il progetto personalizzato.

Fig. 3 – Prestazioni nei Lea

Elenco servizi e prestazioni

SERVIZI NEI LEA	PRESTAZIONI NEI LEA
<ul style="list-style-type: none"> AN-Anziani AD-Adulti MI-Minori <ul style="list-style-type: none"> D-Domiciliare <ul style="list-style-type: none"> Assistenza domiciliare socio educativa Assistenza domiciliare sociale Assistenza domiciliare integrata Adozione Interventi di natura economica per persone e famiglie Altri interventi di sostegno alla domiciliarità Assistenza protesica Adp Ad-cure palliative E-Emergenza H-Intermedio <ul style="list-style-type: none"> Struttura semiresidenziale sociale per minori Affido familiare part time Sostegno socio educativo scolastico Centro socio-riabilitativo Attività di socializzazione 	<ul style="list-style-type: none"> 021-Accompagnamento per visita specialistica 022-Accompagnamento per esami diagnostici 023-Accompagnamento per terapia riabilitativa 024-Accompagnamento per struttura semiresidenziale 025-Accompagnamento per accesso a spazi e servizi 026-Accompagnamento per la vita di relazione 027-Accompagnamento per altro 041-Attività di supporto e consulenza di sostegno 042-Attività di supporto e consulenza di orientamento 043-Attività di supporto e consulenza di raccolta informazioni 044-Attività di supporto e consulenza di monitoraggio 045-Attività di supporto e consulenza di coordinamento 046-Attività di supporto e consulenza di comunicazioni 047-Attività di supporto e consulenza di tutela giuridica 048-Attività di supporto e consulenza di lavoro di rete 049-Attività di supporto e consulenza di promozione 050-Attività di supporto e consulenza per altro 061-Attività educativa per supporto scolastico 062-Attività educativa per gioco organizzato 063-Attività educativa per altro 081-Aiuto per alzarsi dal letto 082-Aiuto per mettersi a letto

Cod.

Servizio

Prestazione

Salva Annulla

Verifica e valutazione

Occorre a questo punto effettuare la ricompilazione degli strumenti di valutazione per ottenere il confronto tra schemi polari.

Verifica attuazione piano

In questa scheda è necessario indicare per ciascuna prestazione se è stata eseguita da chi ne aveva la responsabilità: si può notare che viene data molta attenzione al tema centrale della responsabilità e della responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti. Fare cultura, comunicazione, formazione e coinvolgimento significa favorire la condivisione di responsabilità del piano personalizzato che dovrebbe riguardare sia la persona direttamente interessata e la famiglia sia l'équipe multiprofessionale.

Condividere responsabilità

È interessante l'analisi all'interno del sistema delle responsabilità dei vari passaggi da risorsa a soggetto e da potenziale ad attuale nei momenti di verifica: nel caso oggetto di studio il compagno della madre, che l'inserimento dell'educatore ha permesso di conoscere sotto un differente punto di vista, è stato coinvolto nel percorso di assunzione di maggiore responsabilità nei confronti della sua posizione all'interno del nucleo, passando da risorsa potenziale (Rp) a risorsa attuale (Ra). Questo ha avuto l'effetto di attivare maggiormente la madre che si è sentita in parte forse privata della sua posizione leader, passando a T₂ da risorsa attuale a soggetto attuale (Sa).

È possibile inserire delle percentuali di raggiungimento delle singole prestazioni, nel caso in cui esse siano state eseguite solo in parte, a intervalli del 25%. Tutte le altre informazioni come il codice, il costo, il periodo, il soggetto vengono inserite in automatico dal programma.

Verifica dei risultati attesi

In questa scheda, per ciascuna azione (ad esempio, conseguimento attestato professionale, inserimento gruppo dei pari, sostegno relazioni familiari) sono riportate le informazioni delle precedenti schede inerenti:

- i fattori osservabili individuati (ex frequenza scolastica, assenze mensili e ore di sonno per l'azione 1;
- tempo trascorso in ore alla settimana con l'educatore per inserimento in attività extrascolastiche per l'azione 2;
- contatti mensili con il servizi per l'azione 3;
- il valore in T_0 (iniziale), quello in T_1 (atteso);
- la polarità (max min), il dominio di intervento;
- la data di verifica. Occorre inserire il valore misurato a T_1 per ciascun fattore osservato alla data T_1 .

