

Lavorare con bambini e ragazzi in difficoltà in Toscana

**Risultati e riflessioni
sul progetto Risc-PersonaLab**

a cura di Cinzia Canali



Collana editoriale
"Infanzia, adolescenza e famiglia"

© Istituto degli Innocenti di Firenze
Prima edizione: settembre 2013
ISBN 978-88-6374-036-3

Lavorare con bambini e ragazzi in difficoltà in Toscana

**Risultati e riflessioni
sul progetto Risc-PersonaLab**

a cura di Cinzia Canali

Collana editoriale "Infanzia, adolescenza e famiglia"

Centro Regionale di Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza di cui alla L.R. 31 del 2000 Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza.



Regione Toscana

Assessorato Welfare e Politiche per la casa

Salvatore Allocca

Area di coordinamento Politiche sociali di tutela, legalità, pratica sportiva, sicurezza urbana, progetti integrati strategici

Vinicio Biagi

Settore Politiche per le famiglie e tutela minori

Silvia Pecchioli



Area Direzione Generale

Coordinamento delle attività dell'Istituto degli Innocenti per il Centro Regionale

Sabrina Breschi

Il progetto Risc-PersonaLab è realizzato dalla Fondazione Emanuela Zancan onlus in collaborazione con la Regione Toscana



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale

Coordinamento del progetto Risc-PersonaLab

Lorella Baggiani (Regione Toscana) e Tiziano Vecchiato (Fondazione Emanuela Zancan onlus)

Ha curato il volume

Cinzia Canali

Hanno collaborato alla realizzazione del volume gli operatori dei servizi impegnati nel progetto regionale RISC-PersonaLab del Comune di Firenze e delle Società della salute Alta Val d'Elsa, Empolese, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est, Mugello, Pisana e Val d'Arno Inferiore

Hanno curato le elaborazioni statistiche

Giulia Barbero Vignola, Cinzia Canali, Roberto Ricciotti

Coordinamento editoriale

Anna Buia

Progetto grafico

Cristina Caccavale

Realizzazione editoriale

Barbara Giovannini, Paola Senesi

Dati, pubblicazioni e documentazione prodotti dal Centro Regionale sono consultabili all'indirizzo www.minoritoscana.it

SOMMARIO

Introduzione <i>Silvia Pecchioli, Regione Toscana</i>	VII
Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo, ovvero un'opportunità per l'affermazione del diritto di ogni bambina e bambino a vivere nella propria famiglia <i>Lorella Baggiani</i>	1
Verso modi più efficaci di affrontare i problemi dell'infanzia <i>Tiziano Vecchiato</i>	7
Lo scenario conoscitivo sui bambini a rischio di allontanamento e sui bambini allontanati. I sistemi di monitoraggio del Centro regionale <i>Roberto Ricciotti</i>	13
Lavorare con le "infanziae infelici": i minori in situazione di gravità e rischio di allontanamento <i>Isabella Lapi</i>	19
I risultati dello studio Risc in Toscana <i>Andrea Barani e Cinzia Canali</i>	25
Il protocollo Risc-PersonaLab: un'occasione di riflessione sul sé professionale <i>Barbara Balleri</i>	49
Esperienze di partecipazione al progetto Risc-PersonaLab nel Comune di Firenze <i>Catia Calosi, Antonella Romani e Domenico Marziale</i>	61
L'esperienza Risc-PersonaLab in Alta Val d'Elsa <i>Sara Sammiceli, Emiliano D'Ambrosio, Beatrice Angeli, Chiara Cambi, Emanuela Lombardi e Valentina Sammiceli</i>	71
Le prospettive di utilizzo del protocollo e le ricadute operative, a partire dall'esperienza vissuta nelle zone coinvolte nella sperimentazione <i>Lorella Baggiani e Cinzia Canali</i>	75

Appendice

81

La documentazione al servizio del lavoro sociale:
le risorse del Centro regionale a disposizione degli operatori
Antonella Schena e Rita Massacesi

Introduzione

Silvia Pecchioli, Regione Toscana

La metodologia di intervento, che con il progetto per la valutazione e la presa in carico di nuclei multiproblematici con figli minori la Regione Toscana promuove, in collaborazione con la Fondazione Zancan, da oltre due anni, trova in questa pubblicazione una prima significativa documentazione.

La nota peculiare è rappresentata dalla narrazione diretta che gli operatori coinvolti restituiscono, in varie forme, dell'esperienza che hanno fatto, o stanno facendo, con il sostegno e la supervisione della Fondazione Zancan. Si tratta quindi di una pubblicazione non accademica, ma tesa a valorizzare le competenze professionali di assistenti sociali e psicologi che, quotidianamente, hanno a che fare con processi valutativi e decisionali di estrema delicatezza e che incidono direttamente sul benessere delle persone e sulle loro prospettive di crescita e sviluppo. L'ottica di questi contributi è naturalmente quella del contesto metodologico caratterizzante il progetto Risc-PersonaLab, con la sua forte accentuazione sulla progettazione personalizzata, fatta di passaggi logici e stringenti per la definizione sistematica di fattori che possono spiegare e determinare gli esiti e l'efficacia degli interventi.

La disponibilità degli operatori a misurarsi con una sperimentazione calata negli impegni quotidiani e, quindi, senz'altro, portata avanti con fatica, considerati i contesti organizzativi e i carichi di lavoro che ormai contraddistinguono i nostri servizi, rappresenta senza dubbio il profilo più qualificante di questo percorso. Le riflessioni, gli spunti, le idee che emergono dalla lettura dei contributi confermano quello che fin dalla prima adesione al progetto nazionale è stato per la Regione uno degli obiettivi da perseguire: la ricerca sociale può e deve praticarsi sul campo, con il coinvolgimento, quindi, degli operatori che devono poter approfondire i paradigmi del proprio operato, trovare soluzioni non stereotipate, riprogettare gli interventi in una dimensione dinamica, forgiata sui singoli contesti e sulle specifiche necessità e orientata a misurare gli esiti.

Del tentativo di tenere il progetto Risc-PersonaLab connesso al tessuto conoscitivo che si rivolge ai minori e alle famiglie in difficoltà relazionali e sociali sono infine testimonianza i contributi curati dal Centro regionale. Gli interventi affrontano, non a caso, le due dimensioni che hanno affiancato lo sviluppo del progetto regionale, i dati e la documentazione. Il contesto numerico dei bambini in carico ai servizi pubblici per maltrattamenti intrafamiliari ha costituito, fin dall'esordio del progetto, il panorama di riferimento per incardinare la scelta dei primi territori e per contestualizzare in seguito le azioni e le fasi del percorso. Le metodologie e gli strumenti per la documentazione del lavoro sociale, oltre a rappresentare uno degli ambiti consolidati di attività del Centro regionale, hanno assunto nello sviluppo del progetto una pregnanza assolutamente centrale, con un consistente impegno volto alla raccolta ragionata dei materiali e alla loro sistematizzazione fruibile dalla rete.

Il ringraziamento agli operatori che animano questo percorso, come anche alle istituzioni che li hanno individuati, non è dunque un atto formale, ma il dovuto riconoscimento di un impegno concreto che sta consentendo di diffondere, tra i servizi, linguaggi ed esperienze comuni sull'area della prevenzione degli allontanamenti dei bambini e dell'individuazione di misure alternative per sostenere le competenze genitoriali.

Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo, ovvero un'opportunità per l'affermazione del diritto di ogni bambina e bambino a vivere nella propria famiglia

Lorella Baggiani, Regione Toscana

Come intervenire in quelle situazioni in cui le relazioni familiari presentano fattori di compromissione tali da evidenziare un'area di rischio concreto per lo sviluppo armonico dei bambini e dei ragazzi?

È questa la domanda sollevata, anche in Toscana, dalla lettura di una serie di dati, provenienti da flussi regionali di raccolta storicizzati, che ci parlano di maltrattamenti e abusi intrafamiliari, di difficoltà economiche e relazionali delle famiglie, del bisogno di interventi di supporto educativo¹.

Il diritto del minore a crescere in una famiglia, universalmente riconosciuto, è soprattutto il diritto a crescere in una famiglia adeguata, in grado cioè di occuparsi del benessere psicofisico dei figli, di ascoltarne e recepirne i bisogni, di instaurare relazioni affettive dense e fortificanti. Si tratta, per molti ragazzi, di un diritto negato, anche nella nostra regione, dove il numero dei 1.862 minori che vivono temporaneamente fuori dalla propria famiglia e degli oltre 5.000 che, pur crescendo con i propri genitori, sono al centro di supporti specifici da parte dei servizi pubblici, reclama maggiore attenzione². Eppure questi argomenti faticano a emergere, perché senza dubbio non hanno il richiamo di altre problematiche che toccano, anche nella percezione comune, il mondo dei bambini e degli adolescenti. E se la condizione di queste fasce di popolazione, che rappresentano le future generazioni, rimane relegata in un mondo a parte, talvolta lontano anche dalle agende politiche e decisionali, allora si profila davvero la possibilità di una invisibilità perenne. A ben guardare, il problema del diritto a crescere in una famiglia è per molti ragazzi il problema di un diritto negato che rimanda a una condizione "ordinaria", quotidianamente fronteggiata dalle istituzioni e dai servizi sociosanitari.

In questo quadro non è persa eludibile la sfida di ridurre il numero di allontanamenti, così come quella di ricercare soluzioni maggiormente incisive per la tutela dei bambini e dei ragazzi a rischio di abbandono, maltrattamento e grave emarginazione.

Ma quando e come l'operatore pubblico può e deve decidere di allontanare? Soprattutto, come può valutare e supportare le competenze genitoriali? Con quali metodologie? Quali strumenti può mettere in campo per la verifica di efficacia degli interventi attivati?

A questi quesiti la Regione Toscana ha cercato di rispondere attraverso l'adesione al progetto nazionale sperimentale *Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*.

¹ Per l'analisi dei dati si veda il contributo specifico contenuto in questo volume: *Lo scenario conoscitivo sui bambini a rischio di allontanamento e sui bambini allontanati. I sistemi di monitoraggio del Centro regionale*.

² I numeri riportati derivano dalle banche dati del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, gestito in base alla LR 31/2000 dall'Istituto degli Innocenti di Firenze. Dei 1.862 minori che al 31 dicembre 2011 risultavano fuori famiglia, 689 erano accolti in strutture residenziali e 1.173 collocati in affidamento familiare. Alla stessa data, 1.797 bambini e ragazzi risultavano frequentanti centri diurni di supporto alla famiglia; per 730 minori era stato attivato un intervento di mediazione familiare, per 2.924 un progetto di educativa domiciliare e per 219 minori si era scelta la strada dell'affido part-time. Tutti i dati sono consultabili sul sito www.minori.toscana.it e sono commentati nel report *Il quadro toscano degli interventi sociali per bambini, ragazzi e famiglie* scaricabile dal medesimo sito.

Il progetto, avviato nel 2009 sulla base della proposta di ricerca-azione commissionata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali alla Fondazione Emanuela Zancan di Padova ha coinvolto sei regioni italiane (Toscana, appunto, Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto) in un comune obiettivo: “aggredire” l’area di rischio rappresentata da quelle famiglie di ragazzi o adolescenti attraversate da fattori problematici di natura diversificata e spesso concomitante, tale comunque da compromettere la crescita e lo sviluppo dei minori.

La scelta regionale è caduta nel momento in cui l’attività di monitoraggio annuale sulla condizione dei minori toscani confermava la persistenza, e in alcuni casi l’aumento, di indicatori “sentinella” sull’attuazione dei diritti dell’infanzia sopra ricordati:

- gli allontanamenti dalla famiglia di origine con il ricorso all’affidamento e al collocamento in comunità;
- gli interventi di sostegno alle famiglie in difficoltà, quali la mediazione familiare, l’assistenza educativa domiciliare, le prestazioni di assistenza domiciliare territoriale o il ricorso ai centri diurni.

Parallelamente alcuni percorsi di formazione permanente rivolti ai professionisti dei servizi e delle strutture avevano acceso i riflettori sulla disomogeneità del quadro organizzativo e metodologico che fa da sfondo al lavoro degli operatori e sul conseguente bisogno di dotarsi di strumenti condivisi e integrati per la valutazione, il monitoraggio e la verifica degli esiti degli interventi.

L’iniziale adesione al progetto nazionale si è basata sull’analisi dei dati del flusso riferito ai “minori vittime di maltrattamenti in famiglia segnalati agli organi giudiziari e presi in carico dai servizi” e ha coinvolto due territori, il Comune di Firenze e il Val d’Arno Inferiore, nell’apprendimento e nell’utilizzo di una metodologia mirata alla valutazione e al risultato di efficacia.

Il proseguimento e il potenziamento del percorso di sperimentazione ha successivamente rappresentato un’occasione per la Regione di far tesoro degli esiti della prima sperimentazione, nel tentativo di orientare con maggiore consapevolezza il lavoro dei servizi sull’attenzione da riservare alla valutazione “misurabile” delle risorse familiari, degli spazi di vita e dell’adeguatezza dei livelli di copertura assistenziale.

In questo scenario si è collocata la decisione strategica, assunta dalla Regione, di non fermarsi agli esiti pur apprezzabili del progetto nazionale, ma di riversarli nella dimensione locale con la finalità principale di costruire un vero e proprio percorso di lavoro per la diffusione della metodologia proposta, con il conseguente utilizzo dell’applicativo S-P messo a punto dalla Fondazione Zancan.

Sono sorti così i laboratori Risc-PersonaLab animati, a vari step, dagli assistenti sociali, coadiuvati da psicologi e neuropsichiatri infantili, dei servizi territoriali delle zone Fiorentina Sud-Est, Alta Val d’Elsa, Mugello e Pisana, Empolese, Fiorentina Nord-Ovest e, più recentemente, Val d’Arno Aretino e Val di Nievole.

Gli obiettivi e le fasi del percorso sono stati declinati in un provvedimento di programmazione triennale la DGR 227/2012 che, continuando a giovare della collaborazione competente e

stimolante della Fondazione Zancan, ha attivato i laboratori per il lavoro per progetti personalizzati, il confronto e la discussione tra operatori sociali e sociosanitari.

In questo contesto sperimentale e di affinamento delle competenze professionali, gli operatori sono guidati in un processo logico di apprendimento della metodologia Risc che si basa su alcuni passaggi concettuali chiave; l'operatore e/o gli operatori impegnato/i nell'attività di valutazione multidimensionale del "caso" sono cioè spinti a precise e stringenti considerazioni:

- qual è la natura del problema, con la conseguente domanda: cosa vedo?
- quali sono gli obiettivi e i risultati che mi attendo, e quindi: quali sono i punti su cui orientare il cambiamento?
- dove cambiare? dove cioè individuare gli interventi più adeguati? e con quale strategia?

Si tratta di un approccio valutativo che richiede la definizione di fattori osservabili, caratterizzati, dunque, da situazioni di cambiamento che siano misurabili e che, anche se di piccola portata, siano effettivamente incisivi nella vita quotidiana del bambino.

Un siffatto strumento richiede uno sforzo per prefigurare l'impatto delle decisioni, collegando esiti e azioni, risultati attesi a decisioni operative da assumere, anche con considerazione e quantificazione dei costi e quindi, in ultima analisi, del rapporto costi/benefici.

Va sottolineata con forza la disponibilità degli operatori aderenti a mettersi in gioco, a entrare in un percorso che richiede comunque una diversa posizionalità rispetto all'ordinaria condizione di lavoro dei servizi, troppo frequentemente caratterizzata da approcci condizionati dallo stato di continua emergenza derivante da carichi di lavoro eccessivi, scarsità di tempo da dedicare alla progettazione personalizzata, esiguità di risorse, sia in termini economici che di servizi. Non è quindi esagerato affermare che gli operatori che hanno sperimentato e stanno sperimentando questa metodologia hanno di fatto accettato una sfida, tanto più delicata se si considera che il progetto Risc-PersonaLab non propone l'acquisizione di competenze "nuove" ma richiede semmai un processo di razionalizzazione e pianificazione del proprio lavoro, sottoposto, nelle varie fasi che lo caratterizzano, a continue verifiche e ri-progettazioni.

È così che la comunità professionale Risc, composta da circa 60 operatori dei servizi pubblici – la maggior parte di loro sono assistenti sociali, una decina sono psicologi, oltre a due neuropsichiatri infantili e un pediatra – sta facendo emergere alcuni elementi di valore che qualificano l'esperienza e la candidano a una più incisiva azione di disseminazione.

Innanzitutto il fattore "tempo", considerato per una volta non nella sua accezione critica (la mancanza, appunto di tempo da dedicare a...), ma semmai in una più consona dimensione di elemento indispensabile per il lavoro sociale: elemento per osservare, valutare e programmare interventi efficaci, capaci cioè di produrre cambiamenti da proiettare in una parabola, appunto temporale, utile alla maturazione e alla registrazione degli effetti – T_0 , T_1 , T_2 , T_3 ecc.

Il nodo, inoltre, sempre spinoso, dell'integrazione delle professionalità, che emerge nel progetto Risc sotto forma di una rinnovata consapevolezza del bisogno di pratiche in cui i vari servizi condividano corresponsabilità capaci di aumentare e rafforzare le competenze nella lettura e nella comprensione dei problemi.

L'utilizzo, infine, di strumenti, quali lo schema polare e la misurazione di efficacia, che rappresentano l'uno la sintesi grafica, quindi immediata, delle valutazioni multiprofessionali e dell'osservazione dei cambiamenti lungo la direttrice temporale, l'altra la metodologia che consente anche agli operatori del sociale di verificare se ciò che è stato fatto ha raggiunto l'obiettivo prefissato.

Il percorso fin qui sviluppato ha conseguito un primo fondamentale risultato di qualità: la costituzione di un vero e proprio gruppo di operatori esperti che si confrontano, mettono in circolo idee e soluzioni, convergono su metodologie e linguaggi comuni. Si è venuta cioè delineando una piccola comunità già in grado di trasferire esperienze e competenze e di attivare interessi e risposte positive in altri servizi del territorio.

Si tratta di un dato di fatto, forse non emerso in tutta la sua portata all'avvio della fase toscana del percorso, ma che risulta del tutto funzionale agli obiettivi di sviluppo individuati dalla deliberazione regionale di programmazione triennale.

In sostanza la Regione Toscana intende affrontare alcune delle linee strategiche di sviluppo del costituendo Piano sanitario e sociale integrato regionale offrendo la possibilità a tutti i servizi sociali e sociosanitari del sistema integrato territoriale di sperimentare per un anno la metodologia e l'approccio proposti dal progetto Risc-PersonaLab; uno dei possibili strumenti, quindi, per l'attuazione dei diritti dei minori e per il trattamento della genitorialità difficile, che va ad agire su ambiti fondamentali, quali:

- gli interventi per famiglie in difficoltà e multiproblematiche, soggette a valutazioni multiprofessionali e integrate finalizzate a verificare l'adeguatezza genitoriale e offrire un eventuale supporto nella costruzione di relazioni affettive ed educative adeguate ai bisogni dei figli;
- la valutazione del rischio e la prevenzione di forme di maltrattamento o violenza domestica;
- il riconoscimento e la valorizzazione della centralità del ruolo della famiglia per i bambini e i ragazzi;
- la spinta alla costituzione di équipe multiprofessionali per la valutazione, la presa in carico e il monitoraggio dei casi a rischio di allontanamento;
- i processi di valutazione degli esiti degli interventi.

A supporto del percorso sperimentale, la Regione si è impegnata anche in un'azione sistematica di documentazione del lavoro e di diffusione delle esperienze³. I documenti e i provvedimenti che accompagnano via via il lavoro svolto e la sua sistematizzazione in ambiti specifici e fruibili rappresentano infatti una delle fasi del percorso, tanto più necessaria in quanto riferita all'utilizzo e alla sperimentazione di modalità inedite di presa in carico e valutazione.

³ Tutto il materiale prodotto, sia a livello di gruppi operativi territoriali che a livello regionale, come anche la documentazione curata dalla Fondazione Zancan, è raccolto e sistematizzato nello spazio web del sito del Centro regionale, con il contributo tecnico e scientifico dell'Istituto degli Innocenti di Firenze (si veda in Appendice il contributo *La documentazione al servizio del lavoro sociale*).

Il progetto Risc nel sito del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Francesco Grandi, Istituto degli Innocenti

Nell'ambito del progetto Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo l'attività di documentazione del lavoro svolto ha rappresentato uno dei momenti più significativi dell'intero percorso, anche perché riferita e connessa all'utilizzo e alla sperimentazione di un protocollo metodologico innovativo di presa in carico e di valutazione.

L'intero materiale prodotto, costituito sia dalla documentazione relativa all'attività di gruppi di lavoro territoriali, i quali hanno rappresentato il nucleo base di una serie di laboratori periodici di studio e di monitoraggio, sia della documentazione curata dalla Fondazione Zancan, è stato raccolto e collocato in un'apposita area del sito web del Centro regionale: **www.minoritoscana.it**.

L'attività di raccolta e di sistematizzazione del materiale è stata effettuata con il molteplice intento di:

- diffondere e disseminare tra i servizi territoriali sociali e sociosanitari le esperienze maturate e i risultati raggiunti;
- consentire una valutazione e il monitoraggio delle varie fasi di sviluppo del percorso;
- garantire un confronto integrato e condiviso tra gli operatori aderenti al progetto;
- stimolare un eventuale coinvolgimento dei colleghi di altri servizi non ancora impegnati nel percorso.

Guida alla consultazione

Sulla homepage del sito www.minoritoscana.it, cliccando su "*percorsi e progetti regionali*" dalla tendina del pulsante "*Documentazione*" si accede a un'area del sito dedicata al progetto Risc in cui gli utenti possono reperire notizie e informazioni relative allo sviluppo e allo stato di attuazione del percorso progettuale regionale, con specifiche indicazioni sulla cornice normativa di riferimento, sulle zone aderenti e sugli operatori coinvolti. Gli utenti possono inoltre reperire informazioni riguardanti il calendario degli incontri e dei gruppi di lavoro effettuati, anche attraverso la consultazione e il download dei relativi programmi e del materiale didattico-divulgativo presentato.

Verso modi più efficaci di affrontare i problemi dell'infanzia

Tiziano Vecchiato, Fondazione Emanuela Zancan onlus

Completezza e appropriatezza

La Regione Toscana sta investendo molto per qualificare la presa in carico personalizzata di minori in difficoltà e a rischio di allontanamento coinvolgendo un numero crescente di professionalità e servizi territoriali. Gli indici di completezza e appropriatezza metodologica utilizzati per documentare i problemi, gli interventi, gli esiti sono un indicatore dell'impegno degli operatori coinvolti.

L'insieme dei dati inseriti è stato inizialmente sottoposto ad *analisi di completezza*, per valutare se e quanto le informazioni raccolte rispondessero al fabbisogno conoscitivo per approfondire adeguatamente criticità, fattori di rischio e capacità e per decisioni necessarie per una presa in carico appropriata. La raccolta delle informazioni è stata facilitata dall'utilizzo di un protocollo e di un software a disposizione di tutti gli operatori, per meglio gestire le molte variabili considerate per l'analisi, le decisioni e la valutazione.

La domanda a cui dare risposta è stata la seguente: *in che modo gli operatori coinvolti nella sperimentazione hanno tenuto conto delle raccomandazioni condivise con loro e sintetizzate nel protocollo clinico e professionale?*

L'*analisi di appropriatezza* ha considerato il percorso logico e metodologico. Si è così visto che più il percorso è risultato appropriato più è stata facilitata la decisione, la verifica e la valutazione dell'efficacia. Il percorso metodologico ha seguito domande collegate alle fasi del lavoro per progetti personalizzati. Nella prima colonna (tabella 1) sono richiamate le fasi del lavoro per progetti e a fianco ci sono esempi di domande che sostituiscono le raccomandazioni del protocollo di presa in carico personalizzata.

Tabella 1 - Il percorso metodologico della presa in carico

Percorso	Domande per facilitare il percorso logico
Sintesi dei bisogni e delle potenzialità	Dallo schema polare, quali aree problema e aree di potenzialità si rilevano?
Definizione degli obiettivi	A fronte dello schema polare ottenuto, quali obiettivi ci si può porre?
Definizione della strategia di azione	Quali azioni vanno messe in campo per raggiungere quegli obiettivi?
Descrizione della azione/azioni	Come si possono descrivere?
Collegamento tra azione e area di osservazione	In quale aree di benessere si pensa di osservare un cambiamento?
Definizione dei fattori osservabili	Come si può misurare il cambiamento che ci si aspetta di ottenere (e che è l'effetto di "quella azione")?

L'analisi valutativa si è concentrata sull'appropriatezza metodologica in riferimento alla sezione 3 del protocollo, "Programma delle attività" con definizione degli obiettivi, delle azioni e dei fattori osservabili. Tale valutazione guarda al raggiungimento degli obiettivi, grazie al confronto tra schemi polari. I risultati sono associati a indici di efficacia relativa, misurati con fattori osservabili. Questa combinazione rende più sensibili e calibrati gli esiti attesi e osservati grazie a misurazioni quali-quantitative personalizzate.

L'analisi di completezza e appropriatezza metodologica ha consentito di approfondire le caratteristiche dei progetti di intervento. In questo modo gli operatori sono stati aiutati a dare forma organica alla scansione dei risultati (attesi e ottenuti) e alle modalità di verifica di risultato e di efficacia.

Analisi del problema e valutazione multidimensionale

L'analisi ha tenuto conto del fatto che il processo professionale, a certe condizioni, può rappresentare un vero e proprio livello di assistenza, da garantire quindi in condizioni di continuità tecnica e operativa.

La metodologia utilizzata nel corso della sperimentazione ha rappresentato una soluzione metodologica per facilitare l'analisi multiprofessionale e l'integrazione operativa, con la scansione del percorso di analisi e di decisione. Ogni tappa è infatti una finestra aperta su diverse opzioni decisionali così che l'operatore, il gruppo di lavoro, insieme con il bambino/ragazzo e la famiglia, possano scegliere il bene possibile. I risultati della personalizzazione corrispondono a come le responsabilità in gioco sono state espresse.

Il momento qualificante della costruzione del progetto è proprio la condivisione con i "soggetti attuali" (professionisti e non) e con le "risorse attuali", a partire dalla mappa che li considera unitariamente nello spazio di vita. Ogni persona nella mappa è valore da riconoscere come "soggetto" o come "risorsa", "attuale" o "potenziale". "Soggetti" sono le persone che hanno a cuore il problema, intendono affrontarlo, sono disposte a farsene carico, realizzando le azioni necessarie, secondo le proprie capacità. "Risorse" sono le persone che non possono o non sono in grado di fare così, ma che comunque concorrono al raggiungimento di determinati obiettivi e risultati attesi. Questi indici, insieme con quelli ottenuti con le "Scale di osservazione del minore" sono articolati nelle aree funzionale organica (organica, psicomotoria, autonomie), cognitivo comportamentale (cognitiva/comunicazione, apprendimento), socioambientale relazionale (sociorelazionale, affettivo relazionale). Insieme concorrono alla costruzione degli schemi polari, ovvero di una visione globale e multidimensionale delle difficoltà e delle capacità, in modo coerente con l'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001 e le successive raccomandazioni di buona pratica clinico professionale.