Verifica di efficacia

In questa sezione i dati sono raccolti in automatico. L'efficacia è rappresentata in 2 modi:

- nello schema polare che riporta, per la data selezionata, i risultati raggiunti per ciascuna scala di valutazione. La sovrapposizione degli schemi, corrispondenti a tempi diversi, facilita l'analisi delle differenze;
- nella tabella, che riporta per ciascun fattore osservabile il lavoro misurato a T_0 , quello atteso a T_1 , il valore misurato a T_1 . Sulla base della differenza tra misurato e atteso, indica se è stato raggiunto e l'indice di raggiungimento. Il valore 1 indica il pieno raggiungimento del risultato atteso e il valore 0 indica il non raggiungimento.

Fig. 4 – Confronto con schema polare tra T_0 e T_1

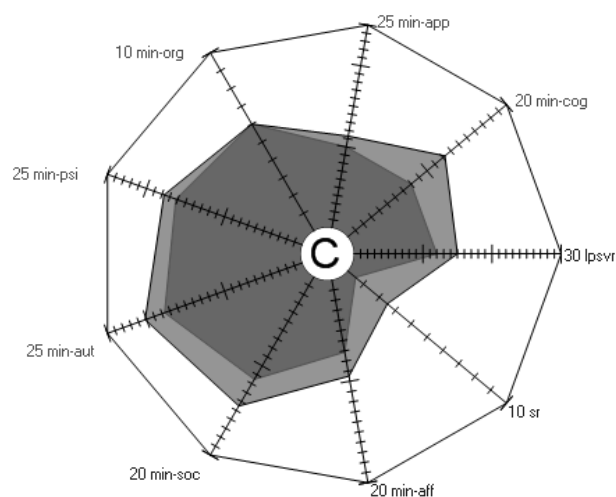


Fig. 5 – Confronto con fattori osservabili tra T₀ e T₁

Fattori osservabili	Valore T ₀ (misurato)	Valore T ₁ (atteso)	Valore T ₁ (misurato)	Differenza misurato-atteso	Raggiunto sì/no	Indice di raggiungimento
1.1	6	3	3	0	si	1
1.2	0	4	2	-2	in parte	0.5
1.3	6	3	3	0	si	1
2.1	0	4	0	-4	no	0

Possibilità di feedback T₀-T₁ attraverso lo schema polare

Utilizzando il qui e ora T₀ come punto da cui partire, sia per andare a ritroso nell'analisi della storia personale e familiare sia per proiettarsi nel futuro, al fine di definire il piano di intervento personalizzato e, laddove T₀ coincide con un dato misurato, reale, esistente attraverso S-P e il T₁ rappresenta ciò che mi attendo.

Attraverso lo schema polare infatti è possibile rappresentare l'evoluzione dei bisogni nel tempo e vedere le variazioni (miglioramenti, mantenimenti, peggioramenti) e veder in quali aree sono avvenuti nell'arco di un trimestre; infatti Risc obbliga a rispettare i tempi del progetto personalizzato attraverso puntuali valutazioni degli obiettivi posti con indicatori chiari, precisi e condivisi e verifiche trimestrali del piano personalizzato e della sua efficacia.

Valutazione dei risultati

Innanzitutto si richiede una valutazione dei risultati. Nel caso in esame si considera positiva la tenuta scolastica e la condotta. Anche il sonno è migliorato non dipendendo da fattori organici ma da abitudini assunte, come sostenuto dalla psicologa e dal pediatra che seguono il ragazzo. Positivo l'inizio dello *stage* che contribuisce a occupare e stancare il ragazzo. Anche i colloqui al servizio con la famiglia proseguono, occorre definire le condizioni che hanno favorito e gli ostacoli incontrati. Successivamente si passa a spuntare uno dei possibili esiti del processo di aiuto:

- *rivalutazione e nuovo progetto*, nel caso la situazione si sia modificata, come nel caso seguito. Si passa quindi a inserire un

nuovo piano personalizzato, più legato al rischio per il minore sulle frequentazioni devianti, l'abbandono scolastico ecc.;

- *riconferma* nel caso il piano sia appropriato *in toto*;
- *chiusura caso*, per situazione risolta, decesso ecc.

Vanno sempre indicati i nominativi e le professioni di chi ha compilato le schede e i tempi impiegati.

Presa in carico
temporalizzata

Il momento di verifica e valutazione permette di ragionare su delle prese in carico temporalizzate, rispetto agli obiettivi fissati e successivamente fare delle scelte di diverso tipo a seconda dell'esito raggiunto. Il tempo della prima verifica è tre mesi, rivedibili dopo ulteriori tre. Mantenere questa tabella di marcia permette di non perdere di vista gli obiettivi e di arrivare a un momento di riflessione assieme per prendere delle decisioni.

Le rivalutazioni

Una volta deciso di rivalutare la situazione e formulare un nuovo progetto, si è ripartiti tentando da subito di coinvolgere la neuropsichiatra sulla compilazione delle scale di osservazione del minore. Questo percorso, non solo di condivisione di responsabilità, ma anche di condivisione di obiettivi, potrebbe contribuire a creare un'uniformità di linguaggio. Questa rimane di sicuro una sfida, affinché sia realizzabile un recupero del pensiero a partire dai nostri servizi per poterlo trasferire. Il passo successivo potrebbe essere quello di socializzarlo all'équipe multiprofessionale e all'autorità giudiziaria.

Programma
delle attività

Successivamente all'analisi del problema, fase 2, si passa al programma delle attività, fase 3, lavorando ad esempio nella situazione predetta nell'ambito scolastico azione 1 per l'attestato con attenzione alla frequenza allo *stage* iniziato, alle assenze e alle uscite serali in quartiere (rischio devianza) e lavorare con l'azione 2 su una preiscrizione affinché non abbandoni la scuola, attraverso colloqui di orientamento che permettano di lavorare ancora sulle aree a rischio e parallelamente continuare con l'azione 3 con colloqui alla famiglia congiunti con titolare del caso ed educatore.

Infine, si passa dopo tre mesi, luglio 2010, alla verifica che porta alla riconferma del piano personalizzato in quanto appropriato.

Per concludere

Integrazione e prevenzione

Attraverso l'utilizzo di Risc si sottolineano le due ottiche perseguite:

- un'ottica di integrazione con tutti i servizi coinvolti, in quanto ogni professionista può offrire un apporto necessario e prezioso, con strumenti consoni al problema da affrontare e, nello stesso tempo, capaci di una valutazione multidimensionale dei bisogni di figli e genitori, lavorando il più possibile con la famiglia;
- un'ottica di prevenzione delle situazioni di crisi e degli allontanamenti, entrando a 360 gradi nella situazione per un tempo x in cui gli operatori concentrano le attività per arrivare alla co-costruzione di un percorso di cura e che, a differenza delle cartelle informatizzate, delle dichiarazioni sulla situazione economica e del piano d'azione individuale, permette di entrare in una visione tridimensionale.

Questo strumento di lavoro che impone tempi di verifica è collegato/collegabile alle attività proposte dal Comune di Torino e bene si incastra con le politiche di intervento degli ultimi tempi come il Ppm, che prevede interventi temporalizzati, con tempi scanditi. Anche la possibilità di mettere da subito in evidenza il costo complessivo del progetto ben si accompagna a quanto viene sempre più richiesto all'operatore sociale: una maggiore assunzione di responsabilità agganciata al discorso di sostenibilità degli interventi proposti. Appare evidente che questo strumento, proprio per la sua complessità, non può essere applicato in modo trasversale a tutti i casi, ma si auspica di poterlo fare sulle situazioni che richiedono investimenti particolari e interventi speciali, ipotizzando di rendere più snello il protocollo con il suo utilizzo.

Riferimenti bibliografici

Canali C., Vecchiato T. (2010), *Risc. Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo. Rapporto finale*, Fondazione Zancan, Padova.

Vecchiato T. e altri (2009), *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6, pp. 95-110.