Nel suo complesso la strategia di valutazione si è basata su confronti sistematici "prima e dopo" per comparare gli elementi che descrivono e caratterizzano il bisogno e la situazione problematica prima dell'intervento e dopo che è stato realizzato. L'elemento che meglio consente di valutare i risultati di efficacia non è solo una differenza tra diverse configurazioni del bisogno. È anche necessario entrare nel merito delle scelte a discrezione degli operatori per conseguire risultati attesi coerenti con i bisogni e le capacità. Da qui la possibilità di ottenere misure di esito diversificate. Si tratta di uno dei risultati originali che ci mette a disposizione la possibilità di generalizzare alcuni esiti e le condizioni per raggiungerli.

Paradigmi a confronto

Il lavoro con minori che vivono in famiglie multiproblematiche considera, nei casi più gravi, se il rischio di allontanamento è reale oppure se rende necessario un approccio integrato sociosanitario ad esempio per contrastare i rischi di abuso, maltrattamento e privazione con conseguenti danni psicofisici ed emozionali. La configurazione complessa dei bisogni/capacità da considerare è ricorrente e proprio per questo richiede una presa in carico personalizzata.

Un ostacolo è rappresentato dalla persistenza del paradigma delle "buone prassi". Guardare oltre questo paradigma significa capire se e quali soluzioni sono disponibili per superare le prassi consolidate autocertificate, visto che ogni situazione ha proprie peculiarità. Una strada promettente è basata sul lavoro per progetti a misura di ogni persona. Sarebbe riduttivo pensarlo come alternativa al lavoro "per prestazioni", visto che entrambi gli approcci possono dare risultati positivi, in ragione della maggiore o minore complessità del problema.

Mentre nel lavoro per prestazioni i gradi di libertà decisionale sono limitati alla scelta della prestazione disponibile e più idonea, nel lavoro per progetti personalizzati le possibilità decisionali sono maggiori, quindi anche i gradi di incertezza e responsabilità professionale.

Significa ad esempio poter ampliare l'arco dell'efficacia possibile, le opzioni di risposta, le condizioni per erogarle. La personalizzazione si basa sul maggiore spazio tecnico e decisionale necessario per orientare le scelte, a partire dal problema e dalla soluzione condivisa. Le possibilità di efficacia aumentano così come le possibilità di appropriatezza se la persona e la famiglia non solo chiedono aiuto, ma diventano parti responsabili nel superamento del problema con le decisioni necessarie per affrontarlo.

Per queste ragioni, di natura costitutiva e strategica, si può sostenere che il lavoro per progetti personalizzati non è solo un'opzione etica ma anche eminentemente tecnica e, se adeguatamente inteso, comporta un salto di paradigma, più idoneo per meglio operare nei servizi alle persone.

Lo studio Risc nelle sue due annualità ha verificato questa possibilità anche confrontando la presa in carico per progetti personalizzati con la presa in carico normale messa in atto da operatori disposti a verificare le proprie competenze consolidate per valutare la loro affidabilità e appropriatezza.

In senso tecnico e metodologico, "personalizzazione" è maggiore possibilità di sbagliare ma anche maggiore capacità di dimensionare il problema e le soluzioni, tenendo conto delle condizioni reali, in modo da evitare i rischi di standardizzazione delle scelte professionali, formalmente corrette, ma subordinate a logiche amministrative o, peggio ancora, alla paura di essere chiamati a rispondere delle proprie scelte.

Nuove evidenze per l'azione professionale

Curare e prendersi cura è una distinzione importante per aiutarci a capire il senso della ricerca sui servizi alle persone: chiedendosi quale tipo di ricerca? è ricerca di tipo osservazionale o di tipo sperimentale? La ricerca osservazionale è finalizzata a osservare andamenti, relazioni, fattori emergenti, ipotesi da sottoporre a verifica. La ricerca sperimentale dovrebbe mettere a disposizione soluzioni per operare.

L'atteggiamento di ascolto, necessario per prendersi cura, mette a fuoco il significato dell'incontro con l'altro, che mi ricorda costantemente "non puoi aiutarmi senza di me". In altre parole significa che gli esiti non dipendono da quello che faccio ma da quello che facciamo con le persone, grazie a un concorso al risultato che nasce da condivisioni di responsabilità.

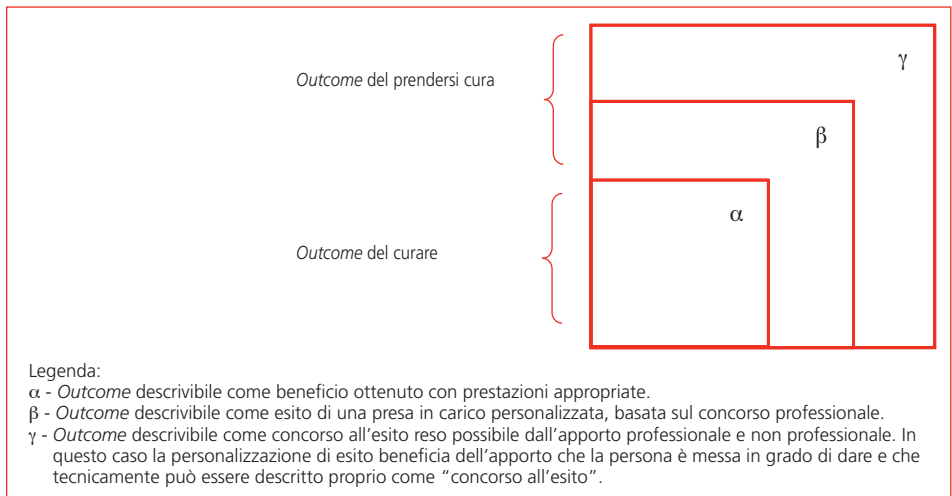
Che possibilità ci sono di spingere la ricerca su questo terreno? La ragione principale è la ricerca di soluzioni e non solo di nuove conoscenze.

La diagnosi è il primo passo che facilita l'approfondimento dei bisogni e delle capacità, delle compromissioni e delle potenzialità. Ma le acquisizioni diagnostiche, pur necessarie, non possono bastare per prendersi cura in modo efficace. È necessario anche "prognosticare", cioè prefigurare gli esiti possibili, quelli meritevoli di attenzione, gestibili con capacità professionali e personali per conseguire gli esiti attesi. Poterli identificare preventivamente significa creare le condizioni per operare in modo più efficace. È quello che interessa a ogni aiutato. Infatti, oltre le prestazioni tipiche dell'agire appropriato, i valori aggiunti e gli esiti dipendono da strategie capaci di collegare l'efficacia resa possibile dal prendersi cura. Dovremmo cioè aspettarci successivi livelli di *outcome*, nei termini raffigurati nella figura 1.

La ricerca nei servizi alle persone è chiamata a costruire in questa direzione passando dal lavorare per buone prestazioni a un operare professionale più strategico, in cui i fattori produttivi si compongono tra loro, mettendo a disposizione "valore aggiunto di esito". Non è la somma dei risultati dei singoli interventi erogati. Abbiamo infatti chiesto a ogni operatore di pensare e operare per esiti, e non solo per risultati produttivi o per appropriatezza prestazionale, per non consegnarsi alle buone procedure, che rinunciano ai gradi di libertà necessari per l'agire professionale responsabile. Quello che conta infatti per le persone sono i benefici di vita resi possibili e identificabili in termini organico funzionali, cognitivo comportamentali, socioambientali e relazionali, valoriali e spirituali. Si tratta di una sfida metodologica e strategica, per caratterizzare in modo originale il lavoro con le persone.

Nell'ambito del progetto, gli operatori sono stati in grado di misurare le differenze e di verificare l'andamento dei risultati della presa in carico del problema. La natura di queste differenze è stata gestita nel formato: $[\Delta(x-y)]$, cioè con confronti sistematici "prima e dopo" e con indici di efficacia misurati dai valori della diversa configurazione degli schemi polari (valutazione S-P), e nel formato $[f(x,y,z)]$, cioè utilizzando indici ricavati dal rapporto tra fattori osservati prima dell'intervento (x), risultati attesi (y) e fattori osservati a seguito dell'intervento (z) (valutazione F-O).

Figura 1 - Livelli di *outcome*



Verifica e valutazione

La valutazione così configurata si è rivelata di facile realizzazione e lettura, al punto da poter essere condivisa tra tutti gli operatori coinvolti nella presa in carico e, quando possibile, anche con la famiglia. Si tratta di un risultato non facile, garantito dal modo con cui il problema valutazione di efficacia è stato affrontato. I risultati disponibili rendono ora possibili ulteriori analisi comparative tra servizi e approfondimenti basati sul rapporto tra indici di efficacia conseguiti e quantità di risorse utilizzate, nella forma di costo/efficacia¹.

Avere un traguardo da raggiungere significa conoscere il punto di partenza. La distanza tra partenza e traguardo è misura del percorso, della fatica e anche delle energie necessarie per percorrerlo. Avere un traguardo significa riuscire a guardare tra dimensioni, identificando i percorsi e le condizioni che le collegano.

Per questo «tra-guardare» significa anche vedere e rendere compresenti le condizioni di partenza e di arrivo per meglio gestirle. Significa poter raggiungere la meta, il risultato atteso. Sono operazioni che caratterizzano l'attività di verifica, in senso formale e non soltanto culturale. Verificare, sul piano logico, significa associare valori di verità (vero/falso) in termini di assenza/presenza, 0/1, numerosità, gradi di libertà e altre forme coerenti con i requisiti

¹ Canali, C., Vecchiato, T., *Produrre e utilizzare evidenze: l'esperienza del laboratorio multicentrico PersonaLab*, in «Studi Zancan», 2/2012, p. 39-46; Vecchiato, T., *La valutazione di efficacia come esercizio di responsabilità*, in «Studi Zancan», 5/2010, p. 5-7.

della situazione considerata. L'attività di verifica identifica cioè i propri oggetti, li caratterizza a partire dai loro attributi (funzionali, dimensionali...) e li approfondisce con tecniche di comparazione, misurazione, dimostrazione.

È importante, per comprendere adeguatamente la natura propria della verifica, aver presente che essa considera i caratteri degli oggetti e non i giudizi che su di essi possono essere formulati. Per questo è necessario che la linea di demarcazione tra caratteri degli oggetti e attribuzioni di valore espresse dai soggetti sia utilizzata in modo adeguato.

Se verifica significa *verum facere*, associando valori di verità osservati a un problema, valutazione significa mettere in movimento significati e valori, necessari per collegare valori di verità a giudizi di valore (*verum dicere*).

Una conseguenza immediata è che non si può fare valutazione senza aver fatto verifica e prima della verifica stessa. È un errore professionale piuttosto diffuso, da contrastare per rendere affidabili e trasparenti i percorsi di valutazione. È quello che abbiamo cercato di fare nel progetto utilizzando non uno ma due metodi di verifica, così da meglio qualificare la successiva valutazione dei risultati conseguiti.

Considerazioni sui risultati in Toscana

I riscontri dalla sperimentazione toscana mettono a disposizione risultati positivi e incoraggianti, pur nella difficoltà di utilizzare un percorso metodologico impegnativo all'interno delle pratiche quotidiane dei servizi. Gli operatori hanno più volte evidenziato che i tempi necessari sono poco compatibili con i carichi di lavoro, anche perché i casi considerati sono stati trattati nell'ambito della ordinaria attività lavorativa e non da servizi ad hoc costituiti per soli fini progettuali.

Le zone hanno ora a disposizione protocolli verificati e applicabili alle situazioni di rischio che possono essere utilizzati a supporto delle scelte operative (cliniche e organizzative) per la gestione dei percorsi di presa in carico e la valutazione di efficacia.

Un ulteriore valore a disposizione riguarda il gruppo di operatori coinvolti. Si tratta di un nucleo esperto nella gestione del protocollo e delle linee guida di supporto alla sua gestione. Sa gestire la metodologia di presa in carico personalizzata e la valutazione di efficacia e può essere valorizzato per il trasferimento di competenze ad altri operatori, così come sta avvenendo. In questo modo si possono meglio generalizzare e stabilizzare i risultati e meglio comunicarli: alle istituzioni interessate, alle famiglie in carico ai servizi, alle organizzazioni sociali e di volontariato, agli operatori della giustizia, a quanti operano a titolo professionale e personale per aiutare l'infanzia in difficoltà.

Questo lavoro apre la possibilità di utilizzare accreditamenti basati non solo sulla qualificazione dei requisiti di processo-organizzativo/produttivo ma anche su indici di efficacia documentati, implementabili nel tempo. Potrà rappresentare un indicatore affidabile del livello quantitativo e qualitativo raggiunto nei diversi territori.

Lo scenario conoscitivo sui bambini a rischio di allontanamento e sui bambini allontanati. I sistemi di monitoraggio del Centro regionale

Roberto Ricciotti, Istituto degli Innocenti

Il tema dei minori allontanati dalla famiglia di origine o che ne vivono forzatamente al di fuori – vedi i minori stranieri non accompagnati – ha trovato in questi ultimi anni ampio spazio nelle ricerche realizzate in ambito nazionale e territoriale. La stessa Regione Toscana attraverso il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza ha avviato un'ormai più che decennale attività di monitoraggio sui minori in affidamento familiare e sui minori accolti nelle strutture residenziali. Su quest'ultimi poi si sono alternate attività di approfondimento specifiche fino alla messa online degli attuali sistemi informativi ASSO e ASMI relativi rispettivamente all'anagrafica delle strutture residenziali e alle informazioni individuali del minore accolto. A queste attività si somma il censimento sui minori fuori famiglia realizzato in collaborazione con gli operatori territoriali nel corso del 2005.

Il forte impegno conoscitivo sul fronte dei minori fuori famiglia non ha però distolto l'attenzione da tutti quegli ambiti che interessano i minori che vivono con le proprie famiglie e che in situazioni di più o meno grave difficoltà sono stati interessati da interventi e/o prestazioni in ambito socioeducativo. È importante sottolineare questo aspetto in quanto rappresenta uno scenario unico in ambito nazionale che ha garantito al Centro regionale di produrre informazioni su una serie di argomenti statisticamente sconosciuti agli operatori ma soprattutto agli amministratori.

Su tale fronte, le informazioni raccolte nel corso degli anni sono risultate sempre più accurate e, grazie all'aiuto degli operatori che hanno messo a disposizione dei ricercatori la loro esperienza maturata sul campo, la scheda di rilevazione riesce a oggi a raccogliere una gran quantità di informazioni riconducibili ai fattori di disagio e anche di rischio di allontanamento.

Nei vari report di analisi statistica che hanno annualmente accompagnato i dati si è cercato di mettere in relazione alcuni degli indicatori più significativi derivanti dai monitoraggi regionali e in particolare alcuni fenomeni definiti a rischio di allontanamento con gli allontanamenti effettivi. Uno dei risultati raggiunti, ad esempio, è stata la formulazione dell'ipotesi di una stretta relazione tra l'aumento dei minori coinvolti nei servizi residenziali, l'aumento dei contributi economici alle famiglie con figli minori e la contemporanea diminuzione dei minori fuori famiglia. Questa ipotesi, pur riscontrando i pareri positivi degli stessi operatori e degli amministratori riguardo l'attuale rischio di propendere per interventi meno "impegnativi" dal punto di vista economico, non trova riscontro scientifico certo, perché la base dati sulla quale è sviluppata non si basa su dati individuali relativi al minore bensì aggregati per livello territoriale: società della salute (sds) e zone sociosanitarie.

Tale deficit informativo è però destinato a essere colmato nel breve periodo. Infatti, il percorso di lavoro svolto con gli ambiti territoriali e l'alto grado di partecipazione di questi a tutte le fasi delle attività di monitoraggio e ricerca non ha solo permesso negli anni di acquisire informazioni sempre più precise e indicatori sempre più robusti, ma ha permesso alla Regione di avviare, sulla base di una solida rete, un percorso molto ambizioso: la sperimentazione della cartella sociale del minore.

Il progetto, che prende spunto dal progetto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per un Sistema informativo nazionale sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro fami-

glie (SInBa), estende quest'ultimo fino alla definizione della cartella sociale informatizzata e prevede al momento la sperimentazione su 9 realtà territoriali (tra sds, zone e comuni) e un successivo allargamento a tutto il territorio toscano. Va sottolineato che il sistema informativo toscano SInBa e il sistema informativo ASMI sono stati costruiti per comunicare tra loro in modo da permettere a tutti gli operatori coinvolti nella presa in carico del minore di condividere le informazioni disponibili.

È intuitivo pensare che tra i vantaggi che la nuova cartella sociale porterà, oltre alla gestione informatizzata e condivisa da parte degli operatori, c'è anche la possibilità di andare a verificare in maniera empirica il percorso individuale di ogni bambino o ragazzo preso in carico. Infatti, storicizzando le informazioni relative al minore sarà possibile analizzare tutte quelle situazioni che hanno portato all'allontanamento dello stesso dalla famiglia di origine, quali sono stati e se ci sono stati degli interventi per prevenire questa decisione, in che modo si sono susseguiti, i tempi che hanno caratterizzato questo processo e tutta una serie di informazioni che ricostruiscono la "vita" del minore dal momento della sua presa in carico.

In attesa di misurarsi con i dati provenienti dalla sperimentazione SInBa, il Centro regionale può fare affidamento sui dati provenienti dal territorio, di cui è stato detto all'inizio anche se si presentano in forma aggregata e quindi con dei limiti oggettivi.

Tra i dati disponibili strettamente legati a fattori di rischio di allontanamento trovano una dimensione importante quelli relativi al ricorso ai servizi di accoglienza diurna (affidi part time e presenze in servizi semiresidenziali), quelli relativi alle prese in carico dei minori segnalati agli organi giudiziari per maltrattamenti e abusi e in particolar modo ai maltrattamenti intrafamiliari e quelli più specificatamente indirizzati alla famiglia dei minori come il sostegno economico, le attività di educativa domiciliare e di domiciliare territoriale e le attività di mediazione familiare.

I dati del Centro regionale (con riferimento alle zone che partecipano alla estensione del progetto Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo)

I maltrattamenti in famiglia caratterizzano di fatto una situazione di rischio di allontanamento del minore. Gli ultimi dati disponibili al 31 dicembre 2011 mettono in evidenza un aumento del numero dei minori vittime di maltrattamenti in famiglia (presi in carico e segnalati agli organi giudiziari) nel triennio 2009-2011, dove passano da 993 a 1.196, per un incremento percentuale pari al 20%. L'andamento temporale del fenomeno risente comunque di una forte variabilità e risulta molto altalenante se si allarga il periodo di analisi fino al 2006; in questo anno i casi di maltrattamento sono stati 815 per poi salire significativamente fino a più di mille (1.037) nell'anno successivo e ridiscendere sotto gli 800 casi nel 2008.

Tra i 1.196 minori segnalati e presi in carico nel 2011, 464 sono "nuovi" casi avviati nel corso dell'anno. Questo dato conferma il trend di crescita registrato nel triennio 2009-2011, visto

che i “nuovi” casi erano stati circa 370 nei due anni precedenti, facendo segnare quindi nel periodo considerato un importante incremento degli stessi di poco inferiore al 30%. Aumenta in maniera significativa anche il valore assoluto delle vittime di maltrattamenti in famiglia di cittadinanza straniera, che passa dalle 181 unità del 2007 alle 305 del 2011. La proporzione di circa uno straniero ogni 4 minori presi in carico è decisamente superiore all'incidenza percentuale dei minori stranieri sulla popolazione totale minorile toscana, che nel 2011 era intorno al 14%.

Rapportando il numero dei minori vittime di maltrattamenti in famiglia alla popolazione minorile residente, si ottiene un tasso medio annuo relativo al periodo 2009-2011 di circa 2 minori vittime di maltrattamenti in famiglia ogni 1.000 minori residenti.

Nel 2011, nei 10 ambiti che aderiscono al progetto di estensione Risc, i minori vittime di maltrattamenti in famiglia (presi in carico e segnalati agli organi giudiziari) sono stati 742 e coprono il 62% dei casi totali registrati in Toscana. In 6 di queste zone si registra, inoltre, un tasso medio annuo superiore al tasso medio regionale. Il tasso in questione è particolarmente alto nella società della salute del Val d'Arno Inferiore (16,9), seguita dalla Pisana (3,9) e dall'Empolese (3,8).

Tra gli interventi “sentinella” che individuano situazioni di rischio di allontanamento dei minori vanno certamente menzionate le accoglienze in servizio semiresidenziale a favore dei minori in situazioni di difficoltà. I dati del Centro regionale mettono in evidenza una tendenza all'aumento riscontrata da alcuni anni e il 2011 risulta l'anno che ha segnato il numero più alto di accoglienze semiresidenziali dall'inizio del decennio, contando 1.797 casi. È stato verificato, attraverso approfondimenti specifici con i territori, che questo fenomeno risente in maniera significativa della trasformazione che questo tipo di intervento sta avendo, affiancando alla forma classica di accoglienza, che fa riferimento a un punto fisico individuato nella struttura semiresidenziale, progetti che prevedono la semiresidenzialità ma che non si appoggiano necessariamente a una struttura semiresidenziale.

Rispetto al totale regionale, uno dei fenomeni riscontrati già negli anni passati riguarda la tendenza alla diminuzione dell'incidenza percentuale degli stranieri sul totale dei minorenni presenti. Nel 2011 a fronte dei 1.797 presenti, 464 erano di cittadinanza straniera per un'incidenza percentuale del 25,8% (circa 1 su 4). Questo valore è più basso di quanto registrato appena un anno prima (29,2%) e decisamente più basso del 2007 quando ha toccato il suo valore massimo (33,4%).

Con un andamento temporale del genere è automatico che l'aumento delle presenze nei servizi semiresidenziali sia dovuto principalmente alla componente italiana. Solo nell'ultimo anno gli stranieri passano da 384 a 464 per un incremento percentuale del 20,8%, mentre gli italiani passano da 932 a 1.333 per un incremento percentuale del 43%.

I 10 ambiti che aderiscono al progetto di estensione Risc contano 772 presenze nei servizi semiresidenziali e tra questi la sola Sds Val di Nievole ne conta 486. Proprio questa zona è quella in cui si contano maggiormente gli interventi di semiresidenziale atipico, senza cioè avere una struttura alle spalle ma con progetti che si riconducono a questa tipologia di servi-

zio. Alla Val di Nievole segue la Sds Fiorentina con 131 presenze. Tra i non aderenti al Risc si segnalano la Lunigiana (334 presenze), le Colline dell'Albegna (180) e la Sds Pistoiese (161).

Il rischio di allontanamento di un minore è anche facilmente riconducibile ad alcuni interventi o prestazioni a carico delle famiglie, per i quali però non è disponibile il dato suddiviso per ambito territoriale.

Le famiglie con figli minori coinvolte e indirizzate dai servizi territoriali in attività di mediazione familiare sono tra il 2009 e il 2011 tra le 500 e le 520 l'anno; tale attività coinvolge mediamente ogni anno circa 800 minori.

Nello stesso triennio si mantengono costanti anche le forme di sostegno economico alle famiglie con figli minori, più di 10mila famiglie l'anno e circa 16mila minori coinvolti. Questa forma di assistenza nell'ultimo decennio è in costante e deciso aumento: prendendo in considerazione il 2011, l'aumento percentuale del numero di famiglie assistite rispetto al 2000 (primo anno per il quale si hanno a disposizione i dati) è stato di poco più del 100%, raddoppiando il numero delle famiglie da 5.116 a 10.300. Naturalmente aumentano anche i bambini e i ragazzi coinvolti nell'intervento di assistenza, che tra il 2006 (primo anno per il quale si dispone di dati sui minori) e il 2011 passano da 12.072 a 16.380 per un incremento percentuale del 36%.

Un'altra tipologia di assistenza rivolta alle famiglie con figli minorenni riguarda l'assistenza domiciliare territoriale e cioè prestazioni di aiuto a nuclei familiari con figli in età minore, non in grado di fare fronte, anche temporaneamente, a esigenze di organizzazione della vita familiare (accompagnamenti per la scuola o altre attività, sostegno all'ordine e alla pulizia della casa, collaborazione e sostegno nell'igiene personale dei minori ecc.). I dati nel triennio 2009-2011 mettono in evidenza una sostanziale stazionarietà del fenomeno che nel periodo considerato passa dalle 502 famiglie coinvolte nel 2009 alle 520 del 2011.

Rimane stabile anche il dato che interessa l'attività di educativa domiciliare, vale a dire l'affiancamento, per alcune ore al giorno, del minore in difficoltà, da parte di un educatore che ha il compito di sostenere i genitori nel processo educativo. In questo caso il fenomeno conta mediamente ogni anno 2.500 famiglie coinvolte e circa 3.000 bambini interessati.

I dati a disposizione del Centro regionale non permettono di avere la dimensione quantitativa del fenomeno dei minori allontanati dalla famiglia. In attesa di potere avere la disponibilità di tale informazione dall'analisi dei fascicoli individuali (SInBa) è molto utile fare riferimento ai minori che vivono fuori dalla famiglia di origine, tenendo sempre in considerazione che questo dato configura un fenomeno ben più ampio di quello degli allontanamenti che ne costituiscono, invece, un sottoinsieme.

Al 31 dicembre 2011 i minori che vivevano fuori dalla famiglia di origine in Toscana erano 1.721 (1.091 in affidamento familiare e 630 presenti nelle strutture residenziali), per una diminuzione, rispetto al 31 dicembre 2009, pari al 10%. Riduzione che interessa principalmente la componente dei minori stranieri non accompagnati, che in questi due anni passano da 300 a 170, per una diminuzione percentuale pari al 43%. Nello stesso periodo, i minorenni italiani che vivono fuori dalla famiglia di origine non subiscono una diminuzione così consistente e

passano dai 1.202 del 2009 ai 1.138 del 2011 (-5%); ancora meno diminuiscono gli “altri” minorenni stranieri, che passano da 421 a 413 unità (-2%).

Rispetto alla popolazione minorile residente si contano mediamente in Toscana 3 minori fuori dalla famiglia ogni 1.000 minori residenti e tra i 10 ambiti interessati dal Risc lo stesso indicatore è uguale o supera il valore di 4 per l'Empolese (4,3), Firenze (4,3), Val di Nievole (4,2) e Val d'Arno Inferiore (4). Questi 10 ambiti coprono circa la metà dei minori fuori famiglia in Toscana: sono 845 a fronte dei 1.721 totali.

Le funzionalità a supporto della documentazione e del monitoraggio dei progetti e percorsi regionali

Sabrina Breschi, Istituto degli Innocenti

Oggi tutto il lavoro di documentazione realizzato dal Centro regionale trova un nuovo punto di accesso web garantito dal sito **www.minoritoscana.it** in corso di implementazione come luogo di valorizzazione e restituzione delle informazioni raccolte ed elaborate dal Centro, a supporto dei processi di programmazione territoriale e sviluppo del sistema degli interventi educativi e sociali.

Pensato come uno strumento rivolto soprattutto (anche se non solo) agli operatori che da sempre interagiscono con il Centro per le attività di monitoraggio sugli interventi, ricerca e formazione, ha una struttura semplice che intreccia le tipologie di attività svolte con specifici approfondimenti tematici. Le sezioni principali del sito sono:

- una prima legata alla presentazione delle statistiche e dei dati sulla condizione dell'infanzia in Toscana elaborati dall'Istituto nello svolgimento delle funzioni di Osservatorio minori;
- una seconda che raccoglie la documentazione dei percorsi di informazione e formazione, ma anche dei principali progetti e percorsi regionali attivi nell'ambito della promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e adolescenza;
- una terza dedicata alla presentazione dei principali prodotti di documentazione ed editoriali realizzati dal Centro regionale;
- infine un'area in cui è in corso di implementazione la mappatura dei servizi di interesse presenti sul territorio, visualizzati anche attraverso lo strumento regionale di georeferenziazione.

È in fase di rafforzamento anche la funzionalità del sito a supporto della documentazione e monitoraggio di alcuni importanti progetti e percorsi regionali riguardanti le politiche a favore dell'infanzia e dell'adolescenza. Fra questi il progetto Risc-PersonaLab.

Lavorare con le “infanzia infelici”: i minori in situazione di gravità e rischio di allontanamento

Isabella Lapi, Asl 10 Firenze

L'impegno etico

Lavorare per l'infanzia è una scelta etica profonda che rispetta i valori dell'infanzia in quanto tale e in quanto futuro della società. Mettere al centro dei nostri intenti e delle nostre azioni i minori e i loro diritti significa riconoscerli come soggetti fragili e quindi bisognosi di speciale cura e protezione, come soggetti che esigono risposte a garanzia della loro individualità e del loro sviluppo fisico, psichico, sociale. Significa adoperarsi perché non siano proprietà dei genitori e degli adulti, o strumenti terapeutici per questi, ma siano ascoltati, difesi e valorizzati proprio per il loro essere bambini e ragazzi, oggi, oltre che adulti, domani.

I bambini delle “infanzia infelici”¹ – in situazione di trascuratezza, abuso, violenza, rischio di abbandono – non godono di diritti: sono oggetti di possesso dei loro genitori e prolungamento del loro sé; sono sempre nel fondo, o comunque non al primo posto, nella gerarchia della famiglia e negli investimenti affettivi dei loro genitori (adulti fragili, immaturi, malati) che non vedono i figli distinti da sé e li sottopongono alle proprie proiezioni disturbanti e ai propri agiti patogeni. Sono bambini sofferenti e resi disturbati, che diventeranno adulti altrettanto sofferenti e ancor più disturbati se non sapremo aiutarli in tempo.

Intervenire mettendosi dalla parte di questi minori e cercando di assicurare loro le provvidenze ambientali e relazionali necessarie per crescere, è un obiettivo forte che deve ispirare le azioni politiche, organizzative, tecniche dei servizi a tutela dell'infanzia, con scelte decise di allocazione delle risorse e miglioramento della qualità professionale – anche introducendo strumenti nuovi, che nascono a misura di bambino ma possono rivelarsi, poi, utili per tutti².

Un pensiero clinico diverso

Lavorare per ristabilire il diritto dei minori al benessere, a guarire delle ferite sofferte, a guadagnare il futuro non è mai facile e richiede strumenti professionali precisi e derivati da un modo nuovo e più adatto di analizzare e pensare – a partire anche da un rinnovamento della clinica.

Occorre che il nostro pensiero clinico sia orientato a vedere il minore in una prospettiva olistica, ecologica e sistemica, e usare una diagnosi strutturale complessa.

La diagnosi di cui abbiamo bisogno non è quella basata sui sintomi, bensì una diagnosi che:

¹ Cancrini, L., *La cura delle infanzie infelici*, Milano, Raffaello Cortina, 2012.

² Nella zona Fiorentina Sud-Est sono attivi da moltissimi anni i cosiddetti gruppi tutela (gruppi multiprofessionali di assistenti sociali e psicologi, aperti a tutte le professionalità mediche, educative e di tutte le agenzie della comunità dove vive il bambino, che si occupano del disagio grave, spesso su mandato e in collaborazione con le autorità giudiziarie), nella rete con il privato sociale (la rete chiamata – con un nome colorito che ben sottolinea l'integrazione! – “Punti di contaminazione”, che collega i servizi sociali e sanitari con le comunità e le strutture educative per minori presenti nel territorio), nel Centro affidi della zona Fiorentina Sud-Est, nei gruppi di supervisione (delle assistenti sociali, dell'Unità funzionale, del Centro affidi, che negli anni hanno prodotto cultura, formazione, strumenti professionali utili nell'operatività) e nella partecipazione al progetto Risc.

- descriva strutturalmente il modo di funzionare della mente del bambino e, contemporaneamente, il modo di funzionare del contesto ambientale in cui vive;
- metta in relazione i processi psichici interni, i comportamenti, le modalità relazionali del bambino con quelli degli adulti significativi che agiscono intorno a lui;
- evidenzi i punti di fragilità e i punti di forza (resilienza) del minore, dei genitori, del contesto di vita;
- valuti le competenze genitoriali nell'ottica della loro recuperabilità.

Chi sono questi bambini? Chi sono i loro familiari? Quali danni, come e perché vengono prodotti? Su quali elementi possiamo far leva per sostenere il progetto di recupero? A questi interrogativi dovrebbero rispondere la diagnosi psicologica e la valutazione sociale per fondare in modo efficace l'intervento dei servizi.

Deprivazione e trauma

I bambini di cui stiamo parlando hanno vissuto e vivono situazioni di vita profondamente e gravemente lesive del loro sviluppo fisico e psichico, e per comprenderne comportamenti e modalità relazionali occorre risalire alla storia originaria delle loro relazioni primarie.

All'origine della loro sofferenza, che si manifesta spesso con agiti violenti, aggressivi, antisociali, di attacco alle relazioni positive, troviamo o una storia di deprivazione (intesa come perdita di relazioni e provvidenze ambientali che ci sono state fino a un certo momento e poi sono venute pesantemente e improvvisamente a mancare³) o una storia di trauma. L'esperienza traumatica vissuta può essere un "evento traumatico": un fatto grave e intenso, isolato o ripetuto ma circoscritto in un arco temporale definito, a cui il minore non può sottrarsi e verso il quale non ha risorse fisiche e psichiche per contrastarne e sostenerne gli effetti. Può essere, invece, uno "sviluppo traumatico" quando il minore vive in condizioni stabili e continuative di minaccia, con effetti complessi e cumulativi assai disturbanti per lo sviluppo psicologico globale; può essere, infine, un "trauma relazionale precoce" inerente la relazione primaria tra il bambino e la madre, che produce in lui lo sviluppo dello stile di attaccamento disorganizzato, con conseguenze patologiche gravi⁴.

La sofferenza di questi bambini è acuta ma nascosta dietro comportamenti che la negano a se stessi e agli altri: tramite l'agire impulsivo, i comportamenti agitati, trasgressivi, delinquenziali, essi cercano di tenersi lontani dal contatto con il proprio mondo interno, molto temuto perché pieno di dolore (per inciso, anche per questo è così difficile l'approccio classico della psicoterapia). Un dolore psichico caratteristico e predominante è quello legato ai sensi di col-

³ Winnicott, D.W., *Il bambino deprivato*, Milano, Raffaello Cortina, 1986.

⁴ Liotti, G., Farina, B., *Sviluppi traumatici*, Milano, Raffaello Cortina, 2011.

pa dovuti ai moti di autonomia e ribellione verso i genitori e al cosiddetto conflitto di lealtà, che mina la loro possibilità di stringere nuove relazioni affettive fuori dalla famiglia originaria.

Avvicinarsi a loro è spinoso perché tutte le loro relazioni con gli altri sono condizionate dalle risonanze attivate, nel loro mondo interno, dalle sovrapposizioni di queste nuove relazioni a quelle vissute con gli adulti deprivanti e traumatizzanti, e dalla tendenza a riproporle. L'insieme dei vissuti traumatici crea barriere di sfiducia, timore, fraintendimenti, difficili da valicare e abbattere, e colonizza totalmente la mente e i rapporti sociali: non c'è investimento emotivo profondo né nella scuola (l'apprendimento è quasi sempre deficitario) né negli interessi e nelle attività normali dell'età. Sul piano relazionale e generazionale predominano i cosiddetti processi di copia (per esempio, il ciclo ripetitivo dell'abuso), il contagio della follia, la trasmissione transgenerazionale degli effetti del trauma sulla psiche e sui comportamenti.

Quadri clinici dall'infanzia all'età adulta

Purtroppo, la correlazione tra le sofferenze infantili che si producono in particolari ambienti familiari e certa patologia adulta è molto stretta: alcune situazioni familiari tipiche corrispondono a quadri tipici psico-comportamentali e relazionali del bambino, che possono, se non curati, evolvere in gravi disturbi della personalità nell'età adulta. La sofferenza infantile delle “infanzie infelici”, scrive Cancrini, resta imprigionata «nel corpo e nell'anima dei pazienti con gravi disturbi di personalità [...] quelli che curiamo, anche quando curiamo pazienti adulti, sono, alla fine, i bambini feriti che ancora piangono dentro di loro». Riprendendo e sintetizzando proprio da Cancrini, ecco alcuni quadri clinici, in ordine crescente di gravità.

Infanzia borderline		Età adulta
<i>Genitori</i>	<i>Bambino</i>	
Nella famiglia domina il caos: litigi, cambi di partner, di case, di figure di affidamento; frequente abuso di alcol; ecc. Verso il bambino: alternanza di cure affettuose (con costruzione di legami forti) e di periodi di abbandono, non giustificate dagli adulti e non comprensibili dal bambino, e senza attuazione di misure protettive.	È costretto ad agire, muoversi d'impulso, adattarsi a cambiamenti repentini e non annunciati; vive periodi di isolamento sociale e solitudine. È oggetto di amore discontinuo, e verso gli adulti mostra rabbia alternata a ricerca della loro presenza. Vive acutamente il “conflitto di lealtà”, sente di tradire la famiglia se si attacca ad altre figure: lo star meglio e amare altri lo fanno sentire in colpa. Il bambino impara che l'infelicità e la malattia attirano amore e preoccupazione, e pensa che solo se sta male, qualcuno si occuperà di lui.	<i>Disturbo borderline di personalità:</i> <ul style="list-style-type: none">• impulsività e agiti comportamentali;• violenza, controllo, gelosia come reazione al terrore di essere abbandonato;• attacco alle relazioni positive (conflitto di lealtà verso le figure interiorizzate);• drammatizza i malesseri, comportamenti autolesivi (tagli, tentativi suicidio)...

Lavorare con bambini e ragazzi in difficoltà in Toscana

Infanzia antisociale		Età adulta
<i>Genitori</i>	<i>Bambino</i>	
<p>Le figure di riferimento affettivo ignorano o attaccano il bambino, alternando noncuranza e violenza; lo sottopongono a un controllo duro e umiliante.</p> <p>Non si prendono cura materialmente del bambino (trascuratezza).</p> <p>Non riconoscono le sue esigenze né si sintonizzano sui suoi bisogni affettivi.</p>	<p>Non conosce le situazioni affettive e non riconosce l'affettività nel comportamento degli altri.</p> <p>Sfida gli adulti, si oppone, si chiude alla relazione, rifiuta le regole.</p> <p>Predomina in lui la paura e il senso di umiliazione.</p>	<p><i>Disturbo antisociale di personalità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ignora, non riconosce, non comprende gli stati emotivo-affettivi propri e altrui; • protegge la propria autonomia contro qualsiasi regola; • attacca e biasima gli altri, specie quelli che percepisce fragili; • si trascura e trascura gli altri; • ha agiti delinquenziali.

Infanzia paranoidea		Età adulta
<i>Genitori</i>	<i>Bambino</i>	
<p>Controllo sadico e crudele del bambino.</p> <p>Lo confrontano con altri bambini "migliori" di lui.</p> <p>Maltrattamenti psichici e fisici giustificati come punizioni per la sua cattiveria se non controlla le sue reazioni, o se manifesta desideri di autonomia.</p> <p>Trasmettono l'idea di una famiglia chiusa che deve difendersi da un mondo ostile.</p> <p>Divieto di parlare agli altri di ciò che avviene in famiglia.</p>	<p>Vive nella paura.</p> <p>Apprende a obbedire in silenzio, senza aspettarsi riconoscimenti ma solo per evitare le punizioni.</p> <p>Assume il ruolo di capro espiatorio.</p> <p>Non riesce a instaurare rapporti di fiducia.</p>	<p><i>Disturbo paranoide di personalità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • teme l'attacco degli altri e si chiude in un atteggiamento di ritiro relazionale carico di odio; • controlla e umilia gli altri; • evita l'intimità affettiva, deve sempre dimostrare di non aver bisogno affettivi e di dipendenza; • vive nel rancore e nella solitudine.

Infanzia schizotipica		Età adulta
<i>Genitori</i>	<i>Bambino</i>	
<p>Criticano e puniscono se il bambino manifesta autonomia, lo controllano.</p> <p>Sono lontani affettivamente dal bambino.</p> <p>Disconferma del bambino («tu non existi»), comunicazione psicotica (paradossale, contraddittoria).</p> <p>Richiedono prestazioni che rispondono ai bisogni dell'adulto.</p> <p>Abusi fisici e psicologici, invasione dei confini personali del bambino.</p>	<p>Sentimenti di solitudine e rabbia repressa, fantasie di essere controllato anche a distanza, anche se i genitori sono assenti.</p> <p>Si sente obbligato moralmente ad assumersi i compiti richiesti, anche se lontani dalla sua età.</p> <p>Isolamento e chiusura emotiva, ritiro autistico, grave disturbo dello sviluppo, inibizione cognitiva.</p>	<p><i>Disturbo schizotipico di personalità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • sente di essere controllato e/o di poter controllare, anche a distanza; • rituali; • distacco sociale; • distacco emotivo; • vissuti paranoidei.

Minori a rischio = operatori a rischio

Sappiamo che il rischio di *burnout* nel lavorare con certe patologie infantili è molto alto per gli operatori. Il primo fattore di stress è proprio il venire a contatto con la sofferenza fisica e psichica dei bambini, che provoca dolore emotivo di per sé e anche per il richiamo a eventuali stati personali di disagio infantile e ricordi dolorosi nella relazione con i propri genitori. Si attivano negli operatori vissuti intensi di varia natura, come impotenza, inefficacia, frustrazione per la scarsità degli strumenti, oppure – altra faccia della stessa medaglia – idealizzazione, onnipotenza, fantasie salvifiche irrealistiche. C'è, poi, la necessità di essere coraggiosi di fronte a situazioni oggettivamente complicate e spesso pericolose: dover prendere decisioni dolorose, con chiarezza e trasparenza, e a costo, a volte, di correre il pericolo di rimetterci di persona. E poi, la difficile gestione del tempo: essere tempestivi, riconoscere il momento giusto per intervenire ma, al contempo, non essere precipitosi, non agire in base all'ansia, non tergiversare.

Il rischio non è solo individuale ma anche del gruppo di lavoro. È purtroppo facile che il “contagio della follia” passi dalla famiglia al gruppo degli operatori ostacolando il pensiero di gruppo: il funzionamento mentale del gruppo degli operatori regredisce al funzionamento borderline della famiglia, e abbiamo l'agire d'impulso in preda all'ansia, l'incarnare e agire le proiezioni e le scissioni dei pazienti entrando in conflitto interno, oppure colludendo con bisogni o richieste disfunzionali e sbagliate. Questa “malattia” del gruppo di lavoro provoca l'aggravamento della patologia familiare, il perpetuarsi della trasmissione transgenerazionale (le famose dinastie dei pazienti!) ed è responsabile di tanti fallimenti della cura e di tanto stress.

Lavorare in modo diverso

La via delle infanzie infelici verso vite adulte ancora più infelici è tracciata ma può arrestarsi se riusciamo a intervenire: può essere possibile, curando il minore, prevenire la psicopatologia dell'adulto e la trasmissione transgenerazionale dei disturbi, interrompendo i processi di copia. Anche nei casi più gravi è doveroso tentare la cura del bambino e, possibilmente, anche il recupero della famiglia, o delle sue competenze residuali, pur senza rinunciare ad ammettere l'impossibilità e stando attenti a salvaguardare il minore prima di tutto.

Gli elementi principali, sappiamo, sono la protezione ambientale e il sostegno psicologico: fornire figure di riferimento con cui stabilire rapporti fiduciosi, affettivamente nutritivi, protettivi e di contenimento; aiutare l'elaborazione del trauma con interventi psicologici adeguati e specializzati (certo diversi dalla psicoterapia classica).

E per gli operatori la cura è rappresentata dalla tutela legale, dal lavoro multiprofessionale e di gruppo, dalla supervisione, dalla formazione continua e dalla ricerca.

Solo la capacità di riflettere consapevolmente sul nostro lavoro e di progettare il cambiamento ci potranno aiutare a lavorare in quel modo diverso che l'aumento della complessità dei problemi posti dall'utenza e la scarsità delle risorse a disposizione ci stanno sempre più

richiedendo. Postulati essenziali di questo modo diverso di lavorare sono il superare la logica della sommatoria e della moltiplicazione degli interventi (che, come dimostra Risc, sono collegati a basso indice di cambiamento) e lavorare in rete elaborando a favore del minore un progetto organico e strutturato di intervento, con obiettivi coerenti e comuni a tutti gli operatori, i servizi, gli enti implicati.

In questo, il progetto Risc, soprattutto se ci sforzeremo di farlo diventare prassi abituale nei nostri servizi, è strumento utile: con la valutazione multidimensionale e la valutazione degli esiti ci richiede di lavorare con criteri di appropriatezza e di efficacia misurabile, realizzando un'operazione di allocazione etica delle risorse. E i minori – come ben visualizza lo schema polare del Risc – saranno davvero al centro del nostro impegno.

I risultati dello studio Risc in Toscana

Andrea Barani, Sds Val d'Arno Inferiore,
e Cinzia Canali, Fondazione Emanuela Zancan onlus

Premessa

La Regione Toscana ha iniziato a partecipare alla sperimentazione del protocollo Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo sin dal 2009, nell'ambito di uno studio avviato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e coordinato dalla Fondazione Zancan¹.

Nella prima annualità, due zone hanno impegnato alcuni loro operatori nella sperimentazione, tramite un gruppo di controllo (Comune di Firenze) e un gruppo sperimentale (società della salute Val d'Arno Inferiore). Gli operatori hanno applicato il protocollo Risc a 23 situazioni di bambini e adolescenti a rischio di allontanamento dal proprio nucleo familiare.

I risultati della sperimentazione, effettuata contestualmente anche in Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Abruzzo e Basilicata, hanno portato il Ministero e le 6 regioni coinvolte a proseguire la sperimentazione e a utilizzare il protocollo in una seconda annualità (giugno 2011 - febbraio 2012).

La Regione Toscana, con la specifica deliberazione della Giunta regionale del 1° agosto 2011, n. 68, ha aderito al progetto nazionale Risc con l'obiettivo di sperimentare e diffondere tra i servizi sociali e sociosanitari del sistema integrato regionale la metodologia di presa in carico elaborata dalla Fondazione Zancan, coinvolgendo nella sperimentazione ulteriori realtà territoriali: oltre alla Sds Val d'Arno Inferiore (già gruppo sperimentale nella prima annualità) e al Comune di Firenze (già gruppo di controllo), sono state coinvolte le Sds Fiorentina Sud-Est, Alta Val d'Elsa, Mugello e Pisana.

Con una successiva deliberazione (n. 227 del 27 marzo 2012) la Giunta regionale ha previsto la graduale estensione a tutto il territorio regionale del progetto, attraverso la diffusione del protocollo metodologico, in fasi di lavoro da sviluppare su tre annualità e con uno specifico impegno di risorse economiche. L'obiettivo – come si legge nella deliberazione – è quello di sviluppare un percorso, all'interno dei servizi pubblici, di tutela che consenta di intervenire sulle famiglie multiproblematiche con figli minori a rischio di maltrattamento e abuso, valutando e sostenendo, con l'attivazione di progetti personalizzati, le potenzialità dei genitori attraverso un'azione di monitoraggio e verifica dei risultati, realizzando una sistematica valutazione di efficacia degli interventi, anche in ordine ai costi. Recentemente, alla conclusione della seconda annualità, si sono aggiunte alle zone sopra indicate la Sds Empolese Val d'Elsa e la Sds Fiorentina Nord-Ovest e due ulteriori Sds hanno appena avviato il progetto: Val d'Arno Aretino e Val di Nievole.

¹ Cfr. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo* (Quaderni della ricerca sociale, 12); Id., *Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo II* (Quaderni della ricerca sociale, 18), consultabili all'indirizzo web: www.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/sociale/.

A partire dai risultati della prima annualità

La prima sperimentazione ha considerato i cambiamenti che avvengono nei bambini/ragazzi in un arco temporale di 6-9 mesi. Ogni famiglia – selezionata rispetto a specifici criteri di inclusione – è stata valutata approfondendo bisogni, interventi necessari, esiti attesi e poi raggiunti, con verifiche iniziali, intermedie e finali. Nella prima annualità genitori e figli sono stati differenziati in due gruppi:

- famiglie con componenti “presi in carico secondo le usuali modalità” e con valutazione aggiuntiva S-P (chiamata “gruppo di controllo”);
- famiglie con componenti “presi in carico secondo il protocollo di ricerca” (gruppo sperimentale): valutazione S-P e F-O.

In Toscana il gruppo di controllo² era il Comune di Firenze e il gruppo sperimentale era la Sds Val d’Arno Inferiore.

Le informazioni raccolte per misurare il cambiamento sono state riferite a diverse aree riconducibili al settore funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale. Analizzando il bisogno nei suoi fattori organici, psicofisici e relazionali, contestualizzati nello spazio di vita della persona, gli operatori sociali e sanitari hanno costruito una visione globale del bisogno e della capacità, con strumenti professionali idonei a sviluppare una valutazione multiassiale coerente con l’art. 4, c. 3 dell’Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria (14 febbraio 2001)³.

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 in un determinato tempo (T_0) e in tempi successivi. Oltre a questo, è stato anche utilizzato un indice di efficacia basato sui fattori osservabili (per il gruppo sperimentale). 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 verifiche e valutazioni più approfondite.

Considerando complessivamente tutte le situazioni considerate nelle sei regioni, 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 sperimentale o a quello di controllo, considerando però solo i

² Va sottolineato che il gruppo di controllo non era completamente assimilabile alle prassi del tipo “come sempre”, 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 gruppi.

³ Maluccio, A.N., Canali, C. Vecchiato, T. (eds), *Assessing outcomes in child and family services. Comparative design and policy issues*, New York, Aldine de Gruyter, 2002; Zeira, A., *Promuovere autovalutazione in programmi per i minori a rischio e per le loro famiglie*, in Canali, C., Maluccio, A. N., Vecchiato, T. (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Padova, Fondazione Zancan, 2003; Zeira, A., et al., *Il lavoro sociale basato su prove di efficacia con minori e famiglie: prospettive internazionali*, in «Studi Zancan», 1/2007, p. 72-91.

casi in cui gli operatori avevano aderito almeno per il 60% alle raccomandazioni del protocollo di ricerca⁴. È emerso che l'efficacia T_0 - T_2 è risultata maggiore nel gruppo sperimentale quando i minori presentavano una condizione a T_0 più compromessa (indice di benessere sociorelazionale $<0,64$). Questo ha evidenziato la maggiore capacità del gruppo sperimentale di conseguire esiti positivi, in termini di riduzione del rischio, proprio per i ragazzi che avevano una maggiore sofferenza e maggiore rischio di allontanamento.

Questo risultato ha dato risposta alla domanda iniziale della ricerca, relativamente alla soglia di rischio al di sotto della quale si dovrebbe non allontanare un figlio dai genitori. Ha inoltre portato a proporre una riduzione dell'area di rischio, focalizzando l'attenzione sui casi a maggiore rischio di allontanamento e, con una presa in carico di breve periodo, valutando se i risultati positivi, oltre a ridurre il rischio, possono essere portati a sostegno della proposta di non allontanare il figlio dai genitori.

In sede di valutazione finale con gli operatori che hanno partecipato alla sperimentazione sono stati approfonditi questi risultati e il loro significato tecnico e strategico ed è uscita confermata la possibilità di utilizzare protocolli sperimentali all'interno del lavoro quotidiano, a diretto contatto con le persone. La conseguenza è importante: gli stessi operatori che valutano i bisogni e le capacità sono anche in grado di far coesistere nel loro lavoro aiuto, cura, ricerca e sperimentazione di nuove soluzioni.

Una seconda indicazione è stata evidenziata dai referenti delle regioni che hanno reso possibile la sperimentazione multicentrica: si tratta di una strada percorribile e necessaria per scelte regionali in grado di innovare le prassi, renderle più efficaci, rendere più effettivo il riconoscimento dei diritti e la loro soddisfazione. L'approccio sperimentale è stato giudicato utile e necessario per favorire questa prospettiva, in condizioni di trasparenza e di valorizzazione delle responsabilità. La scelta di proseguire con una seconda annualità di sperimentazione è stata quindi unanime e ha trovato il positivo consenso degli operatori coinvolti nella prima annualità, che hanno così potuto affinare le competenze metodologiche e incrementare l'appropriatezza delle scelte da sottoporre a successiva verifica di efficacia.

La seconda annualità del protocollo Risc in Toscana

Nella seconda annualità di Risc, la Toscana ha avuto un certo "peso" nella sperimentazione nazionale, considerato che il 49,1% delle situazioni (su un totale di 114 bambini/ragazzi) vedeva coinvolti minori residenti nella regione. Un dato questo significativo che permette di effettuare interessanti comparazioni tra quanto emerso a livello nazionale e regionale. Le sei zone toscane che hanno sperimentato il protocollo sono assai rappresentative del fenomeno del maltrattamento all'infanzia: le 56 situazioni sulle quali si è lavorato provengono da un ba-

⁴ Considerando un livello di adesioni al 60%, la numerosità dei bambini e dei ragazzi si è ridotta del 25%.

cino territoriale che annovera al 31.12.2010⁵ 461 bambini e ragazzi vittime di maltrattamenti segnalati alle autorità giudiziarie: il 46,2% sul totale toscano (997 minori di cui 370 in carico dal 1° gennaio dello stesso anno).

Proprio nel 2010 i minori toscani allontanati dai propri genitori sono stati 1.744, di cui 606 collocati in strutture socioeducative e 1.138 in affidamento familiare, con un tasso medio di 3,6 minori fuori famiglia ogni 1.000 minori residenti.

Tabella 1 - Bambini e ragazzi vittime di maltrattamento segnalati all'autorità giudiziaria al 31 dicembre 2010

	Valore assoluto	Percentuale
Sds Alta Val d'Elsa	16	46,2
Sds Fiorentina Sud-Est	49	
Comune di Firenze	86	
Sds Mugello	19	
Sds Pisana	120	
Sds Val d'Arno Inferiore	171	
Totale 6 zone	461	
	<i>di cui 151 stranieri=32,7%</i>	
Totale Toscana	997	

Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Il fenomeno del maltrattamento c'è, ma spesso non viene rilevato e affrontato con omogeneità di metodi e di interventi. Talvolta è sottostimato proprio perché forse è ancora troppo scarsa l'integrazione tra istituzioni e fragile la collaborazione tra le reti sociali. Non si possono spiegare altrimenti le differenze di dati che emergono dalla tabella 1 in ordine alla distribuzione del fenomeno.

Oltre ai valori assoluti indicati in tabella, se si recupera il monitoraggio effettuato in Regione Toscana sul fenomeno del maltrattamento nelle sei zone su indicate, si verifica che da un tasso medio annuo per 1.000 minori residenti di 1,0 della Sds Fiorentina Sud-Est, passando dall'1,7 del Comune di Firenze, dal 2,0 della Sds Alta Val d'Elsa, dal 2,6 della Sds Mugello, si arriva al 3,3 della Sds Pisana, fino a raggiungere il 10,7 per la Sds Val d'Arno Inferiore. Va tenuto conto che il tasso medio annuo di minori segnalati per maltrattamento, per 1.000 minori residenti in Toscana nel periodo 2008-2010, è di 1,7.

⁵ Dati del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza.

Nei nove mesi di sperimentazione sono stati coinvolti 62 operatori, soprattutto assistenti sociali e psicologi, come evidenziato nella tabella 2. Questo dato non è insignificante: ha reso un valore aggiunto alla sperimentazione perché ha valorizzato le singole professionalità e l'integrazione fra le stesse. Proprio nella definizione dei progetti personalizzati è stata favorita la capacità creativa e "artigianale" che, lungi da approcci approssimativi, ha tentato una sintesi tra teoria e pratica, tra sapere e azione, tra scienza e coscienza professionale.

Tabella 2 - Operatori coinvolti nella seconda annualità di Risc (9 mesi). Valori assoluti e percentuali

Zone coinvolte	Valore assoluto	Percentuale
Sds Alta Val d'Elsa	10	16,1
Sds Fiorentina Sud-Est	10	16,1
Comune di Firenze	14	22,6
Sds Mugello	8	12,9
Sds Pisana	13	21,0
Sds Val d'Arno Inferiore	7	11,3
Totale 6 zone	62	100,0

Il profilo dei bambini e dei ragazzi inclusi nello studio non evidenzia significative differenze rispetto al genere (57,1% maschi e 42,9% femmine), mentre è assai maggiore la presenza di progetti a favore di minori italiani (80,4%) rispetto agli stranieri (19,6%). Tali percentuali sono in linea con lo studio a livello nazionale e questo vale anche per la distribuzione per classi di età: 0-5 anni (10,7%); 6-10 anni (42,9%); 11-13 anni (21,4%); 14-17 anni (25%).

Tabella 3 - Profilo dei bambini/ragazzi inclusi nello studio

Cittadinanza	Valore assoluto	Percentuale
Italiana	45	80,4
Straniera	11	19,6
Totale	56	100,0

Genere	Valore assoluto	Percentuale
Femmine	24	42,9
Maschi	32	57,1
Totale	56	100,0



»» Tabella 3 - segue

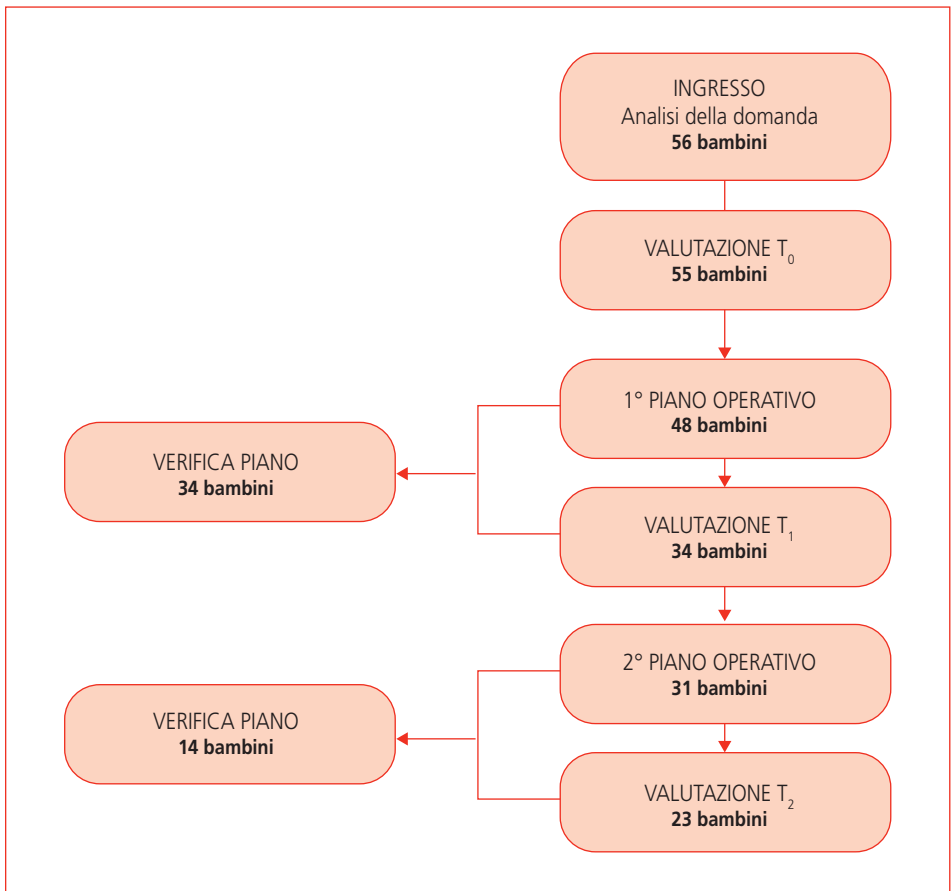
Fasce d'età	Valore assoluto	Percentuale
0-5 anni	6	10,7
6-10 anni	24	42,9
11-13 anni	12	21,4
14-17 anni	14	25,0
Totale	56	100,0

Merita qui soffermare l'attenzione sul 42,9% dei bambini compresi nella fascia di età 6-10 anni. È un valore significativo che, da una parte, indica come l'inserimento nel circuito scolastico dell'obbligo renda più sensibile la rilevazione del rischio, dall'altra stimola a riflettere su quanto poco si riesce a fare prevenzione in età post-natale e nei primissimi anni di vita.

Un ulteriore dato importante è il 25% relativo agli adolescenti. È forse una delle emergenze tra le più difficili da gestire per chi lavora nel sociale. Si assiste – a volte inermi – all'evoluzione di percorsi assistenziali più volte tentati, molto spesso interrotti, con esiti di cronicizzazione di un disagio che si profila poi nell'età adulta. Non a caso le situazioni più estreme di questi "ragazzi difficili" trovano spesso collocazione fuori dalla famiglia e soprattutto in strutture socioeducative. È quanto emerge nello studio promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali – recentemente pubblicato nei "Quaderni della ricerca sociale, 19" – su *Bambine e bambini temporaneamente fuori dalla famiglia di origine. Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31 dicembre 2010*. «Al crescere dell'età si tende maggiormente a scegliere l'ingresso nelle comunità residenziali, mentre per i piccolissimi si preferisce decisamente l'affidamento a famiglie [...]. Alcune problematiche comportamentali, comportamenti di grave devianza o di dipendenza, tendono a essere presenti più nella comunità che nelle famiglie affidatarie [...]. Così la comunità appare un luogo più adatto a gestire gravi problemi comportamentali dei ragazzi, mentre l'affido tende a rispondere a problematiche più legate direttamente a problematiche educative e di cura» (p. 17-18).

Con riferimento alla sperimentazione, per 48 (85,7%) dei 56 bambini toscani è stato possibile attuare un primo piano operativo e per 34 (60,7%) di essi anche verificarlo e valutarlo in ordine all'efficacia raggiunta. Le zone che avevano già una certa dimestichezza con il protocollo o che hanno potuto utilizzare tutti i mesi a disposizione (non tutte le zone hanno iniziato nel giugno 2011) sono anche riuscite ad attuare un secondo piano operativo ed effettuare le relative verifiche e le valutazioni (figura 1). La struttura del protocollo e le indicazioni per applicare correttamente nel tempo la presa in carico sono state un utile stimolo per garantire correttezza metodologica e continuità assistenziale.

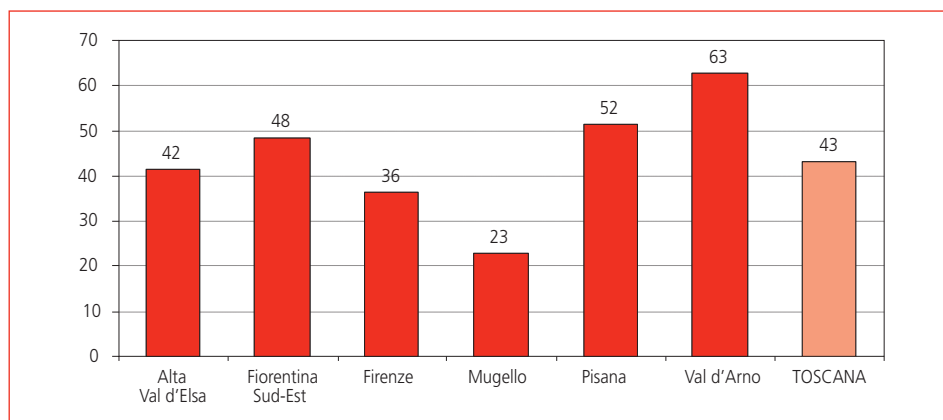
Figura 1 - Analisi di completezza per la Regione Toscana



L'insieme dei dati inseriti è stato sottoposto ad analisi di completezza, per valutare le informazioni raccolte, la loro rispondenza al fabbisogno conoscitivo necessario per la presa in carico appropriata e per approfondire adeguatamente criticità e fattori di rischio.

La raccolta delle informazioni è stata facilitata dall'utilizzo del software S-P, attraverso la verifica sulla presenza di una serie di variabili, necessarie per l'analisi e la valutazione. I valori medi dell'indice di completezza in ordine all'applicazione del protocollo risultano piuttosto diversificati a causa del tempo dedicato e della dimestichezza degli operatori nell'utilizzo del protocollo.

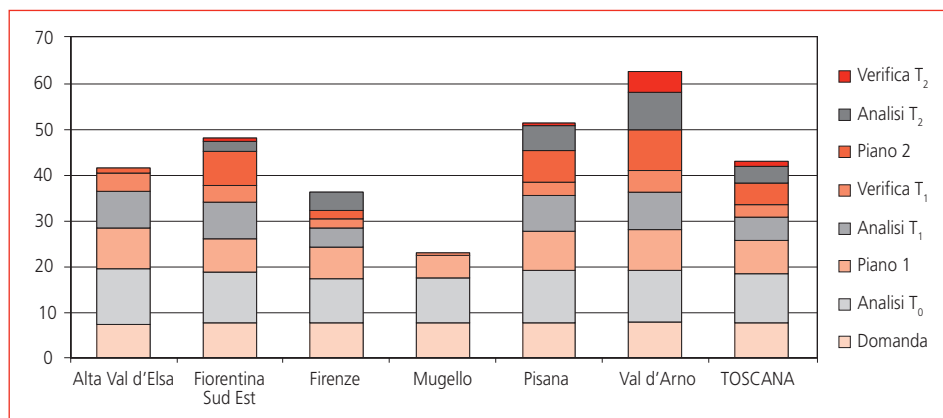
Figura 2 - Valori medi dell'indice di completezza in Toscana, per zona



Dall'analisi di completezza emerge come – nel lavoro sociale – si faccia ancora fatica a definire piani di intervento, verifiche e valutazioni, che abbiano basi scientifiche evidenti. Quante volte siamo tentati di fare verifiche e valutazioni sommarie, “di pancia”, frutto più di impressioni emotive o di delusioni professionali?

Come si nota dalla figura 3, la maggiore completezza è evidente nella parte di analisi della domanda, di analisi del problema, di progettazione e di prima verifica e valutazione. Le percentuali si riducono via via che si procede nel tempo.

Figura 3 - Componenti dell'indice di completezza in Toscana, per zona



La valutazione multidimensionale

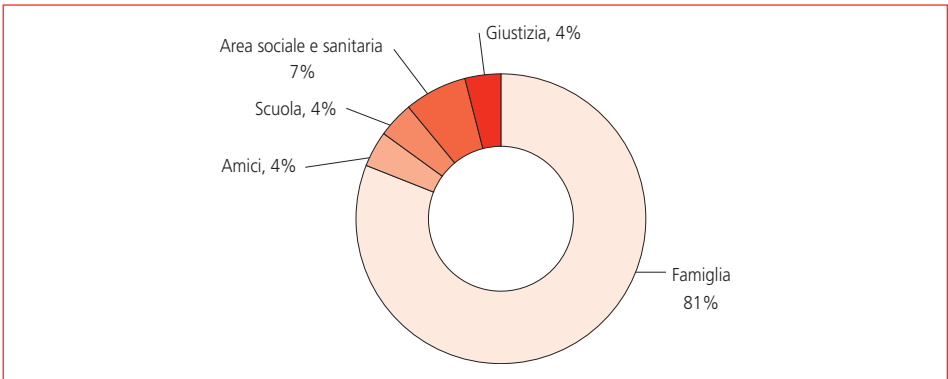
Nell'81% dei casi è proprio la famiglia che chiede aiuto per situazioni in cui i bambini stanno male a casa propria a motivo di difficoltà dei propri genitori. È un paradosso, ma è già il segnale che una richiesta di aiuto correttamente accolta e – laddove necessario – rielaborata insieme alla famiglia stessa può offrire potenzialità per il cambiamento. In particolare risulta che sono le madri in prevalenza che si rivolgono di più ai servizi (72%).

Tabella 4 - Chi ha presentato la domanda. Toscana

Area	Chi presenta la domanda	Valore assoluto	Percentuale
Famiglia	Madre	40	72,7
	Padre	4	7,3
	Nonno/a	1	1,8
	<i>Totale</i>	45	81,8
Amici/conoscenti	Compagno del genitore	1	1,8
	Amico/conoscente	1	1,8
	<i>Totale</i>	2	3,6
Scuola	Dirigente scolastico	2	3,6
Area sociale e sanitaria	Assistente sociale	3	5,5
	Neuropsichiatra	1	1,8
	<i>Totale</i>	4	7,3
Giustizia	Tribunale per i minorenni	1	1,8
	Questura	1	1,8
	<i>Totale</i>	2	3,6
Totale		55	100,0

Questi dati rafforzano quanto il protocollo cerca di evidenziare in ordine alla valorizzazione delle persone-soggetti che hanno a cuore la sorte dei bambini e delle persone-risorsa. Di solito gli operatori sono più inclini a vedere i problemi (e a vederne tanti) che non le potenzialità. Il protocollo Risc offre invece un buon supporto per sovvertire questa prospettiva. Non è che i problemi scompaiono, ma l'operatore è stimolato a valutare le potenzialità (anche quelle latenti) in modo che le persone possano assumere un ruolo di persona-soggetto attiva/attuale e partecipe nel delineare il progetto di aiuto o possa essere in grado di garantire una funzione di persona-risorsa nell'attuazione dello stesso.

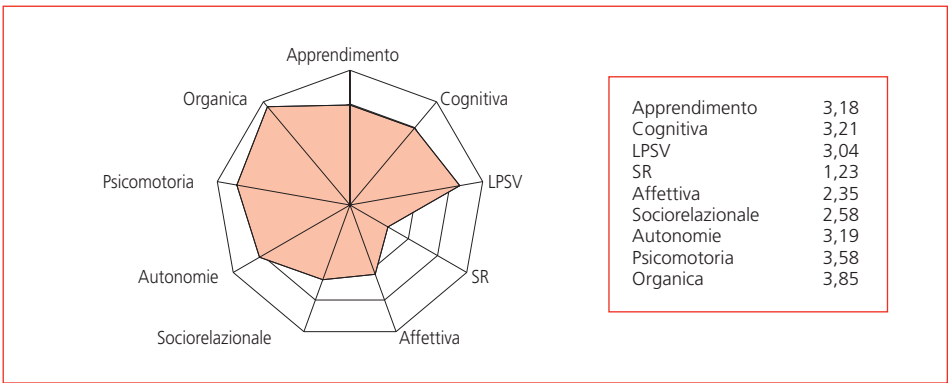
Figura 4 - Chi chiede aiuto



Il bisogno dei bambini e ragazzi è stato contestualizzato nei fattori organici, psicofisici e relazionali, nello spazio di vita: gli operatori hanno costruito una visione tendenzialmente globale della situazione, con strumenti professionali condivisi, grazie a una valutazione multidisciplinare. Sono stati utilizzati 9 strumenti di valutazione (3 per il funzionale organico, 2 per il cognitivo comportamentale e 4 per il socioambientale relazionale). Ognuno è rappresentato con un raggio nello schema polare. In questo modo è stata ottenuta una prima valutazione dei bisogni e delle capacità.

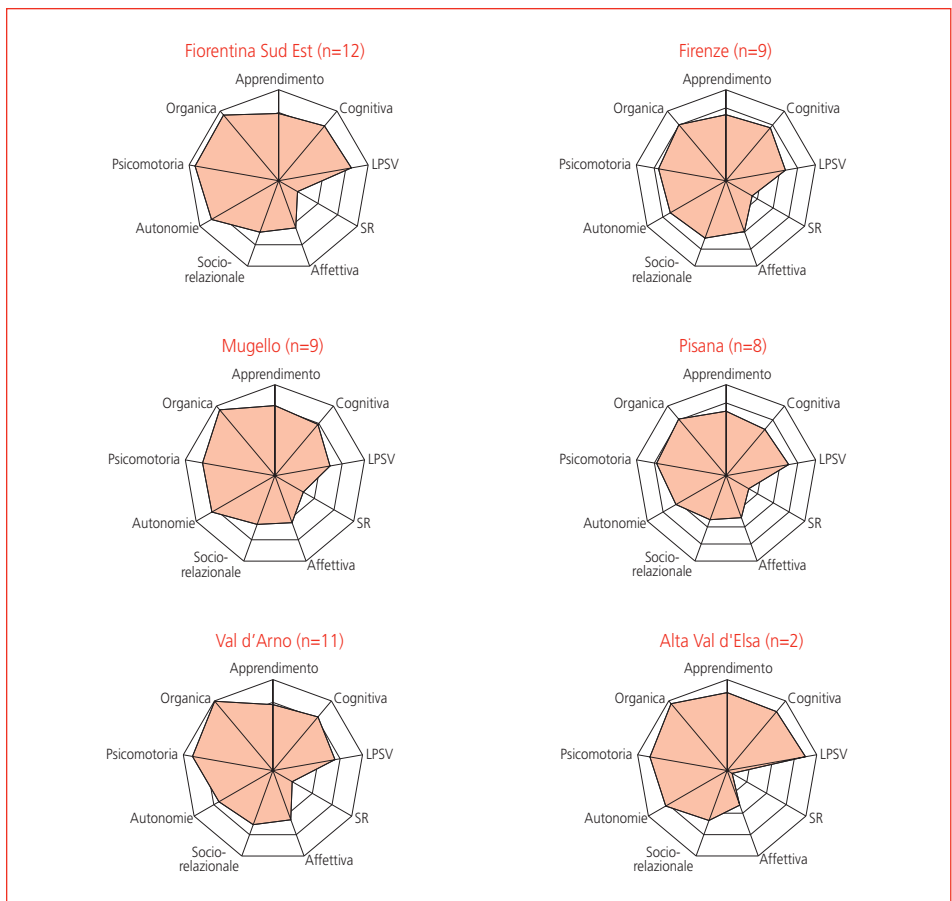
A livello regionale, la valutazione multidimensionale delle condizioni del bambino conferma i dati dello studio a livello nazionale: nello schema polare c'è un "morso" nelle aree relative al sistema delle responsabilità, all'affettività, alla rete sociorelazionale (figura 5).

Figura 5 - Schema polare a T₀: punteggi medi delle scale. Toscana (N=55)



Se si analizzano i punteggi medi degli schemi polari per ogni zona, si trovano delle differenze: sicuramente rimandano a famiglie dalle caratteristiche differenziate in ordine alle problematiche e alla gravità delle stesse, ma anche a possibili differenze nelle analisi effettuate. Non che la differenza di per sé rappresenti un problema. Solo che qui la questione può essere ricondotta all'accuratezza della valutazione dei fattori di rischio e di protezione. Potremmo dire che più è forte la capacità di interlocuzione e di compartecipazione alla "misurazione" del benessere/malessere del bambino tra operatori e famiglia, più la rappresentazione sarà rapportabile alla realtà e a essa maggiormente rispondente.

Figura 6 - Schema polare a T_0 : punteggi medi per zona. Toscana



La mappa dei soggetti e delle risorse

Le situazioni problematiche considerate nelle zone toscane sono state valutate con strumenti in grado di osservarle da diverse angolature, garantendo una visione globale. Agli strumenti di osservazione del minore è stata aggiunta la “mappa dei soggetti e delle risorse”: si tratta di uno strumento costruito da un gruppo di ricercatori della Fondazione Zancan a seguito della necessità, sentita sempre più fortemente, di valutare lo spazio di vita delle persone nelle dimensioni relazionali e socioambientali con strumenti di valutazione appropriati, definendo mappe descrittive della situazione del bambino e della famiglia nella loro globalità⁶. All'interno del protocollo questo strumento rientra nell'area chiamata “sistema delle responsabilità”.

Il posizionamento di una persona all'interno del suo spazio di vita risponde a tre obiettivi: in primo luogo, la contestualizza in relazione a famiglia e ambiente; in secondo luogo, le misure dello spazio vitale descrivono le caratteristiche del mondo in cui vive la persona e consentono di collegarle alle esperienze di vita; infine, la descrizione delle componenti interne ed esterne di una persona permettono di considerare tale spazio secondo un'ottica globale.

Nella pratica quotidiana è meno usuale che lo spazio di vita venga considerato per la valutazione del bisogno e la successiva valutazione di esito, misurandone i cambiamenti nel tempo, sebbene a questo proposito ci siano interessanti esperienze. Ad esempio, la Social network map (Snm), sviluppata da Tracy e Whittaker (1990), in origine era stata ideata per fornire agli operatori un metodo di valutazione della rete sociale e delle risorse disponibili per le famiglie multiproblematiche. Successivamente è stata utilizzata in contesti e in aree di bisogno diversi, ad esempio nei servizi di salute mentale per adulti, nei servizi per la tossicodipendenza e nei servizi di sostegno alla famiglia⁷. Lo strumento intendeva essere di aiuto per rispondere alle seguenti domande: chi può dare una mano? (familiari, amici, vicini, operatori ecc.); in che modo possono aiutare? (aiuto concreto, sostegno affettivo, informazioni ecc.); perché non riusciamo ad avere aiuto da altri? (mancanza di capacità, mancanza di reciprocità, conflitto interpersonale ecc.). Recentemente la Snm è stata inserita tra gli strumenti di valutazione del programma *Take two* nello Stato di Victoria, in Australia, con l'obiettivo di descrivere i soggetti che ruotano intorno al bambino. La mappa viene completata all'inizio della presa in carico e

⁶ Pompei, A., *La valutazione del processo d'aiuto con la persona e la famiglia*, in Maurizio, R., *Progettare nel sociale*, Padova, Fondazione Zancan, 2004; Pompei, A., et al., *Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6/2005, p. 63-75; Vecchiato, T., et al., *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6/2009, p. 95-109.

⁷ Tracy, E.M., Whittaker J.K., *The social network map: Assessing social support in clinical practice*, in «Families in society», vol. 71, 8/1990, p. 461-470.

successivamente a seguito degli interventi; in questo modo viene utilizzata come valutazione del cambiamento nel tempo, come misura di esito⁸.

Quando si lavora per progetti personalizzati è importante considerare le diverse soggettività chiamate a dare vita al progetto. Esse sono portatrici di titolarità professionali e istituzionali (l'assistente sociale, lo psicologo, l'educatore ecc.); devono essere inoltre considerati i soggetti familiari, comunitari e volontari che possono contribuire in modo positivo allo sviluppo del progetto.

La mappa dei soggetti e delle risorse è stata costruita a partire dall'analisi della domanda/problema e considerando le persone che vivono nello spazio di vita, ossia "intorno" alla persona (familiari, parenti, amici, vicini, operatori ecc.). Tra queste vengono individuati i "soggetti" e le "risorse" che possono essere coinvolti nel progetto di intervento.

Le persone identificate vengono posizionate in quattro quadranti che compongono la mappa. Il criterio di posizionamento dipende dal livello di responsabilizzazione che ogni persona assume/esprime rispetto al problema. I soggetti sono in grado di esprimere un livello più ampio e intenso di responsabilizzazione, non solo sulle cose da fare, ma anche nella ricerca di soluzioni. Le risorse riescono a farsi carico di responsabilizzazioni specifiche e quindi sono utili per il raggiungimento di determinati obiettivi. La mappa, oltre che per fini valutativi, del tipo difficoltà/capacità, deve essere utilizzata per la definizione degli obiettivi e delle scelte operative. Serve, in particolare, per individuare chi si impegna a fare che cosa e per quali risultati.

Dalla mappa si ottengono tre indici: la scala di responsabilizzazione (SR), il livello di protezione nello spazio di vita (LPSV) e il livello di protezione potenziale (LPP). La scala di responsabilizzazione misura la capacità della famiglia e della comunità di condividere responsabilità sul problema. Il livello di protezione nello spazio di vita misura la capacità di azione e collaborazione all'attuazione del piano personalizzato. Il terzo è un indice di potenzialità, utile per valorizzare chi, dopo essere stato coinvolto e motivato, può contribuire a una presa in carico più globale della situazione⁹. Soggetti e risorse possono essere familiari, parenti, amici, volontari, vicini di casa, operatori, altro personale a pagamento. Si tratta di persone che a titolo professionale o volontario hanno a cuore il problema, intendono affrontarlo, sono disposte a farsi carico delle responsabilità necessarie per condividere le scelte fondamentali e le azioni previste per realizzarle. Rispondendo a queste domande si può capire se siamo in presenza di un "soggetto": sente il bisogno di affrontare la situazione? Partecipa alla fase di analisi e valutazione del problema? Partecipa alla costruzione del piano personalizzato di intervento?

⁸ Frederico, M., Jackson, A., Black, C., *Finding a path to the evidence: A research strategy for a therapeutic program*, in Canali, C., Vecchiato, T., Whittaker, J.K., *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Padova, Fondazione Zancan, 2008.

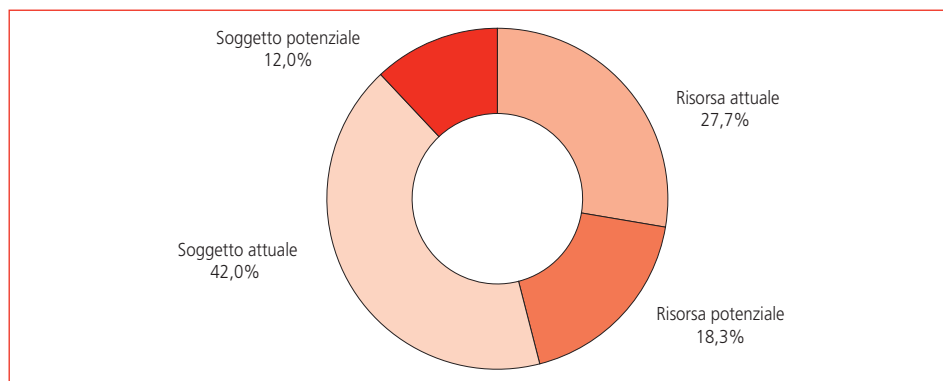
⁹ Barani, A., *Dalla sperimentazione al protocollo per la presa in carico: punti di forza, potenzialità e criticità*, in «Studi Zancan», 5/2011, p. 85-95; Vecchiato, T., Bezze, M., Canali, C., Neve, E., Pompei, A., *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6/2009, p. 95-109.

lo condivide, lo ha sottoscritto? Partecipa alla valutazione (ad esempio di processo, risultato, esito...)? Ha un ruolo nell'attuazione del piano personalizzato? "Risorse" sono persone che, a titolo professionale o volontario, riconoscono l'utilità di quanto viene loro chiesto di fare e lo attuano, assumendosene la responsabilità, nei modi e tempi previsti dal piano di intervento. È quindi una partecipazione quantificabile in termini di tempo, di valore economico (o di altra natura) da corrispondere, di azioni da realizzare, che ha diretta traduzione nel "piano delle azioni e chi le fa".

La mappa dei soggetti e delle risorse evidenzia un ulteriore aspetto, che qualifica l'apporto di queste persone, a partire da una domanda: "Sono disponibili da subito o potranno esserlo in un futuro, vicino o lontano? Sono cioè attuali, quindi disponibili da subito, o potenziali (se e in quanto si creano condizioni favorevoli al loro coinvolgimento)?".

Considerando i 54 casi per i quali è disponibile l'analisi dello spazio di vita a T₀, emerge che sono state individuate 300 persone, soggetti o risorse, negli spazi di vita dei bambini/ragazzi.

Figura 7 - Persone nello spazio di vita



La successiva figura considera il sistema delle responsabilità nelle diverse zone toscane e distingue le percentuali di soggetti e risorse individuate nelle specifiche aree.

Chi sono i *soggetti attuali* per i bambini e ragazzi individuati? Anche questa informazione può essere rappresentata per zona. Nella zona dell'Alta Val d'Elsa i soggetti attuali sono gli operatori, in particolare assistenti sociali, mentre nelle altre zone la situazione è differenziata: molto spesso sono i genitori a essere soggetti attuali, ma con il sostegno di uno o più operatori dell'area sociale o sanitaria impegnati nella presa in carico del minore (assistenti sociali, educatori, psicologi, neuropsichiatri per la maggior parte). Oltre al padre e alla madre, a volte diventano soggetti attuali anche i nonni oppure altri parenti della famiglia oppure membri della nuova famiglia.

Figura 8 - Soggetti e risorse, attuali e potenziali, per zona

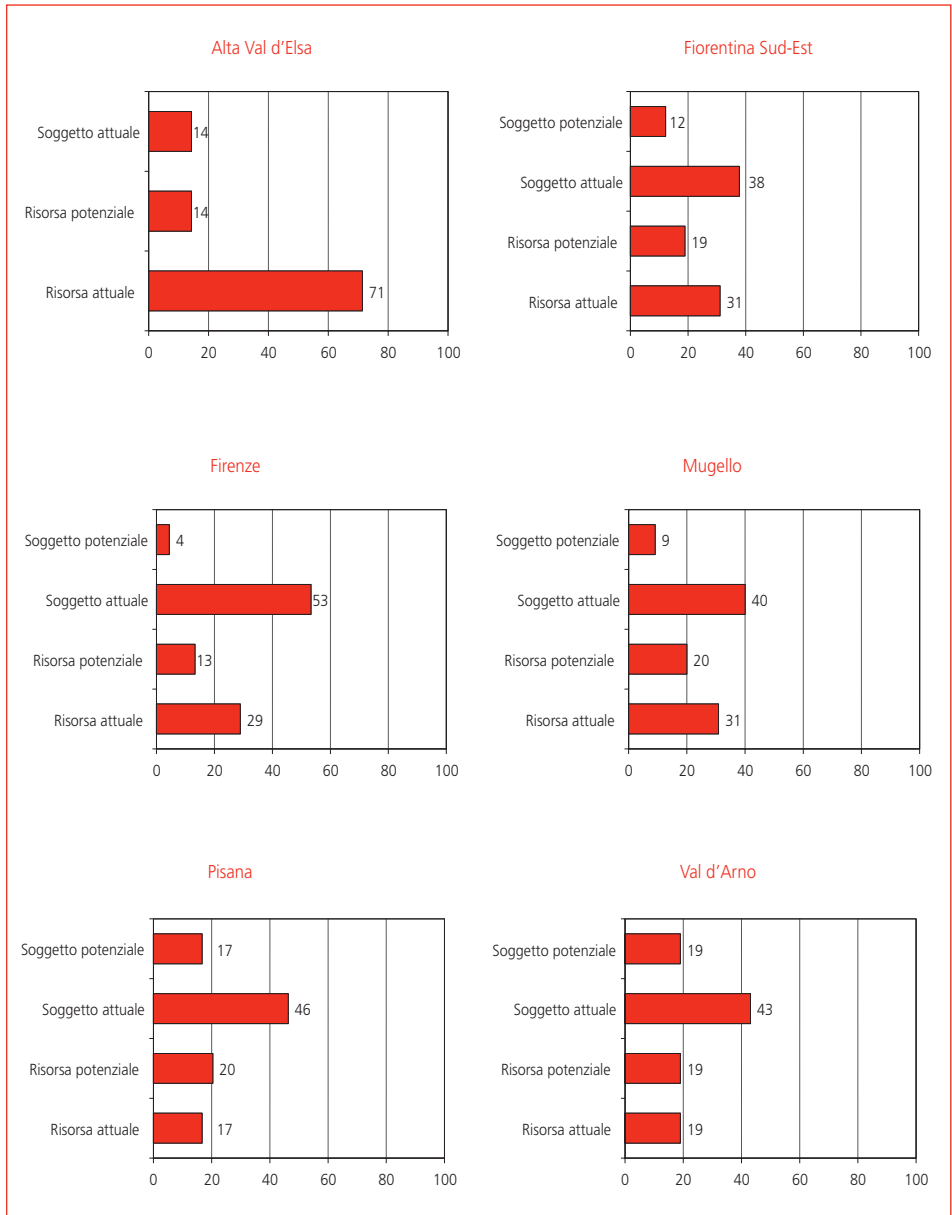
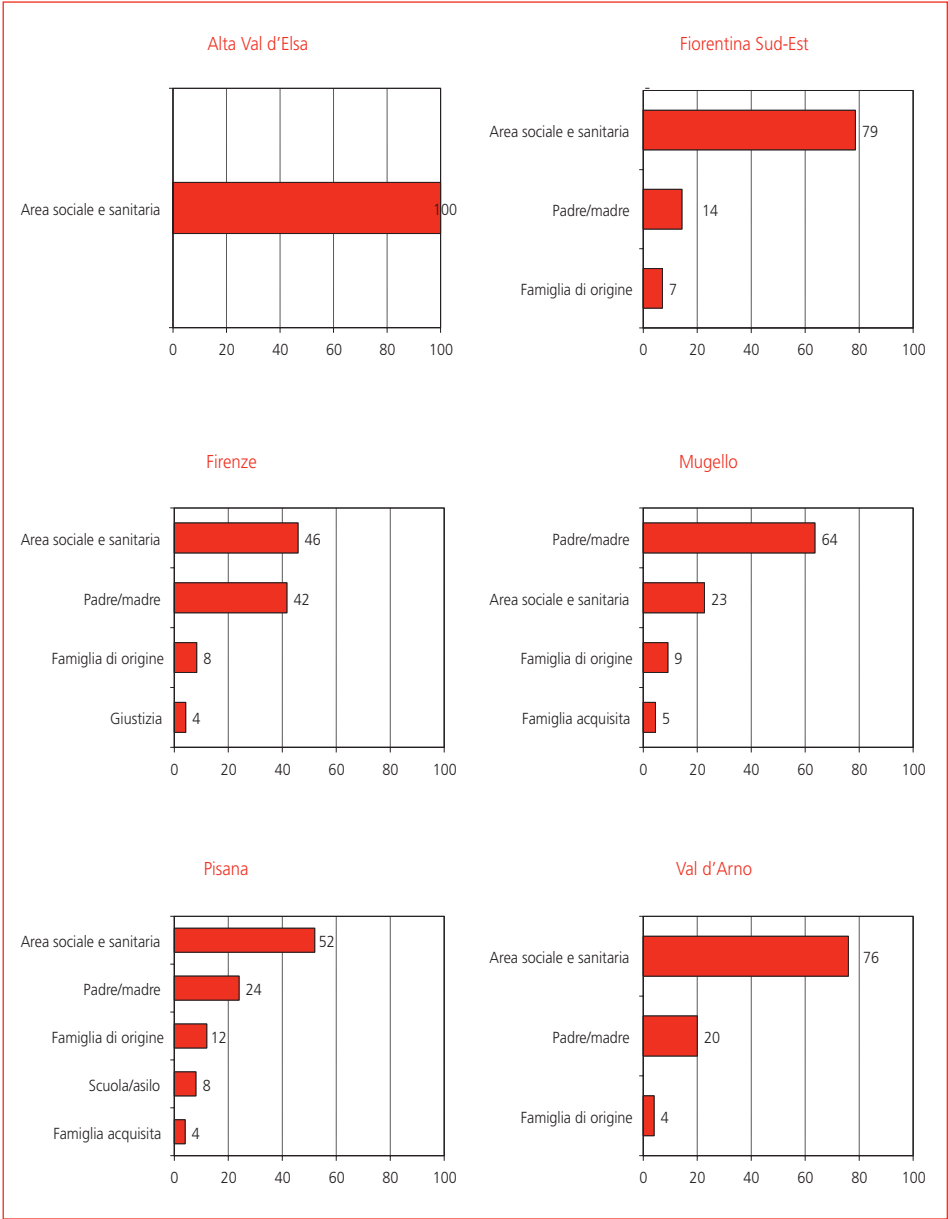


Figura 9 - Soggetti attuali, per zona



La progettazione personalizzata e la definizione dei fattori osservabili

Un salto metodologicamente qualitativo lo si recupera – nell’esperienza toscana – dalla quantità di fattori osservabili di esito introdotti nei piani personalizzati di intervento rispetto ai fattori osservabili di processo.

Dall’analisi dei dati nazionali, è emerso che la parte più complessa del percorso metodologico è stata la definizione dei fattori osservabili, cioè dei cambiamenti osservabili e misurabili che, anche se piccoli, sono molto importanti, visto che evidenziano se il cammino intrapreso va nella direzione necessaria per conseguire i risultati attesi. I fattori osservabili possono essere considerati dei piccoli passi quotidiani monitorabili verso un risultato atteso condiviso¹⁰.

L’analisi dei dati ha consentito di valutare i fattori osservabili in termini di appropriatezza, distinguendo i fattori osservabili “di processo”, pari al 9,3% di quelli indicati (numero di colloqui con lo psicologo al mese, numero di accessi al centro diurno) dai fattori osservabili “di esito”, per verificare direttamente l’impatto in termini di cambiamento personale e relazionale (presenza di vestiti puliti, se il cambiamento atteso riguarda l’autonomia, oppure se e quanto viene invitato a uscire se ci si aspetta un cambiamento nella socializzazione extrascolastica).

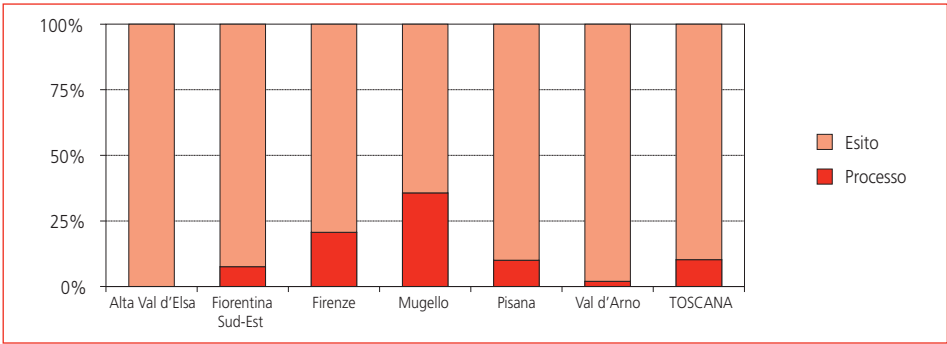
Gli operatori della Toscana hanno capito la bontà dell’utilizzo dei fattori osservabili di esito, i quali permettono di parlare con le famiglie, con i colleghi, perfino con il giudice minorile, degli effetti che l’intervento ha avuto, non limitandosi a fare l’elenco della quantità delle cose che sono state fatte. I fattori osservabili di esito permettono infatti oggettività, misurabilità, comprensione, facilità nella restituzione.

Tabella 4 - I fattori osservabili nella presa in carico personalizzata

Fattori osservabili di...	Valore assoluto	Percentuale
processo	25	10,2
esito	219	89,8
Totale	244	100,0

¹⁰ Berry, M. (ed.), *Identifying essential elements of change. Lessons from International Research in Community Based Family Centres*, Leuven, Acco, 2007; Ezell, M., Spath, R., *Un approccio a «piccoli passi» per valutare gli esiti dell’utenza*, in «Studi Zancan», 2/2012, p. 62-73.

Figura 10 - Tipologie di fattori osservabili per zona. Toscana



È stato possibile catalogare i fattori osservabili di esito per macro-aree di osservazione. Risulta significativo come i tassi maggiori di tali fattori osservabili (e quindi di campi su cui si sono strutturati gli interventi personalizzati e si sono focalizzate le attese di cambiamento) si ritrovino nella macro-area “relazioni” (38,4%) con delle interessanti sottocategorie: “relazioni familiari” (16%); “relazioni sociali extrascolastiche” (21,5%), e nella macro-area “autonomia”, che insieme raggiungono quasi il 70% dei fattori osservabili.

Come a dire che da una parte – nella cura del maltrattamento – si è investito sulla qualità delle relazioni intra ed extrafamiliari (cercando di diminuire quel “morso” affettivo di cui si diceva sopra); dall’altra parte si è investito in resilienza e capacità di *coping* per mantenere – pur in un contesto di relazioni non ottimale – unita la relazione familiare, stimolando il bambino e il ragazzo a trovare maggior soddisfazione anche nel successo/integrazione scolastica e nella cura della propria persona. Un altro 20% è stato dedicato a una migliore integrazione sociale a livello di rapporti con i coetanei e diminuzione degli agiti devianti.

Tabella 5 - Macro-aree di osservazione dei fattori osservabili di esito. Toscana

Macro-aree	Descrizione	Valore assoluto	Percentuale
Autonomia	Alimentazione	15	6,8
	Igiene e cura di sé	21	9,6
	Esecuzione di compiti e progetti	31	14,2
	Totale autonomia	67	30,6
Responsabilizzazione	Acquisizione regole	6	2,7
	Frequenza scolastica	7	3,2
	Partecipazione/accettazione	21	9,6
	Comportamenti antisociali	11	5,0
	Totale responsabilizzazione	45	20,5
Apprendimento	Totale apprendimento	13	5,9



>> Tabella 5 - segue

Macro-aree	Descrizione	Valore assoluto	Percentuale
Relazioni	Relazioni familiari	35	16,0
	Relazioni sociali (extrascuolastiche)	47	21,5
	Relazioni sociali (a scuola)	2	0,9
	<i>Totale relazioni</i>	<i>84</i>	<i>38,4</i>
Benessere psicofisico	<i>Totale benessere psicofisico</i>	<i>10</i>	<i>4,6</i>
Totale		210	100

Non per tutte le sei zone tali valori sono omogenei (tabella 6). Nel Val d'Arno Inferiore si è per esempio investito maggiormente nella macro-area "autonomia" rispetto a quella della "relazioni", l'inverso di quanto avvenuto nella zona Pisana.

Tabella 6 - Macro-aree di osservazione dei fattori osservabili di esito per zona. Toscana

	Fior. Sud-Est	Firenze	Mugello	Pisana	Val d'Arno	Toscana
Autonomia	6	4	4	4	49	67
Responsabilizzazione	16	6	5	3	14	45
Apprendimento	7	4	0	0	2	13
Relazioni	15	9	6	19	31	84
Benessere psicofisico	5	0	3	1	1	10
Totale	49	23	18	27	97	219

Verifica e valutazione

Se e come il lavoro per progetti personalizzati si è rivelato efficace per i minori a rischio di allontanamento? Per rispondere a questa domanda sono disponibili almeno due modalità di valutazione utilizzate nel corso della sperimentazione.

La prima è costituita dalla valutazione multidimensionale S-P. Confrontando i punteggi tra T_0 e T_1 , è possibile verificare quanto la situazione sia migliorata nelle aree di osservazione: funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale relazionale. La seconda modalità di valutazione si è basata sull'analisi dei fattori osservabili (valutazione F-O). Misura il raggiungimento dei valori attesi definiti dagli operatori.

Il successivo grafico cerca di rispondere alla domanda: quanto è stato fatto è risultato efficace? Il grafico, tramite comparazione tra schemi polari, evidenzia dei lievi miglioramenti dopo il primo piano operativo. Lievi ma presenti. Miglioramenti che vanno parametrati con il fatto che solo su 34 situazioni è stato possibile effettuare una completa applicazione del protocollo. Anche solo con questi dati è possibile apprezzare la bontà dei piccoli cambiamenti. Ciò fa bene comunque alla comunità scientifica e sociale.

Figura 11 - Schema polare: punteggi medi delle scale a T₀ e T₁. Toscana (N=34)

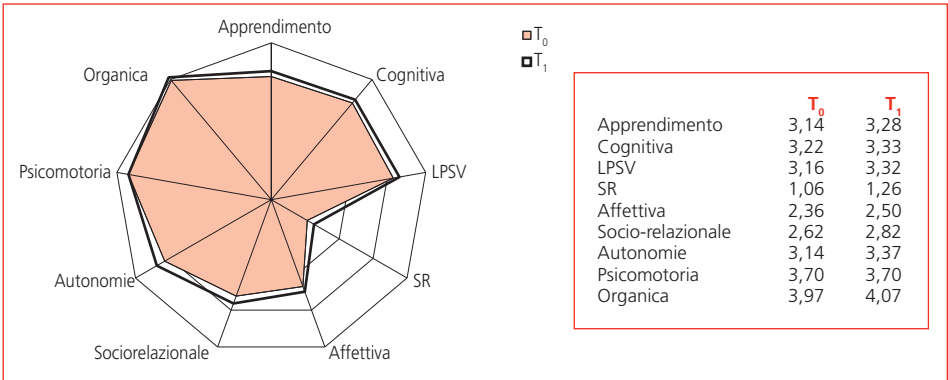
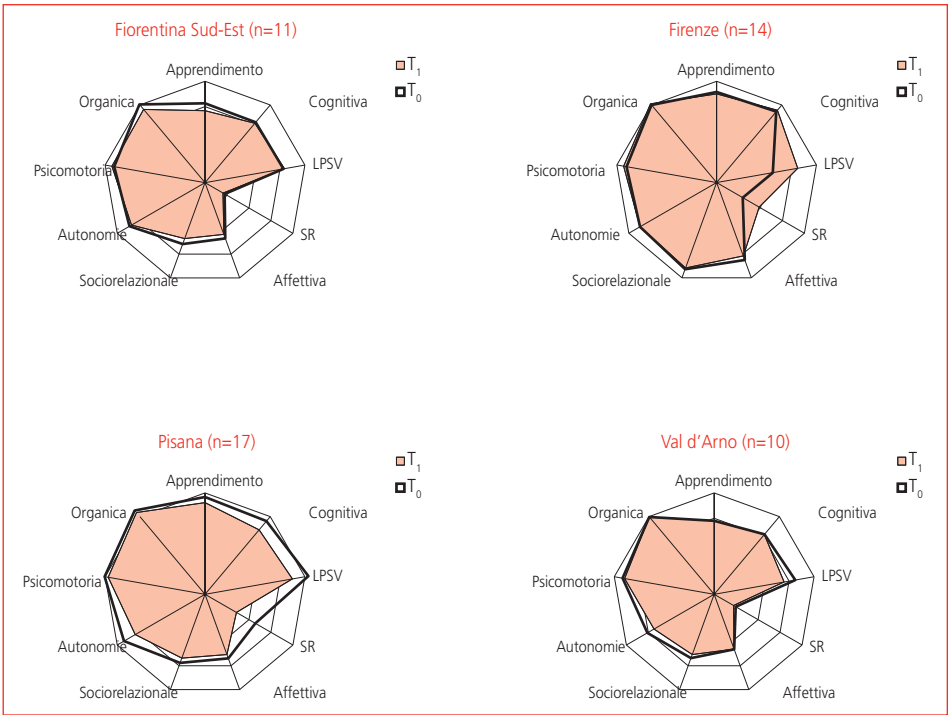


Figura 12 - Schema polare: punteggi medi delle scale a T₀ e a T₁ per zona. Toscana



La valutazione di efficacia effettuata tramite i 155 fattori osservabili scelti dagli operatori conferma un esito soddisfacente (tabella 7).

Per il 53,5% dei fattori osservabili per cui ci siamo attesi un cambiamento in positivo nell’arco dell’attuazione del piano personalizzato d’intervento l’obiettivo è stato raggiunto in parte, per il 27,7%; l’obiettivo è stato raggiunto, per il 3,9%; vi è stato un miglioramento superiore alle attese. Questo ci dice di un trend comunque accettabile – se non addirittura positivo – pari all’85,1%.

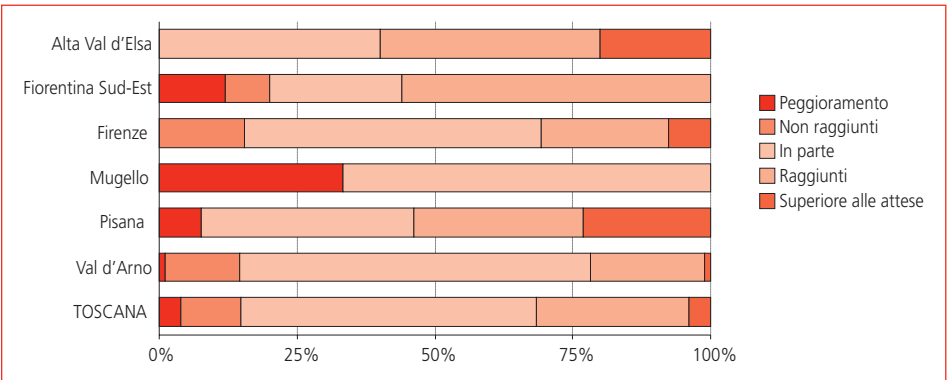
Tabella 7 - Verifica del raggiungimento dei valori attesi. Toscana

Livello di raggiungimento	Valore assoluto	Percentuale
Peggioramento	6	3,9
Nessun cambiamento	17	11,0
Raggiunti in parte	83	53,5
Raggiunti	43	27,7
Superiore alle attese	6	3,9
Totale	155	100,0

Tabella 8 - Verifica raggiungimento dei valori attesi per zona. Toscana

	Alta Val d'Elsa	Fiorentina Sud-Est	Firenze	Mugello	Pisana	Val d'Arno	Toscana
Peggioramento	-	3	-	1	1	1	6
Nessun cambiamento	-	2	2	-	-	13	17
Raggiunti in parte	2	6	7	2	5	61	83
Raggiunti	2	14	3	-	4	20	43
Superiore alle attese	1	-	1	-	3	1	6
Totale	5	25	13	3	13	96	155

Figura 13 - Verifica raggiungimento dei valori attesi per zona. Toscana



A cosa sono dovuti questi cambiamenti? L'analisi degli esiti è stata considerata insieme al processo messo in atto e alle risorse (*input*) destinate al progetto personalizzato. La sperimentazione ha evidenziato che gli interventi a sostegno della famiglia sono molteplici e su più livelli, a domicilio, in semiresidenzialità, a livello ambulatoriale, anche a livello residenziale, per il tempo necessario per facilitare la soluzione di un problema familiare (ad esempio un ricovero ospedaliero del genitore) o per dare sollievo a una famiglia troppo provata.

Ciò che maggiormente ha interessato è stato il contenuto della "scatola nera", la *black box*, descritta come l'insieme delle attività che stanno "tra gli obiettivi e gli esiti"¹¹. Ma come guardare dentro la scatola nera? Spesso si evita di porre attenzione al suo contenuto, limitandosi a quantificare ciò che viene erogato. Invece, è importante focalizzarsi sui contenuti, la loro composizione e le modalità di erogazione, guardando insieme processo ed esito, *input* e *outcome*. Per questo motivo, una parte consistente della seconda annualità di Risc è stata dedicata a riconoscere e comprendere ciò che gli operatori hanno fatto "con e per", cercando di evidenziare il mix di azioni dei piani operativi. Si tratta di uno sforzo che ha consentito di entrare nella complessità della scatola nera. È emersa, nello scorrere della sperimentazione, la difficoltà di dettagliare chi fa che cosa, con chi, quanto spesso e per quanto tempo. Ancora più difficile è stato dettagliare le scelte in fase di progettazione, prefigurandole, selezionando risultati attesi, osservabili, misurabili e verificabili in termini di *outcome*. Durante la sperimentazione, agli operatori è stato chiesto costantemente di declinare questi risultati in termini di benefici, specificando la composizione dei fattori messi in campo per dare risposte ai problemi. Ogni gruppo di ricerca ha operato all'interno del proprio contesto organizzativo, con le risorse a disposizione, con i vincoli a cui non era possibile sottrarsi.

Per ognuna delle azioni ha fatto seguito la descrizione della loro composizione in termini di prestazioni, quantità, chi le compie, tempi e costi.

Dai piani elaborati dagli operatori della Toscana, emerge il 43,4% degli interventi a domicilio e un 31,6% di intervento di servizio sociale professionale (intendendo con ciò colloqui, visite domiciliari, relazioni, équipe, gestione amministrativa). È evidente il valore che ricopre la prestazione del professionista, ma di fronte al frequente turnover, al precariato, quali scenari si prospettano per famiglie che hanno bisogno di interventi di presa in carico medio-lunghi?

¹¹ Fein, E., *La scatola nera: tenere conto degli input quando si valutano gli esiti*, in Canali, C., Maluccio, A.N., Vecchiato, T., *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Padova, Fondazione Zancan, 2003, p. 307-318.

Tabella 9 - Prestazioni professionali per livello. Toscana

Livello	Valore assoluto	Percentuale
Servizio sociale	62	31,6
Domiciliare	85	43,4
Intermedio	47	24,0
Residenziale	2	1,0
Totale	196	100,0

Conclusioni

Tentando una sintesi si può affermare che la sperimentazione del protocollo Risc ha qualificato la capacità di analisi dei bisogni e delle potenzialità; ha aumentato le competenze degli operatori nella lettura e comprensione dei problemi e delle capacità dei cittadini; ha permesso di costruire una rappresentazione condivisa del disagio e anche delle strategie per affrontarlo; ha aiutato gli operatori a sostenere in maniera ordinata e sistematizzata la definizione di progetti personalizzati e ha permesso di facilitare la condivisione di strumenti e soluzioni per la valutazione di efficacia.

La sperimentazione ha permesso di individuare modalità organizzative capaci di sostenere e facilitare l'operatività integrata, anche se su tale questione è necessario lavorare ancora molto per aumentare la collaborazione nella definizione dei piani personalizzati di intervento.

Infine, va segnalato che il protocollo Risc è stato indicato come metodologia di lavoro professionale con le famiglie multiproblematiche dalla proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale in fase di approvazione. Si tratta di un riconoscimento importante del lavoro svolto fino a oggi, che ci auguriamo possa preludere alla trasformazione di questa metodologia in strumento ordinario di lavoro per bambini e i ragazzi a rischio di allontanamento o in gravi difficoltà.

Il protocollo Risc-PersonaLab: un'occasione di riflessione sul sé professionale

Barbara Balleri, Sds Fiorentina Sud-Est

In periodi di cambiamento la terra sarà di coloro che apprendono, mentre coloro che sanno saranno attrezzati a vivere in un mondo che non esiste più.

Eric Hoffer

La metodologia

Il protocollo operativo-metodologico S-P è stato adottato dalla Regione Toscana tramite l'adesione allo studio nazionale condotto dalla Fondazione Zancan su incarico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con l'utilizzo dello strumento e delle procedure previste dal progetto Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo, in un primo tempo da parte degli operatori dei servizi sociali e sociosanitari afferenti a due articolazioni zonali. Successivamente, sulla base dei risultati della sperimentazione, è stata prevista la graduale estensione del progetto a tutto il territorio della Regione Toscana. A questa va riconosciuto il merito di una sensibilità all'innovazione, non solo per lo stimolo dato all'adozione di un nuovo strumento di presa in carico delle situazioni di minori ad alto rischio, ma anche per la garanzia offerta agli operatori di un uso partecipato, critico e costruttivo dello stesso.

L'obiettivo generale è stato quello di «tradurre nel concreto il diritto del minore a vivere nella propria famiglia sancito dalla normativa internazionale, nazionale e regionale di riferimento»¹ e di «connotare in maniera omogenea l'area di intervento sulle famiglie in difficoltà e a rischio di maltrattamento e/o allontanamento dei minori»².

Lo strumento prevede di essere adottato in casi selezionati che riguardano le situazioni di minori in condizione di estremo pregiudizio, quelle in cui il livello di malessere del bambino è molto alto, in ragione di gravi forme di maltrattamento, trascuratezza, incuria, e l'inadeguatezza nella cura grave e manifesta da parte dei genitori. Si tratta quindi di situazioni nelle quali l'allontanamento e il collocamento in luogo altro rispetto all'ambiente familiare rischia di configurarsi come unica, per quanto estrema, soluzione atta nell'immediato a sottrarre il minore dall'esposizione ulteriore e continuata al danno prodotto dai comportamenti commissivi od omissivi dei familiari.

Sono le situazioni più complesse e gravi che si riscontrano nei servizi sociali e sociosanitari, quelle che più di altre impegnano in maniera intensa gli operatori che ne hanno la gestione e che certamente considerano le misure di allontanamento come soluzioni da attuare solo quando non evitabili, sia per il diritto dei minori a vivere e crescere in seno alla propria famiglia. Sia per i danni secondari che gli allontanamenti stessi producono e che vanno commisurati con i benefici conseguibili e con il livello di gravità dei rischi corsi nel caso di una permanenza in famiglia del minore.

¹ Regione Toscana DGR 22 marzo 2012, n. 227.

² *Ibidem*.

È di primaria importanza per gli operatori avere evidenza degli eventuali cambiamenti positivi che intervengono nella situazione in seguito all'avvio di azioni di supporto messe in atto preventivamente all'adozione di misure più estreme. Tali evidenze, da stimare nel più breve tempo possibile e, data la caratteristica di urgenza rivestita da questi contesti familiari, costituiscono la base per un nuovo *step* della valutazione diagnostica e prognostica che deve essere quanto più particolareggiata e attenta a elementi di dettaglio relativi alla situazione. Ciò al fine di rendere fondata e rigorosa la scelta di confermare la direzione data al processo di aiuto o al contrario decidere per l'ineludibilità dell'allontanamento. Nella maggior parte dei casi si tratta di cambiamenti "minimali" che rischiano di non essere colti o mal colti se non sono chiaramente identificati gli ambiti di osservazione e gli obiettivi che gli stessi operatori considerano indispensabili da raggiungere nel breve periodo.

Dare evidenza dei cambiamenti positivi intervenuti e valutare il raggiungimento di obiettivi che attestano l'aumento (o meno) del livello di benessere del minore – ovvero la riduzione del livello di malessere – significa operare una valutazione di *outcome* del progetto di aiuto avviato. Gli operatori, assistenti sociali così come psicologi o neuropsichiatri infantili alle prese con questi tipi di situazioni, si misurano continuamente con la carenza di strumenti di valutazione o con procedure poco circostanziate, visibili e tracciabili, con il rischio di conferire scarso rigore scientifico all'azione e alle scelte professionali.

Nel linguaggio degli operatori è molto diffuso l'uso di indicatori "di processo" che mettono in evidenza le azioni poste in essere e quello che è stato fatto per dare supporto alle situazioni ma che in sé non restituiscono la qualità né la misura degli effetti ottenuti. Il numero di colloqui svolti con un genitore separato che, nel vivere il profondo dolore delle molteplici perdite, vede gravemente ridotte le proprie competenze di *parenting* o l'avvio di un intervento di educativa, forniscono informazioni rispetto all'attivazione dell'operatore nel tentativo di gestire e aiutare a risolvere la situazione, ma non forniscono nessuna indicazione circa gli esiti che i colloqui o l'educativa giungono a ottenere. Non basta attivare un intervento per garantirne l'efficacia. Questa è evidenziabile solo attraverso la chiara identificazione degli obiettivi preposti e la definizione di fattori osservabili nelle aree in cui l'operatore si aspetta un cambiamento.

La metodologia utilizzata dal protocollo operativo consente proprio l'acquisizione della capacità di effettuare valutazioni di *outcome* fondate non su considerazioni generali o su visioni d'insieme del cambiamento del livello di benessere di un minore, ma sull'esplicitazione di fattori osservabili, la variabilità della cui misura, effettuata prima e dopo l'avvio degli interventi, attesta l'effettivo sviluppo verificatosi nella situazione. È tale evidenza che consente la conferma della validità del progetto di aiuto.

Al fine di rendere valida e appropriata la valutazione di esito, la metodologia implica che tutte le fasi del processo di aiuto (analisi della situazione, stesura del piano personalizzato, verifica di efficacia) siano scandite attraverso l'adozione di tempi precisi e qualificate attraverso l'uso di scale o strumenti atti a restituire il giusto rigore scientifico. Ciò non comporta una presunzione di inconfutabilità e incontrovertibilità delle valutazioni effettuate e delle scelte

prese, dato che l'oggetto di intervento dei servizi sociali, essendo legato al funzionamento del singolo individuo e allo svolgersi dello stretto intreccio delle relazioni di cui egli fa parte, è sottoposto all'influenza di innumerevoli variabili che rendono la materia poco soggetta a certezze assolute.

Talvolta basta il manifestarsi improvviso o casuale di un comportamento, prima mai osservato, a carico di uno dei componenti familiari, a consentire il disvelarsi di potenzialità e possibilità prima impensate così come, talvolta, la scelta di azioni diverse in situazioni analoghe può esitare in risultati assimilabili tra di loro.

La metodologia di lavoro seguita conferisce rigore al delicato lavoro professionale degli assistenti sociali oltre che degli psicologi e neuropsichiatri infantili molto più avvezzi, per le caratteristiche specifiche della loro professionalità, all'utilizzo di scale di valutazione o di strumenti scientifici di supporto al proprio agire professionale.

Osservare attraverso uno zoom

La metodologia utilizzata dal protocollo operativo-metodologico S-P potrebbe essere assimilata a una progressiva messa a fuoco della situazione di vita del minore attraverso uno zoom³ che offre una visione d'insieme, che parte dalla storia familiare, passa attraverso la compilazione di scale che osservano nel dettaglio la condizione del bambino in tutte le aree di funzionamento (cognitivo comportamentale, funzionale organico, affettivo relazionale, socioambientale e familiare) e il livello delle responsabilità esercitato dalle persone presenti nel suo spazio di vita.

La compilazione delle singole scale viene tradotta automaticamente dal programma in un grafico – cd. schema polare – che rende di immediata visibilità la condizione che il minore esprime nei vari aspetti importanti per la sua crescita. Tale visibilità consente una più facile e particolareggiata osservazione e presa d'atto delle criticità e delle potenzialità presenti, la cui chiarezza permette una elaborazione più precisa del piano di intervento personalizzato. Questo prevede l'identificazione degli obiettivi che si vogliono raggiungere nei vari ambiti di fragilità del minore e della famiglia, e delle azioni che si decide di porre in essere per conseguirli. Il passaggio mette in evidenza l'effettiva correlazione e consequenzialità tra obiettivi e azioni che invece in molti casi sono tra di loro confusi, o scollegati, con conseguente rischio di scarsa congruità del processo decisionale adottato.

Per ogni azione devono essere inoltre indicati i fattori sui quali è valutato importante osservare il cambiamento: lo sforzo dell'operatore, in questo caso, è quello di riuscire a tradurre in indicatori osservabili e misurabili variabili che, nella maggior parte dei casi, egli

³ Si veda per approfondimento Canali, C., Vecchiato, T., *Produrre e utilizzare evidenze: l'esperienza del laboratorio multi-centrico PersonaLab*, in «Studi Zancan», 2/2012, p. 39-46.

è solito esprimere in termini qualitativi. Tanto per tornare all'esempio precedente è possibile identificare come fattori osservabili, nell'area delle competenze genitoriali dell'azione "svolgimento di colloqui" con la signora in separazione, il numero di volte in cui durante il colloquio essa è in grado di osservare e parlare dei bisogni del figlio piuttosto che esclusivamente dei propri, o il numero di volte in cui disconosce e/o svaluta l'esercizio della funzione paterna dell'ex marito. La misura di questo indicatore consente una valutazione quantitativa del cambiamento ed è questo che conferisce rigore al metodo usato, grazie alla maggiore oggettività resa dalla misura di un fattore quantitativo rispetto a una variabile qualitativa pura. La valutazione di tipo quantitativo si affianca e completa quella di carattere qualitativo dotando il processo di un duplice riscontro. Dato che per ogni azione è indicata altresì un'attribuzione di costo, il metodo consente anche una stima della spesa sostenuta per lo specifico caso, e conseguentemente una valutazione del rapporto costi/benefici.

Già da questi pochi tratti risulta chiaro che il protocollo utilizzato è in grado di fornire un importante supporto su diversi livelli: *metodologico e operativo* attraverso l'adozione di nuovi strumenti per la gestione e la presa in carico delle situazioni di minori ad alto rischio di danno, *valutativo* dell'efficacia del progetto di aiuto attuato, *gestionale* dei costi sostenuti, e infine *organizzativo*.

La completezza del processo di aiuto e il fatto di non poter prescindere da un'analisi del bisogno effettuata in ogni area di funzionamento del minore (dato che si tratta di un bisogno di tipo complesso) implicano che si deve procedere in maniera sinergica tra operatori di provenienza sanitaria e sociale. Lo strumento pertanto rende necessaria una fattiva integrazione dei professionisti implicati nella presa in carico della situazione familiare. Nella pratica concreta tale integrazione, nonostante sia sancita normativamente da leggi nazionali e regionali, rischia sempre di essere trascurata e penalizzata di fronte all'urgenza derivante dalla numerosità della casistica che ciascun operatore è tenuto a seguire.

Rischi e opportunità offerte dallo strumento: una riflessione sul sé professionale

L'applicazione e l'utilizzo pratico dello strumento operativo-metodologico non è priva di complicazioni legate al tempo che la sua adozione inevitabilmente comporta, in una fase storica in cui la progressiva fragilizzazione del sistema di welfare rende gli operatori dei servizi pubblici sempre più oberati da un carico di lavoro in continuo aumento e in costante complessificazione a fronte della riduzione di risorse di personale.

I laboratori e gli incontri multiprofessionali dedicati a questo progetto, appositamente organizzati dalla Regione Toscana previsti dalle *Linee di intervento per l'implementazione del Risc⁴*, hanno messo in luce la comunanza di sensazioni che si presentano trasversalmente

⁴ Allegato "A", DGR 22 marzo 2012, n. 227.

negli operatori che si sono approcciati al progetto, alcuni dei quali, in più di un'occasione, hanno sollevato dubbi essenzialmente derivanti dalla difficoltà del reperimento del tempo necessario alla compilazione o alla riflessione e tolto al contatto diretto con l'utenza, evidenziando il contesto difficile nel quale lavorano, caratterizzato dall'urgenza e dall'eccessivo carico.

Ulteriori difficoltà derivano dalla drastica riduzione anche delle risorse economiche, atte a sostenere le risposte di aiuto, in presenza della quale la valutazione di efficacia degli interventi rischia di porsi come funzionale a esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica che non tengono in considerazione il ruolo professionale che ne risulta svalorizzato.

Fazzi, in una sua ricerca condotta su un campione di 200 assistenti sociali, evidenzia la presenza all'interno di questa categoria professionale di quella che potremmo definire una crescente sensazione di riduzione del potere di influire sulle decisioni di allocazione delle risorse⁵. A ciò si associano anche un aumento del livello di incertezza e la presenza di forti pressioni verso la riduzione dell'autonomia professionale che vede le sue cause non solo nelle politiche di riduzione della spesa e degli organici (a fronte di un forte incremento della domanda sociale), ma anche nei processi di burocratizzazione del lavoro, generati da esigenze di controllo e di gestione della spesa. Tali implicazioni rischiano di vanificare la portata innovativa del protocollo riducendolo a strumento di aggravio del lavoro degli operatori, assimilabile alle numerose rilevazioni di dati richiesti per finalità di rendicontazione e statistica, vissute come distanti dall'operatività professionale e ambigue nelle finalità per cui ne viene richiesto l'uso dai livelli di programmazione e di decisione politica. L'oggettività di tali rilievi non lascerebbe spazio a conclusioni diverse da quella di abbandonare l'uso dello strumento.

Tuttavia sono evidenti la ricchezza di spunti, le interessanti applicazioni e il supporto che una metodologia come quella sperimentata può fornire alla qualificazione del lavoro dei professionisti dell'aiuto e in particolare degli assistenti sociali più sprovvisti di altri di strumenti rigorosi a supporto del proprio operare. Ciò impone una riflessione a un livello più generale che possa mettere in luce la possibilità di conciliare l'utilizzo di uno strumento innovativo con le tempistiche di lavoro, riducendo i rischi di incorrere negli inconvenienti sopra indicati, e soprattutto l'esistenza di meccanismi di difesa che possano attivarsi negli operatori rendendo loro impraticabile perseguire tale conciliabilità.

Verificare la possibilità che attraverso l'utilizzo dello strumento, e la conseguente scelta di dedicarci tempo produttivamente sottratto, ma in maniera consapevole e desiderata, alla gestione dei casi, si possano conseguire obiettivi perfino favorevoli e opportunistici all'agire professionale. Questi sono rappresentati dall'accrescimento del sapere, del saper fare, del senso identitario, e perfino del potere interlocutorio della categoria con i livelli decisionali politici

⁵ Fazzi, L., *Trasformazione dello stato sociale, privatizzazione e identità professionale degli assistenti sociali in Italia: alcune rilevazioni empiriche*, in «La rivista di servizio sociale», 3-4/2010, p. 4-29.

nonostante, e proprio per la contingenza del periodo di crisi del sistema di welfare, i vincoli e la svalorizzazione della professione imposti dalle condizioni esterne.

Gli assistenti sociali appartengono infatti a una categoria estremamente penalizzata e non pienamente riconosciuta su diversi livelli (politico, organizzativo, economico ecc.) in relazione all'importante ruolo svolto e alle sue meritorie e difficili funzioni di cuscinetto sociale. Perché questo riconoscimento possa avvenire ritengo tuttavia fondamentale, oltre a riportare su esso l'attenzione dei *decision makers*, sensibilizzare in primo luogo chi alla categoria professionale appartiene.

In questo critico momento storico e sociale la professione, ancora giovane e *in fieri*, rischia di bloccarsi nel suo processo di costruzione identitaria e di limitarsi a reagire, adattandovisi passivamente, ai cambiamenti imposti nei sistemi dei servizi, rinunciando al proprio ruolo di contribuire allo sviluppo culturale della professione e a quello di costruzione delle politiche sociali. In tal senso il protocollo metodologico S-P può costituire un valido strumento che si presta come occasione per una riflessione sul sé professionale dell'assistente sociale che viene in questa sede restituita in una formula solo apparentemente provocatoria e generalizzante e che nelle intenzioni vuole essere di stimolo e sostegno.

Il collegamento tra l'adozione di uno strumento metodologico e i temi dell'identità di una professione, del suo ruolo nel fare cultura e contribuire alla costruzione delle politiche sociali è meno azzardato di quanto sembri a prima vista. Il modo in cui l'operatore si pone rispetto alla sperimentazione di nuovi strumenti, lo spazio temporale che sceglie di dedicare a questo rispetto allo schiacciamento sulla pratica della relazione di aiuto credo dica molto anche del modo in cui interpreta il proprio ruolo. La disponibilità a valutare la validità di un nuovo strumento operativo, a contribuire alle modifiche e agli adattamenti pratici di questo all'azione professionale significa portare un contributo fattivo alla costruzione di buone prassi che si tramutano in teoria e cultura specialistica. Offrirsi la possibilità di partecipare alle occasioni di incontro multiprofessionale a livello regionale o addirittura interregionale – come nel caso dello studio Risc – significa darsi l'opportunità per esprimere il proprio pensiero e dare il proprio apporto anche al livello programmatico e politico. Credo fermamente che esista uno stretto collegamento tra politiche e pratiche professionali.

Le criticità in cui versa la categoria in questo preciso momento storico certo esistono e rischiano di schiacciare l'operatore su un fare che diviene affannoso e che lo espone a stanchezza e a esaurimento emozionale. Gli assistenti sociali sono fra gli operatori dell'aiuto più esposti alla sindrome del *burnout*: l'esaurimento emozionale, nella definizione data da Maslach⁶, è una delle componenti insieme alla spersonalizzazione e alla riduzione delle capacità personali che costituiscono una modalità reattiva in situazioni in cui è presente «uno scompenso tra richieste e risorse»⁷. L'esaurimento emozionale si verifica quando «l'operatore

⁶ Maslach, C., *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Assisi, Cittadella, 1992.

⁷ Costantino, L., *Il burnout dell'operatore sociale*, 2012, <http://www.studio-costantino.com/burnouts.html>

riceve troppe richieste in un tempo limitato» che lo obbligano «ad affrettare i tempi operativi e a imporre una selezione dei casi da trattare»; tenuto conto della numerosità delle situazioni e del fatto che queste riguardano la trattazione costante di disagi profondi di tipo emotivo, psicologico o sociale, osserva ancora Costantino, è ovvio che tenda a verificarsi un processo di «esaurimento delle proprie risorse interne a beneficio dei pazienti».

Anche quando non si verifica una vera e propria condizione qualificabile come *burnout* non è negabile la presenza negli assistenti sociali di alcune delle sensazioni che insieme ad altri sintomi consentono di diagnosticare una generica (ma non meno grave) condizione di stress lavorativo; tra queste affaticamento, stanchezza, insonnia, cefalee e disturbi gastrointestinali, nonché sensazioni di fallimento, negatività, scoraggiamento e indifferenza, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento. Questa condizione derivante dalla specificità del tipo di lavoro, amplificata dalla drastica riduzione delle risorse e associata a quanto descritto in precedenza relativamente all'esautoramento dal potere di influire sulle decisioni, al crescente livello di incertezza e alla riduzione dell'autonomia professionale è sufficiente a giustificare la tendenza degli assistenti sociali a denunciare questo stato di cose nelle varie occasioni di scambio sia a livello intra che interprofessionale o nelle sedi di tipo politico. Il rischio è di essere tacciati di eccessiva lagnanza da parte di chi non è propriamente a conoscenza del ruolo, e persino da parte degli stessi appartenenti alla categoria, consapevoli dell'inutilità di tali lamentele, spesso finì a se stesse e non capaci di modificare la condizione che le motiva.

Questa riflessione si pone come stimolo per vagliare l'esistenza di interpretazioni diverse da dare al ruolo professionale invitando a prendere in considerazione la possibilità che le condizioni di esaurimento, affaticamento, immobilismo, resistenza al cambiamento e lo schiacciamento sulla relazione diretta con l'utenza, a scapito di altri aspetti dell'agire professionale, possano inficiare la possibilità di riconoscere e quindi utilizzare le occasioni e gli strumenti atti invece a proporre una crescita e un cambiamento professionale. Riuscire a esaminare il ruolo giocato da questa condizione di disagio nel rinunciare a priori alla sperimentazione, all'azione ulteriore, in sostanza alla messa in gioco professionale. Portare a un livello di consapevolezza quella percentuale del sé professionale che rischia di costituire esso stesso vincolo e limite, l'unico sul quale è possibile agire con la garanzia di successo poiché interno e direttamente dipendente dal nostro agire.

È attraverso i momenti riflessivi all'interno della professione che si esplica il «processo di autonomizzazione disciplinare e professionale»⁸. È importante pertanto osservare e cogliere i meccanismi di difesa di una categoria poco avvezzata, ad avviso di chi scrive, a esaminarsi nel proprio procedere e soprattutto a concedere spazio al processo di riflessione sul sé come azione atta a dislocare la visione della pratica lavorativa su un piano altro, superiore, panoramico e unico nella sua capacità di restituire il senso generale al proprio ruolo professionale.

⁸ Neve, E., *Il servizio sociale, fondamenti e cultura di una professione*, Roma, Carocci, 2000, p. 11.

La mancanza di consapevolezza delle parti del sé professionale meno funzionali rende più difficile integrare nell'agire professionale tutti gli ambiti di espressione possibili e dovuti da parte di un operatore che voglia esplicitare in modo completo il proprio ruolo. Tale meccanismo deriva in parte dal fatto, già sottolineato, che si tratta di una professione relativamente nuova e in divenire, tuttora alla ricerca e definizione di una propria identità specifico-professionale, ma rischia di imbrigliare la categoria in uno stato di eterna adolescenza di cui diviene essa stessa responsabile, di fragilizzarla e appiattirla su uno *status quo* professionale con ridotte potenzialità di maturazione e individuazione. È proprio – parafrasando – ciò che accade a un adolescente che resta bloccato in uno stato di non realizzazione e di insoddisfazione le cui origini tuttavia attribuisce a fattori esterni entro un meccanismo di rinforzo di un circolo vizioso distruttivo. Hillman mette in evidenza in *Puer aeternus* come in verità queste siano modalità di funzionamento che accomunano molti adulti mai cresciuti⁹.

L'identità non è un vestito che ci viene calato addosso da altri ma è qualcosa che si costruisce e struttura giorno per giorno in base al modo in cui si interpreta il nostro ruolo. Praticando un tentativo di trasposizione della teoria dello sviluppo socioaffettivo dell'individuo a partire dalla nascita all'età adulta di Erikson¹⁰ alla professione di assistente sociale, laddove questa possa essere equiparata a un individuo in crescita, alcuni concetti relativi alle fasi delineate dall'autore costituiscono un buono spunto di riflessione su dove possa collocarsi la crescita identitaria della professione senza dimenticare che all'identità di un gruppo contribuiscono i suoi singoli membri. La fase dell'adolescenza viene superata solo se si consegue l'acquisizione del senso di identità, «all'opposto vi è la dispersione, con il senso di instabilità e di disorientamento che l'individuo prova inevitabilmente, sottoposto com'è a tante pressioni contrastanti interne ed esterne»; solo «se l'individuo non ha dubbi sul proprio ruolo [...] egli si sentirà adeguato ai compiti che gli si presentano di volta in volta»¹¹.

Il mancato conseguimento della certezza e consapevolezza della propria identità prefigura il rischio di blocco dell'attività e la fuga nell'apatia.

Sono attributi dello stato sociopsicologico adulto, quindi, il conseguimento della consapevolezza della propria identità, il senso di responsabilità e libertà della scelta nell'agire, il compito precipuo dell'impegno generativo inteso come produzione di atti e azioni che si compiono per la società (cioè per la professione); in alternativa si produce un senso di stagnazione.

Come ci ricorda Elisabetta Neve, nella lotta per il riconoscimento della professione è stato soprattutto nella dimensione della relazione di aiuto tra operatore e persona che il servizio sociale si è ritagliato uno spazio di autonomia e di competenza di intervento riconosciuta, ma essa non può costituire l'unico orizzonte né conoscitivo né di intervento del servizio sociale.

⁹ Hillman, J., *Puer aeternus*, Milano, Adelphi, 1999.

¹⁰ Erikson, E.H., *Identity: youth and crisis*, New York, W.W. Norton, 1968.

¹¹ Maier, H.W., *L'età infantile. Guida all'uso delle teorie evolutive di E.H. Erikson, J. Piaget, R.R. Sears nella pratica psicopedagogica*, Milano, Franco Angeli, 1969, p. 70.

In un periodo come quello che viviamo, in cui occorre dare impulso al processo di maturazione della professione, bisogna «ritrovare e rafforzare la dimensione della responsabilità politica del proprio lavoro» e ricordarsi che costituiscono uno «specifico della professionalità dell'assistente sociale la capacità e il dovere di assumersi ed esercitare varie forme di responsabilità, come prescritto dal codice deontologico»¹².

Le varie forme di responsabilità dell'assistente sociale nello schema polare

Il codice deontologico¹³ non a caso indica cinque ambiti di responsabilità in cui l'agire professionale deve esplicarsi e che non sono limitati alla relazione d'aiuto diretta alle persone. Merita in questa sede ricordare tre articoli del codice, il primo dei quali indicato nel titolo VI, che riguarda le responsabilità dell'assistente sociale nei confronti dell'organizzazione di lavoro, gli altri nel titolo VII sulle responsabilità dell'assistente sociale nei confronti della professione.

Art. 45. L'assistente sociale deve impegnare la propria competenza professionale per contribuire al miglioramento della politica e delle procedure dell'organizzazione del lavoro, all'efficacia, all'efficienza, all'economicità e alla qualità degli interventi e delle prestazioni professionali. Deve altresì contribuire all'individuazione di standard di qualità e alle azioni di pianificazione e programmazione nonché al razionale equo utilizzo delle risorse a disposizione. [...]

Art. 53. L'assistente sociale deve adoperarsi nei diversi livelli e nelle diverse forme dell'esercizio professionale a far conoscere e sostenere i valori e i contenuti scientifici e metodologici della professione nonché i suoi riferimenti etici e deontologici. In relazione alle diverse situazioni, deve impegnarsi nella supervisione didattica, nella ricerca, nella divulgazione della propria esperienza, anche fornendo elementi per la definizione di evidenze scientifiche.

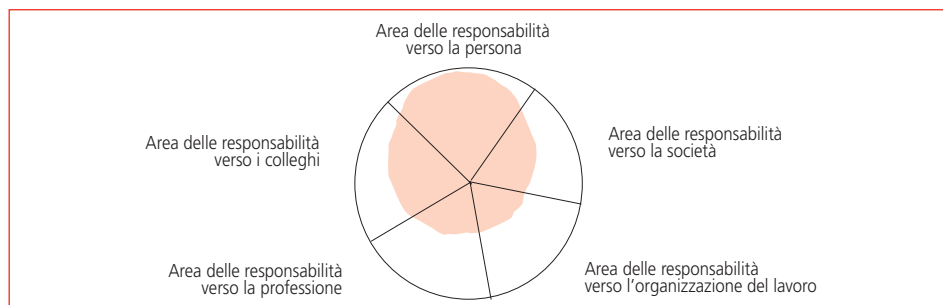
Art. 54. L'assistente sociale è tenuto alla propria formazione continua al fine di garantire prestazioni qualificate adeguate al progresso scientifico e culturale, metodologico e tecnologico.

Se volessimo tradurre nei termini dello schema polare il livello di adempimento dell'agire professionale ai vari ambiti di responsabilità credo che rischieremmo il verificarsi di una situazione come quella rappresentata in figura 1, da cui si evince come nell'ambito delle responsabilità verso le persone il livello di adempimento è quasi massimo, indicato dall'avvicinarsi della linea colorata al perimetro della circonferenza del cerchio. Nelle responsabilità verso la professione e l'organizzazione di lavoro ci sono gli ambiti nei quali identificare azioni atte al raggiungimento di obiettivi di miglioramento.

¹² Dal Pra Ponticelli, M., *Nuove prospettive per il servizio sociale*, Roma, Carocci, 2010, p. 154-155.

¹³ Codice deontologico dell'assistente sociale, testo approvato dal Consiglio nazionale nella seduta del 17 luglio 2009.

Figura 1 - Ipotesi di schema polare dell'adempimento da parte dell'assistente sociale alle responsabilità nei cinque ambiti previsti dal codice deontologico



Occorre in sintesi prendere atto della crisi del sistema di *welfare* e delle ricadute che questo ha sulla professione di assistente sociale che vede ridotto il proprio spazio di autonomia e, viceversa, aumentato il rischio di schiacciamento su una pratica operativa sempre più improntata sull'urgenza e su un insostenibile carico di lavoro. Divenire consapevoli che questa situazione possa ulteriormente incidere su una condizione di stress, cui l'operatore è già sottoposto per la specificità dell'intervento che svolge, con un aumento significativo del rischio di *burnout* e di quanto ne deriva, compresa l'indisponibilità al cambiamento. Guardare con onestà al fatto che questa situazione possa attivare meccanismi di difesa che, dietro l'oggettivo pretesto della mancanza di tempo a disposizione, rischiano di bloccare il processo evolutivo professionale garantito invece dalla sperimentazione di nuovi strumenti, dalla validazione di prassi, dall'elaborazione di teorie e cultura professionale, dalla partecipazione al *policy-making*. Con l'obiettivo finale di riuscire ad accedere a un libero e consapevole agire professionale che sappia integrare tutti gli aspetti di responsabilità previsti dal codice deontologico. Nella fattispecie, la disponibilità all'adozione del protocollo Risc, il darsi la possibilità di conoscerlo e di saperlo ben utilizzare rappresenta una reale opportunità.

Ciò non implica che si debba adottarlo in modo acritico e aprioristico, ma che la decisione in tal senso sia fondata su ragioni valide, professionali, che derivano dalla conoscenza puntuale dello strumento e non meramente da un atteggiamento pregiudiziale e poco consapevole di "difesa da". Solo così il suo utilizzo potrà configurarsi come un'opportunità di sviluppo per la professione.

Le parole chiave

La partecipazione da parte degli assistenti sociali all'utilizzo del protocollo Risc può essere sintetizzata in quattro parole-chiave: *costrizione*, *inquadramento*, *s-comodità*, *in-opportunità*.

Costrizione intesa come obbligo a un impegno ulteriore, che grava sul carico di lavoro e che implica la penalizzazione di una parte del già scarso tempo a disposizione, che solo con un faticoso sforzo viene sottratto al lavoro con l'utenza.

Inquadramento inteso come irrigidimento e circoscrizione entro limiti dati di tempo, entro categorie di variabili e fattori osservabili di una realtà complessa, entro l'ambito di schede e procedure con il timore del rischio di riduttività e non rappresentatività dello strumento rispetto all'ampia sfaccettatura del lavoro svolto.

S-comodità intesa come non agiatezza nell'uso dello strumento che rischia di comportarne un utilizzo superficiale e non propriamente corretto: il metodo per fasi ricorsive nei termini di tre mesi, atteso il gravoso carico di lavoro, il presentarsi di nuove situazioni a elevato rischio, cui va data la priorità nell'urgenza, la diversità delle situazioni prese in carico dagli operatori Ufsmia¹⁴ che si dotano di tempi diversi anche sul caso scelto – il tutto concorre al pericolo di generare uno scollamento e una mancata sincronia tra i tempi reali della valutazione e dell'attuazione degli interventi con la compilazione dello strumento.

In-opportunità intesa come tutto ciò può far percepire lo strumento non utile alla pratica professionale.

Queste parole chiave, che riassumono le criticità potenziali dello strumento, possono però diventare il punto di partenza per una riflessione diametralmente opposta in grado di produrre un cambiamento della logica dell'operatività nel rispetto dell'etimologia dei termini e del processo di presa di consapevolezza.

Il termine *costrizione*, a cui è comunemente associato un significato negativo (viene infatti dal latino *cum-stringere*, che significa stringere, accostare insieme), può invece essere interpretato dal punto di vista metodologico nel senso di *avvicinare la teoria alla pratica*: il processo di aiuto, appreso sui testi di metodologia, viene scandito dalle fasi del Risc in maniera puntuale e certa; dal punto di vista operativo avvicina gli operatori all'uso di strumenti nuovi e qualificanti dell'agire professionale, alla conoscenza e utilizzo di scale di valutazione che ampliano le abilità del professionista, consente un accostamento al processo di identificazione e misurazione di fattori osservabili, avvicina gli operatori tra di loro al fine di rendere la presa in carico del caso fattivamente integrata. Avvicina infine gli operatori a un modo nuovo di considerare il proprio agire professionale.

Inquadramento, dal latino *in quadro* (mettere dentro una cornice), può assumere un significato positivo che è quello *dell'inserimento del processo di aiuto dentro un frame metodologico e operativo* che non imbriglia l'agire professionale ma al contrario gli garantisce supporto e rigore metodologico.

Ciò che è *s-comodo* può trasformarsi in comodo (*cum-modus*: con misura), cioè *adatto all'operatore* che si sente a proprio agio con lo strumento laddove lo utilizzi con fare critico flessibile e adattabile alle varie situazioni. In tal senso assume particolare importanza il ruolo

¹⁴ Unità funzionale di salute mentale infanzia e adolescenza.

degli operatori stessi nell'elaborazione e completamento dello strumento proprio per renderlo a misura della propria professionalità.

Ed è proprio questo suo utilizzo consapevole che lo rende strumento di *opportunità* (*opportunus*, ovvero verso il porto, cioè favorevole all'obiettivo) rispetto alla finalità che ogni professionista ha nel proprio lavoro: quello della garanzia di efficacia, efficienza, professionalità e completezza del proprio agire.

La partecipazione al progetto rappresenta pertanto un impegno e una sfida per il singolo operatore collocata a un livello tutto interiore al professionista che deve trovare conciliazione tra le molteplici parti del sé professionale.

Esperienze di partecipazione al progetto Risc-PersonaLab nel Comune di Firenze

Catia Calosi e Antonella Romani, Comune di Firenze,
e Domenico Marziale, Asl 10 Firenze

Introduzione

Quando si può dire che un progetto di tutela per un bambino ha avuto esiti positivi? Con tono dignitoso un ragazzo, incontrato anni dopo averlo conosciuto, ha detto a un'assistente sociale: «Non ho più avuto bisogno di rivolgermi ai servizi». Forse potrebbe essere questo un buon punto di arrivo.

A volte si può essere portati a pensare che per lavorare con i minori occorran doti di veggenza. Ma come possiamo sperare di “prevedere il futuro” se spesso la realtà ci mette davanti alla difficoltà di valutare in tempi brevi il nostro operato e i suoi possibili esiti?

Partecipare al progetto Risc ha permesso a chi scrive di acquisire strumenti operativi utili a concretizzare l'agire professionale, che dovrebbe essere fatto di giuste dosi di operatività, capacità riflessive e valutative.

Questo progetto rappresenta uno spazio di riflessione circa l'agire affinché, partendo dal quotidiano, sia possibile acquisire una maggiore consapevolezza di sé e della propria professionalità.

Nel presente contributo concentreremo la nostra riflessione sugli strumenti di valutazione utilizzati, che permettono di integrare fattori quantitativi e qualitativi: la valutazione attraverso scale, la definizione di obiettivi e fattori confrontabili e osservabili nel tempo. A fini esemplificativi, nella seconda parte esporremo brevemente un caso affrontato con gli strumenti a disposizione del progetto Risc. Nella parte finale, concentreremo l'attenzione sugli aspetti critici e sui vantaggi rilevati nella partecipazione alla fase sperimentale del progetto Risc.

Il programma informatizzato S-P

Parte integrante della sperimentazione è rappresentata dal software S-P, strumento di supporto al progetto complessivo. Da una prima sensazione di «Ma che noia che barba... altro tempo davanti al video! Altre ore perse?», con gradualità si è arrivati a una valutazione molto diversa.

Pensiamo che ormai ogni servizio sociosanitario abbia un proprio programma informatico per la registrazione delle attività professionali. L'esperienza del Comune di Firenze è quella di un programma impostato sulla misurazione gestionale di prestazioni: faccio un colloquio, una visita domiciliare, una verifica e le registro. Ciò permette di avere, a posteriori, una visione quantitativa delle prestazioni effettuate. Al contrario, S-P è un programma basato sulla progettualità: infatti esso mette insieme *valutazione* del bisogno, *piano personalizzato* di intervento e *valutazione* di efficacia. Utilizza strumenti di valutazione globale e multidimensionale, utili alle conseguenti progettazione e realizzazione di interventi efficaci.

Questo spiega perché utilizzare i due programmi non significa una doppia e inutile registrazione di dati, in quanto le finalità sono differenti. È vero che deve essere previsto nella prassi professionale del tempo per l'inserimento dei dati ma, se maggiore è il tempo dedicato in fase iniziale (T_0), si interverrà meno nelle verifiche successive (T_1 , T_2 ecc.).

Inoltre, rispetto al carico di lavoro degli operatori che si occupano di tutela dei minori, abbiamo constatato che non è alto il numero di casi di minori che rientrano nel progetto. Infatti, secondo le linee guida, occorre individuare le situazioni più complesse e che presentano un reale rischio di allontanamento del minore dal nucleo di origine. Ciò non toglie il fatto che, una volta validato, il metodo potrebbe essere utilizzato per una casistica più ampia.

La valutazione S-P (schema polare)

La valutazione viene effettuata, in prima istanza, utilizzando strumenti di misurazione che permettono di raccogliere informazioni esaustive sulle caratteristiche individuali delle persone. In particolare, per quanto riguarda la specificità di un progetto che ha come centro il minore, per la valutazione vengono utilizzate le seguenti scale:

Aree	Valutazione	Scale
Sanitaria	Funzionale organica	MIN-FO – Osservazione del minore – organica, psicomotoria, autonomie
Sociosanitaria	Cognitivo comportamentale	MIN-CC – Osservazione del minore – cognitiva, comunicativa, apprendimento
Sociale	Socioambientale e relazionale	MIN SR – Osservazione del minore – sociorelazionale, affettivo relazionale SR – Scala di responsabilizzazione LPSV – Livello di protezione dello spazio di vita

Le informazioni raccolte consentono la costruzione di indici di efficacia che permettono nel tempo di valutare l'aumento o la diminuzione del rischio per il minore. La valutazione viene resa confrontabile nel tempo attraverso la lettura degli schemi polari. Questi rappresentano il risultato grafico dei punteggi complessivi delle scale, riportati automaticamente dal programma. Lo schema polare mette in evidenza aree problematiche e potenzialità della persona.

Strumenti specifici per l'équipe psico-sociale

Il lavoro dell'équipe viene agevolato dall'utilizzo di una serie di strumenti di valutazione per l'area socioambientale e relazionale, permettendo di riferire nel dettaglio gli elementi osservati.

Area sanitaria (funzionale organica):

MIN-FO – Osservazione del minore – organica, psicomotoria, autonomie.

Fa riferimento allo stato di salute complessiva ed eventuali carenze organiche che si riflettono sull'autonomia fisica e cognitiva.

Area sociosanitaria (cognitivo comportamentale):

MIN-CC – Osservazione del minori – cognitiva, comunicativa, apprendimento.

Analizza l'area degli apprendimenti e dello sviluppo cognitivo-comportamentale nonché le competenze sociali del bambino.

Area sociale (socioambientale e relazionale)

MIN SR - Osservazione del minore socio relazionale, affettivo relazionale.

Valuta l'acquisizione delle competenze sociali, le modalità di interazione con le figure di accudimento e con gli altri.

SR - Scala di responsabilizzazione.

L'analisi del sistema delle responsabilità permette di approfondire la conoscenza delle relazioni familiari e della rete sociale, sia in forma potenziale (chi attualmente non opera attivamente nel progetto di aiuto ma potrebbe essere coinvolto), sia chi già partecipa con ruolo decisionale, e chi questo ruolo non lo riveste ma di fatto già contribuisce (ad esempio un amico di famiglia che collabora).

LPSV– Livello di protezione dello spazio di vita.

Misura la capacità della comunità di farsi carico dei bisogni della persona e della famiglia, utilizzando la mappa dei soggetti e delle risorse attuali e potenziali.

Sulla base delle osservazioni degli operatori coinvolti nella sperimentazione di Risc, che condividono la necessità di avere uno strumento concreto di valutazione, è in corso la costruzione di una scala di valutazione delle competenze genitoriali (LGG). Tale scala verrà inserita nella griglia di quelle già disponibili e inciderà dunque nella costruzione dello schema polare.

La valutazione F-O (fattori osservabili)

La valutazione S-P viene integrata con obiettivi e fattori confrontabili e osservabili nel tempo. I fattori osservabili devono essere misurabili, quantificabili, definibili e tangibili: ciò evita agli operatori di utilizzare concetti generali, focalizzandosi piuttosto su azioni concrete.

Gli operatori che compongono l'équipe multiprofessionale definiscono in questa sezione gli obiettivi da raggiungere e le azioni che intendono realizzare per ottenerli. Essi devono tenere conto, in modo partecipato, dei soggetti da poter coinvolgere nel raggiungimento degli obiettivi (familiari ecc.). Inoltre devono essere indicate dall'équipe le risorse disponibili, definendo nel concreto i servizi e le prestazioni che essa intende attivare per raggiungere i risultati auspicati nel progetto personalizzato.

Una volta impostato il piano operativo, i componenti dell'équipe svolgeranno la propria attività professionale, mettendo in atto le azioni e le prestazioni individuate, fino a raggiungere la scadenza delle verifiche previste.

La differenza tra quanto atteso e quanto effettivamente misurato permetterà di valutare il raggiungimento degli obiettivi e di riprogrammare le modalità di raggiungimento.

La verifica di efficacia del piano operativo verrà dunque effettuata attraverso due differenti rappresentazioni:

- lo schema polare per quanto riguarda i risultati raggiunti per ciascuna scala di valutazione;
- la tabella che riporta per ciascun fattore osservabile il valore misurato inizialmente, quello atteso alla valutazione successiva, e il valore effettivamente misurato.

Un'esemplificazione: la storia di C.D.

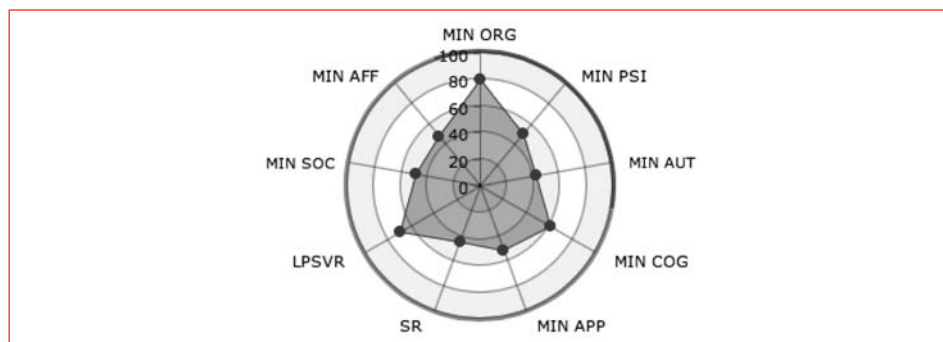
Per descrivere come il programma S-P può aiutare nella valutazione del proprio agire professionale, portiamo l'esempio di C.D. (iniziali di fantasia). È una bambina di 6 anni, inserita in un nucleo familiare in cui la coppia genitoriale sta attraversando un periodo di pesante crisi. La situazione è stata segnalata all'autorità giudiziaria. Vi sono altri familiari non conviventi che si sono occupati della bambina, supplendo alle difficoltà dei genitori ma, in tempi recenti, per problematiche personali, si sono ritirati da questo impegno.

Valutazione iniziale a T_0

Lo schema polare al tempo zero (T_0) rappresenta graficamente la somma delle valutazioni iniziali effettuate dagli operatori coinvolti, ovvero la fase conoscitiva della situazione personale, familiare e sociale della bambina C.D. (figura 1). Si osservano limitazioni nella condizione della bambina, nell'area psicomotoria (MIN-PSI) e nell'area delle autonomie (MIN-AUT), mentre risulta nella norma l'area organica (MIN-ORG). Possono essere osservate limitazioni nella sfera degli apprendimenti (MIN-APP) e valori maggiormente positivi nella sfera delle capacità cognitive (MIN-COG).

Si notano, inoltre, valori intermedi rispetto ai livelli di protezione degli spazi di vita (LPSVR) e del sistema delle responsabilità delle figure di riferimento (SR), ma bassi valori nei rapporti affettivi (MIN-AFF) e sociorelazionali (MIN-SOC).

Figura 1 - Schema polare a T_0 per C.D.



Come esposto in precedenza, la fase successiva del piano consiste nell'individuazione di obiettivi e fattori confrontabili e osservabili nel tempo, sui quali si concentrerà l'azione professionale degli operatori coinvolti (tabella 1).

Tabella 1 - Azioni e risultati attesi

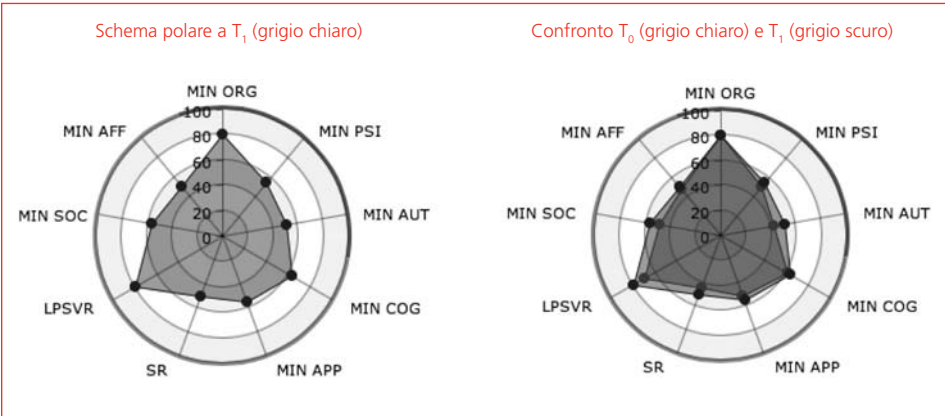
Azione	Area di osservazione	Fattori osservabili
Servizio educativo domiciliare	Svolgere attività significative extrascolastiche Assimilazione dell'importanza della regolare frequenza scolastica	<ul style="list-style-type: none">• numero di volte che gioca con gli amici• frequenza scolastica• rendimento scolastico
Coinvolgimento della nonna materna nei livelli di cura	Igiene e abbigliamento della bambina	<ul style="list-style-type: none">• presenta un abbigliamento non adeguato• fa il bagno

Valutazione intermedia a T₁

Lo schema polare al tempo uno (T₁) rappresenta la schematizzazione della valutazione effettuata tre mesi dopo la prima (figura 2). Dalla sovrapposizione tra i due schemi polari, può essere osservato che, nel tempo intercorso, vi sono stati lievi miglioramenti della bambina nelle sfere dell'area psicomotoria (MIN-PSI), degli apprendimenti (MIN-APP) e nel sistema delle responsabilità delle figure di riferimento (SR). Inoltre si possono notare miglioramenti più evidenti nelle aree delle autonomie (MIN-AUT), nei livelli di protezione degli spazi di vita (LPSV), e nell'area sociorelazionale (MIN-SOC).

Nelle aree organica (MIN-ORG), cognitiva (MIN-COG) e dei rapporti affettivi (MIN-AFF) la situazione rimane sostanzialmente invariata rispetto alla valutazione effettuata tre mesi prima.

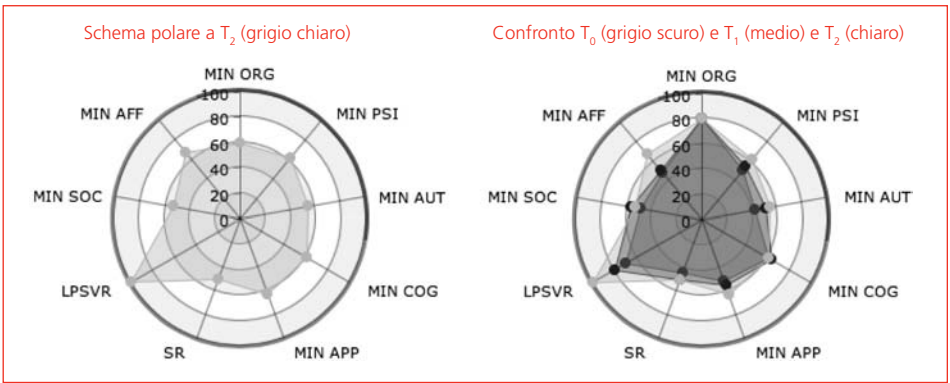
Figura 2 - Schema polare a T₁ e confronto tra schemi polari in tempi diversi



Valutazione a T₂

Nella valutazione effettuata 6 mesi dopo la presa in carico (tempo due), lo schema polare fa osservare un lieve miglioramento della situazione della bambina nelle aree psicomotoria, delle autonomie e degli apprendimenti, così come un miglioramento più significativo nelle aree della protezione degli spazi di vita e dei rapporti affettivi. Le altre aree rimangono invariate (figura 3).

Figura 3 - Schema polare a T₂



Trascorsi i 6 mesi definiti inizialmente, viene osservato dagli operatori dell'équipe multidisciplinare un generale miglioramento delle condizioni di benessere della bambina rispetto all'inizio del progetto. Tale miglioramento viene rilevato, oltre che dalla sovrapposizione degli schemi polari, anche dalla lettura del piano operativo e, in particolare, dalla verifica delle azioni attese così come dall'analisi dei fattori osservabili e dal loro parziale o completo raggiungimento.

Tabella 2 - Verifica di attuazione del piano

Piano/Prestazione	Eseguita	Eseguita in parte
<i>Piano operativo 1</i>		
- Assistenza domiciliare socioeducativa: aiuto per supporto scolastico	✓	
- Assistenza domiciliare socioeducativa: aiuto per gioco organizzato	✓	
- Altri interventi di sostegno alla domiciliarità: aiuto per vestizione	✓	
- Altri interventi di sostegno alla domiciliarità: aiuto per fare il bagno	✓	
<i>Piano operativo 2</i>		
- Assistenza domiciliare socioeducativa: aiuto per supporto scolastico	✓	
- Assistenza domiciliare socioeducativa: aiuto per gioco organizzato	✓	
- Altri interventi di sostegno alla domiciliarità		✓ (61-70%)
- Altri interventi di sostegno alla domiciliarità: aiuto per la vita relazionale		✓ (61-70%)

Tabella 3 - Verifica risultati attesi (livello di raggiungimento dei risultati attesi)

Piano operativo 1		Piano operativo 2	
Abbigliamento non adeguato	100%	Abbigliamento non adeguato	100%
Frequenza scolastica	60%	Rendimento scolastico	100%
Gioca con gli amici	25%	Frequenza scolastica	80%

La differenza tra l'attività professionale "classica" e quella messa in atto con l'utilizzo degli strumenti a disposizione grazie al progetto Risc è data soprattutto dalla possibilità di definire chiaramente il proprio operato professionale nelle diverse tappe metodologiche.

Il raffronto tra le valutazioni effettuate nei 6 mesi permette dunque di comprendere quali sono gli aspetti di vita della minore che hanno avuto un miglioramento e quali necessitano di maggiore attenzione e supporto per il futuro.

Inoltre, l'analisi complessiva del progetto offre all'operatore strumenti di comprensione dei risultati, in particolare la possibilità di analizzare se i miglioramenti, così come i peggioramenti, possano dipendere da motivazioni funzionali organiche, cognitivo comportamentali o socio-ambientali e relazionali.

Infine, avere concentrato gli obiettivi e le azioni professionali degli operatori coinvolti nell'équipe con l'impegno e la collaborazione delle figure di riferimento per il minore permette di individuare quali siano state le motivazioni del maggior benessere del minore, ma anche quelle di un eventuale malessere.

Riflessioni sulla partecipazione al progetto Risc-PersonaLab

La valutazione sulla partecipazione alla sperimentazione del progetto Risc parte necessariamente dalla considerazione che qualsiasi strumento operativo, preso singolarmente, non potrà mai garantire una valutazione appropriata del bisogno, e di conseguenza nemmeno gli esiti del progetto personalizzato; senza le necessarie capacità e competenze del professionista qualsiasi strumento sarà destinato a rivelarsi parziale o inefficace.

Criticità incontrate

Viste le peculiarità del progetto Risc, che ha come obiettivo principale quello di diminuire il rischio di allontanamento del minore dalla famiglia, appare indispensabile la partecipazione di tutte le figure professionali necessarie, in particolare assistente sociale, psicologo e neuropsichiatra infantile.

Nella fase attuale del nostro percorso permangono le difficoltà di integrazione fra servizi e professionalità: nella maggior parte dei casi le assistenti sociali hanno lavorato da sole, trovandosi a compilare anche strumenti di valutazione di pertinenza del sanitario.

Laddove è stato possibile sperimentare la collaborazione, sono state osservate una maggiore semplicità e rapidità nell'uso degli strumenti, una più appropriata valutazione, così come maggiore capacità riflessiva rispetto al caso trattato, anche nella parte progettuale; di conseguenza il tempo dedicato all'inserimento dati è stato più fluido ed efficace.

Nello svolgimento dell'attività abbiamo rilevato la necessità di coinvolgere anche altri servizi specialistici, come ad esempio il SerT, il Servizio sociale minorile del Ministero di giustizia ecc., poiché frequentemente i minori con situazioni complesse sono presi in carico da più servizi contemporaneamente. Ciò rende ancora più particolari la definizione del progetto, la parte operativa e la valutazione.

Il programma inoltre non prevede la possibilità di riportare in una sola cartella la complessità della presa in carico multiprofessionale: infatti nel progetto riguardante il minore non viene registrato il lavoro fatto dagli operatori con i genitori e i servizi che li hanno in carico, come ad esempio la Salute mentale adulti. Ciò porterebbe a una maggior attenzione alle problematiche dei genitori e al rinforzo delle loro competenze necessarie per l'efficacia dell'intervento sul minore. La soluzione potrebbe essere dunque quella dell'inserimento di più cartelle "comunicanti" anche per gli altri membri familiari interessati.

Altra criticità incontrata nella fase di sperimentazione è stata la necessità di ottenere l'autorizzazione scritta di entrambi i genitori all'adesione al progetto, l'assenza della quale poteva significarne l'esclusione; tale problema è stato risolto passando dalla fase di sperimentazione a quella operativa.

Vantaggi rilevati

Il programma permette di affinare la capacità riflessiva degli operatori per potere sperimentare e migliorare in maniera condivisa gli strumenti utilizzati. Esso stimola gli operatori a individuare modalità "altre" rispetto al quotidiano individuale.

Grazie alla sua impostazione, il programma permette di rivisitare *in itinere* gli obiettivi di breve e medio termine, in relazione a ciò che emerge dalla risposta al progetto. Di conseguenza, esso aiuta a modulare gli obiettivi a medio e lungo termine, valutando nelle figure di *caregiving* le capacità responsive, di rimettersi in discussione e di aderire alla realtà.

Un piano operativo dettagliato permette di stabilire una sorta di "patto" di collaborazione con i *caregivers* per stimolare la responsabilizzazione e l'attivazione delle loro competenze e risorse in un approccio cooperativo.

Inoltre, la condivisione del processo con i *caregivers* può facilitare l'emergere delle loro risorse e capacità, e permettere loro di partecipare attivamente al raggiungimento degli obiettivi proposti.

Il programma S-P, sintetizzando i dati inseriti nello schema polare, permette una visualizzazione immediata e intuitiva dell'intervento nella sua globalità, un feedback dell'efficacia degli interventi nelle varie fasi del progetto e una migliore individuazione degli ambiti su cui intervenire.

La sintesi grafico-visiva e il report statistico finale rappresentano dei feedback diretti e oggettivi per gli operatori riguardo il raggiungimento degli obiettivi e supportano anche i dati

qualitativi inseriti nelle relazioni di verifica stilate dagli operatori. Altro vantaggio è rappresentato dal fatto che la metodologia di lavoro con la condivisione degli obiettivi facilita la continuità operativa, ad esempio in caso di passaggio di presa in carico tra diversi operatori e servizi.

Infine il progetto Risc può costituire uno strumento utile a creare maggiore comunicabilità dell'andamento del caso ad altre istituzioni coinvolte, ad esempio l'autorità giudiziaria, permettendo di dare concretezza e visibilità al proprio agire professionale.

Prospettive

In sintesi, il progetto Risc permette una condivisione dei risultati della sperimentazione effettuata a livello nazionale, utile per affinare e uniformare strumenti di valutazione e intervento.

Da rilevare in particolare l'esigenza di un sistema condiviso e riconosciuto dalla professione di indicatori in grado di valutare le competenze genitoriali. Su tale aspetto, come riferito in precedenza, è in corso la sperimentazione di una scala *ad hoc*¹. Infine il progetto Risc rende possibile assumere modalità più obiettive per la rilevazione di fenomeni complessi e ad alto impatto sociale, come quello dell'allontanamento di un minore dal proprio nucleo d'origine, grazie all'utilizzo di strumenti capaci di una visione globale.

¹ Canali, C., Vecchiato, T., *Valutare le competenze genitoriali*, in «Studi Zancan», 6/2012, p. 31-46.

L'esperienza Risc-PersonaLab in Alta Val d'Elsa

Sara Sammiceli, Emiliano D'Ambrosio, Beatrice Angeli, Chiara Cambi,
Emanuela Lombardi e Valentina Sammiceli, gruppo Risc Sds Alta Val d'Elsa

Il primo anno in Risc

La zona Val d'Elsa ha partecipato alla seconda annualità del progetto Risc nazionale e, successivamente, al progetto di estensione in Toscana. La prima volta ci sono state difficoltà organizzative che hanno impedito di seguire a pieno il laboratorio ed essere tempestivi e chiari nella presentazione dei casi. La seconda esperienza ha dato la possibilità di creare un gruppo di lavoro più funzionale che insieme ha cercato di ovviare alle difficoltà incontrate in precedenza.

Il territorio della Val d'Elsa è caratterizzato da un'utenza molto variegata, quale un'alta percentuale di famiglie immigrate con minori, di famiglie multiproblematiche, nuove povertà emergenti dovute alla crisi del lavoro, minori a rischio e persone con problemi psichiatrici. All'interno di queste tipologie di utenza sono state riscontrate come alcune situazioni "al limite" possano essere motivo di gravi problemi familiari fino a dover prendere in considerazione l'allontanamento del minore.

Tutte possono essere, quindi, motivo d'indagine e presentare problematiche che richiedono approfondimenti tecnici e metodologici sulla presa in carico personalizzata con l'obiettivo di sviluppare una traccia comune entro cui delineare e acquisire meglio il rapporto tra risultati attesi e azioni ottenute. Lo strumento sperimentato nel progetto Risc rientra in una nuova logica operativa che risponde pienamente a tale obiettivo.

Va sottolineato, tuttavia, che rispetto alle altre zone aderenti a Risc la Val d'Elsa è rimasta tra le poche nel panorama regionale a lavorare ancora con suddivisione per territorio di competenza e non per area di intervento (come ad esempio minori, disabilità oppure anziani). Questo fattore limita maggiormente il lavoro degli operatori rispetto all'applicazione del protocollo Risc in quanto non ci sono assistenti sociali dedicati o specializzati nel settore minori.

La prima difficoltà nell'applicazione del progetto Risc si è rilevata sulla scelta dei casi. Inizialmente erano stati individuati casi troppo complessi o già segnalati al Tribunale per i minorenni di Firenze. Tale aspetto non consentiva di scegliere in maniera appropriata gli indicatori adatti alla valutazione *in itinere*. Anche l'alternanza degli operatori scelti per il progetto Risc è stata un ulteriore elemento di difficoltà: la partecipazione degli assistenti sociali alla prima formazione non ha coinciso successivamente con le persone che realmente hanno iniziato a inserire i casi.

Il nuovo progetto

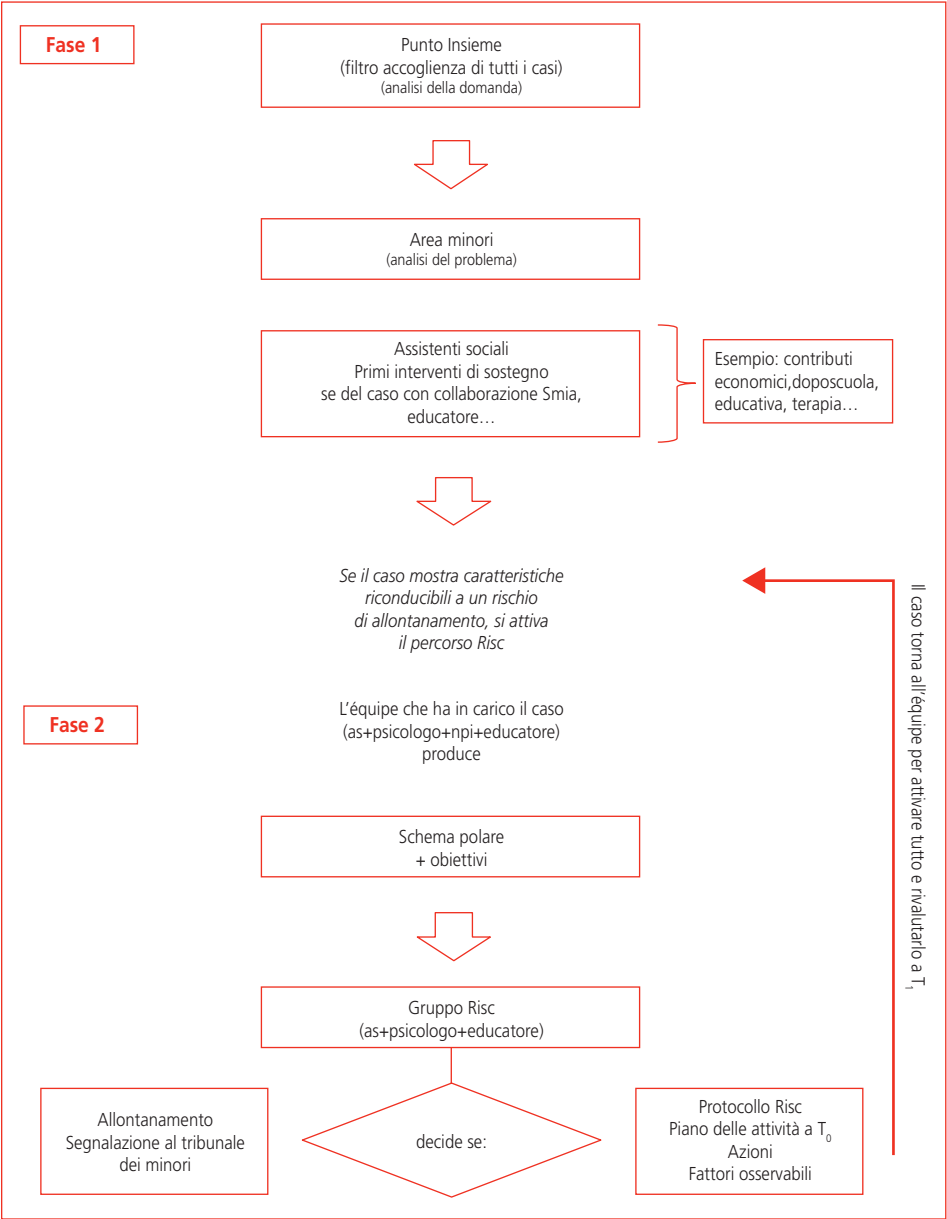
L'avvio del secondo anno di sperimentazione è coinciso con la costituzione di un gruppo di lavoro più dedicato e formato. Tale condizione ha permesso di selezionare casi in cui sia le dinamiche familiari che le condizioni sociorelazionali presenti nei nuclei individuati fossero ancora recuperabili e quindi coincidenti maggiormente con la *mission* del progetto Risc.

Inoltre è stato preso in considerazione il grado di collaborazione di questi nuclei con i servizi perché potessero essere consapevoli di entrare in un nuovo meccanismo di valutazione che potesse essere tangibile nel tempo rispetto ai piccoli risultati ottenuti. Va da sé che nel caso di situazioni in cui fosse il tribunale per i minorenni a “imporre” qualcosa, tale sperimentazione sarebbe stata viziata da subito, come successo nella prima annualità. Rispetto all'applicazione del Risc, nel secondo anno, si può segnalare:

- facilità e completezza con cui sono state riportate le informazioni relative alla storia dei nuclei familiari del minore; questa parte coincide in effetti con il lavoro di relazione che spesso gli operatori sono chiamati a svolgere;
- difficoltà, al contrario, di individuare indicatori coerenti con il progetto pensato su quel minore: è stato importante imparare a distinguere indicatori di processo e indicatori di esito, saperli riconoscere prima e poterne valutare la rispondenza poi. Questo ha consentito di non confondere lo strumento con l'intervento o l'intervento con l'obiettivo, come invece spesso si tende a fare;
- la “quantificazione” del benessere dello stesso minore ha costretto da subito a cambiare ottica di intervento, costringendo talvolta a una concretezza che pareva essere scomparsa nelle relazioni redatte nel tempo: “costringersi” a un percorso che tiene sempre fede agli obiettivi individuati nella progettazione ha di fatto pian piano aiutato gli stessi operatori a trovare dimestichezza nell'individuazione di fattori che fossero osservabili, tangibili e valutabili nel tempo;
- la temporizzazione degli interventi ha coinciso con un momento di difficoltà ma anche di aiuto una volta stabilita la trimestralità di verifica. Resta la poca aderenza rispetto alle risorse realmente disponibili nel momento in cui si progetta: nel lavoro sociale la variabilità degli operatori e delle risorse, mai come in questi ultimi tempi, sta diventando l'elemento più complesso da gestire. Di certo avere un tempo in cui rimettersi insieme (équipe multidisciplinare) a “contare” cosa è stato fatto e quali risultati ha prodotto può aiutare anche nel compito difficile della scelta degli interventi e nella limitazione dello spreco di risorse;
- una volta presa dimestichezza con Risc, il confronto con i casi non inseriti in tale progetto e che impegnano i servizi quotidianamente è venuto spontaneo: se si considera la “quantificazione economica” degli interventi, Risc è senza dubbio uno strumento che impone di ragionare anche sul costo dei servizi (il costo degli operatori che valutano, che intervengono, di una psicologa che supporta, di un educatore che monitora) non solo in termini di tempo ma anche di soldi spesi.

Le prospettive di applicazione di questo strumento possono essere molteplici se si ovvia al problema dei carichi di lavoro che spesso impediscono agli operatori di dedicare un tempo congruo alla documentazione richiesta dal protocollo Risc. Di fatto Risc potrebbe diventare per i minori quello che l'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm) è già divenuta per gli anziani: un percorso per la presa in carico integrata ormai definito e consolidato che, parten-

Figura 1 – Sviluppo del modello



do da uno schema polare per la valutazione di aree di competenza sociale e sanitaria, porta alla definizione di progetti integrati tenendo conto delle risorse disponibili e prevedendo verifiche programmate nel tempo.

Si potrebbe immaginare, pertanto, la formazione di un gruppo “tutela” o “Gruppo Risc” multidisciplinare formato oltre che dagli operatori referenti anche da un assistente sociale con esperienza nel campo, uno psicologo, un educatore professionale e, se del caso, una neuropsichiatra infantile. A differenza della Uvm, che prevede un percorso che parte dall'accoglienza, in questi casi sarebbe più realistica una commissione bimestrale in cui vengono portati o segnalati casi dei vari assistenti sociali delle zone di riferimento come riconducibili per caratteristiche a essere inseriti nel progetto Risc; casi che già si hanno in carico. Il gruppo dovrebbe pertanto, come la Uvm, disporre di un budget di risorse dedicato sulla base delle quali poter definire con i referenti del caso le azioni e gli indicatori, destinandovi le risorse necessarie e disponibili. Da quel momento si dovrebbe uscire dalla commissione con un piano di azioni concordate e da rivalutare trimestralmente all'interno del gruppo Risc. Come per la Uvm va contemplata la possibilità di allargare la partecipazione a quegli specialisti che seguono i percorsi individuali degli adulti (psicoterapeuta, psichiatra di riferimento, medico, SerT...). Se si dovesse giungere a una segnalazione al tribunale allora il percorso successivo andrebbe definito.

Nel caso degli anziani abbiamo tutti sperimentato “sulla pelle” la costrizione a un cambio di mentalità: dall'accoglimento di una richiesta del familiare per l'erogazione di un servizio, si è passati finalmente a una valutazione dell'anziano per proporre un progetto che l'utente può accettare o meno attraverso la firma di un progetto di assistenza personalizzato. Non più un luogo in cui andare a chiedere e attendere di ricevere quella risposta, ma uno spazio-tempo in cui rivolgersi perché professionisti propongano sulla base di elementi valutati quale percorso è più rispondente ai bisogni e al benessere di quell'utente (figura 1).

L'esperienza realizzata con Risc rende auspicabile che anche con i minori sia possibile un cambiamento di approccio, ovvero poter lavorare ordinariamente con questa logica di valutazione, implementazione e verifica costante e integrata degli interventi.

Anche se nella fase di presentazione del progetto Risc si è temuto di non poter sostenere il carico aggiuntivo che l'utilizzo del protocollo avrebbe potuto comportare, mai è stata messa in discussione la validità di uno strumento che si è rivelato in grado di tenere sotto controllo le numerose situazioni a rischio, e soprattutto di strutturare interventi ad hoc che permettono di eliminare o ridurre i rischi di allontanamento del minore dalla propria famiglia.

Le prospettive di utilizzo del protocollo e le ricadute operative, a partire dall'esperienza vissuta nelle zone coinvolte nella sperimentazione

Lorella Baggiani, Regione Toscana, e Cinzia Canali,
Fondazione Emanuela Zancan onlus

I contributi che nel volume hanno presentato gli esiti della partecipazione al progetto Risc e le esperienze territoriali realizzate offrono una descrizione molto articolata di come sia stato possibile qualificare la presa in carico dei minori che vivono "infanziae infelici" e rischiano l'allontanamento dal nucleo di appartenenza.

A conclusione di questo percorso, proponiamo alcune riflessioni su come proseguire in questa direzione, partendo dalle considerazioni emerse dal confronto con gli operatori coinvolti nella sperimentazione circa le potenzialità e le prospettive di utilizzo della metodologia proposta nel loro lavoro quotidiano nei servizi.

Il loro punto di vista permette infatti di focalizzare quali possono essere le ricadute operative conseguenti all'assunzione di questo metodo di lavoro e di individuare i fattori (organizzativi, procedurali, professionali) che possono garantire la sostenibilità di tale scelta nei diversi contesti di lavoro territoriali.

Le riflessioni degli operatori

Il metodo di lavoro proposto ha richiesto importanti investimenti in termini di impegno, tempo, acquisizione di competenze tecniche, ma ha anche permesso una valorizzazione del lavoro professionale che "sta dietro" alla presa in carico di situazioni complesse come quelle inserite nello studio.

A conclusione di questa panoramica, è opportuno riportare gli esiti del questionario sottoposto ai gruppi di lavoro zionali, circa le potenzialità e i punti di forza riscontrati nell'utilizzo della metodologia e degli specifici strumenti previsti. I risultati emersi possono infatti costituire uno spunto di riflessione utile a implementare le soluzioni sperimentate e a facilitarne la diffusione tra gli operatori. Le domande poste sono state sei:

1. Quali sono le capacità e i punti di forza che sono emersi dall'utilizzo dell'analisi sullo spazio di vita?
2. Quali sono le potenzialità e i punti di forza emersi grazie all'utilizzo dello schema polare?
3. Che valore aggiunto ha dato la metodologia che associa i risultati attesi con le azioni per conseguirli?
4. Quanto importanti sono stati i fattori osservabili per meglio definire e riconoscere i benefici ottenuti?
5. Come sono state superate le difficoltà incontrate nell'utilizzo della metodologia durante il percorso di presa in carico?
6. La metodologia sperimentata può essere messa a sistema e utilizzata regolarmente nel lavoro professionale, con bambini a rischio di allontanamento?

Le risposte di seguito sintetizzate fanno riferimento a sei zone¹ (Empolese, Firenze, Fiorentina Sud-Est, Fiorentina Nord-Ovest, Mugello, Pisana), e saranno oggetto di ulteriori approfondimenti in sede di gruppo di lavoro.

Le risposte alla domanda 1, relativa alla possibilità di evidenziare le capacità e i punti di forza che emergono dall'analisi dello spazio di vita (chiamato "sistema delle responsabilità"), evidenziano come questo aiuti gli «operatori a individuare le risorse e potenzialità all'interno della famiglia e nella rete e anche i punti di debolezza». Di conseguenza, questa analisi è importante per l'individuazione chiara delle responsabilità sostanziali e formali per la formulazione del progetto individualizzato. In sostanza:

il "sistema delle responsabilità" permette di individuare in maniera chiara l'intera rete dello spazio di vita del minore e quindi anche come i servizi territoriali possono intervenire al fine dell'attivazione dei diversi nodi della rete [offrendo una] immagine [anche] visiva del sistema di responsabilità del minore, punto necessario da cui partire per elaborare il progetto. [Inoltre] tale approccio orienta tutto il percorso di progettazione ampliando il focus dell'intervento non solo al recupero delle competenze genitoriali. Di fatto allargando la prospettiva della valutazione a tutte le risorse che entrano in gioco nello spazio di vita del minore, ne consegue che l'obiettivo con cui si interviene non sia solo "il recupero" delle competenze genitoriali ma anche la loro "integrazione" attraverso l'attivazione di un sistema che prevede un incontro di responsabilità e condivisione.

Gli operatori evidenziano anche che

consente al servizio di visualizzare eventuali carenze genitoriali in modo da elaborare un progetto che possa rafforzare la genitorialità. [La] più chiara identificazione delle persone importanti nello spazio di vita del minore e del ruolo svolto da ciascuna di esse in favore dello stesso impone una riflessione particolare su chi ha una funzione potenziale e che costituisce un soggetto sul quale debbono essere concentrate le azioni, [facilitando anche la] prognosi di attivazione di interventi futuri.

Rispetto allo schema polare, la domanda 2 chiede agli operatori quali sono le sue potenzialità e i suoi punti di forza. Emerge innanzitutto che lo schema polare, attraverso la visualizzazione grafica,

aiuta nel confronto all'interno del gruppo, stimola le osservazioni da condividere, facilita la messa a fuoco delle potenzialità e delle carenze al fine di poter intervenire per il cambiamento.

¹ Per gli approfondimenti riportati nel contributo si ringraziano gli operatori delle sei zone: Maria Eleonora Arnò, Patrizia Baldassarri, Barbara Balleri, Rosa Barone, Manuela Barzacchini, Rossella Benedetti, Elisabetta Caricato, Simona Ceccherini, Vanessa Chiari, Paola Cibra, Sandra Fierravanti, Federica Frascino, Alessandra Freschi, Dalla Gabbrielli, Barbara Giambra, Luigi Leoni, Maria Moscia, Valentina Neri, Anna Orlando, Rita Paoli, Francesca Pardi, Margherita Petti, Susan Pratesi, Sabrina Sabatini, Omero Sacchetti, Elena Tempestini, Federico Torrigiani, Rachele Vitali.

Fornisce un'immagine immediata delle aree in cui emerge il bisogno e quindi dove è necessario concentrare gli interventi dei servizi permettendo inoltre di fare una comparazione nel tempo di come gli interventi siano stati o meno efficaci.

Inoltre, gli operatori evidenziano che «può aiutare anche per coinvolgere le famiglie nella lettura, magari con semplificazioni nella presentazione, cioè può essere strumento di aiuto per gli operatori nel comunicare /restituire alla famiglia l'osservazione del bambino e delle dinamiche che lo coinvolgono». Si tratta di un aspetto particolarmente significativo, soprattutto se e in quanto permette di migliorare il livello di partecipazione dei genitori nelle diverse fasi del percorso e di valorizzarne comunque il ruolo.

Dal punto di vista della strutturazione dello schema, è stato segnalato come questo possa essere ampliato nell'area relativa alla valutazione delle competenze genitoriali.

La strutturazione delle scale "vincola" alla realizzazione di una valutazione integrata con altre figure professionali. Tale obiettivo è ancora da promuovere perché per quanto si teorizzi la necessità di una metodologia di lavoro integrato, permangono ancora molti vincoli organizzativi che ne ostacolano la piena realizzazione. La visualizzazione nelle sintesi "fotografiche" aiuta l'operatore a seguire lo sviluppo del progetto, i progressi, le aree di criticità e a ri-orientare gli interventi. La funzione dello schema polare appare determinante nel lavoro con le famiglie multiproblematiche per governare quel livello di complessità che porta gli operatori a intervenire su più fronti con il rischio di perdere di vista le priorità e le aree di maggiore criticità da colpire.

La questione relativa alla metodologia che associa i risultati attesi alle azioni messe in atto per conseguirli è affrontata nella domanda 3, che mira a esplicitarne il valore aggiunto.

Le risposte fornite dagli operatori hanno fatto emergere l'importanza di utilizzare una metodologia di questo tipo, che consente di verificare, rispetto all'obiettivo posto, gli interventi messi in atto per raggiungere l'obiettivo/i e i relativi costi professionali e non professionali. È una metodologia che richiede obiettivi prefissati molto chiari e precisi, ulteriormente dettagliati da azioni specifiche e misurabili. Contestualmente si evidenzia che è una metodologia che viene sempre utilizzata di prassi dagli operatori nei propri interventi, soprattutto laddove c'è un effettivo lavoro multiprofessionale integrato.

Per un gruppo di lavoro non è stato infatti possibile avere una piena visione di questa sezione poiché nella quotidianità del loro agire sociale e professionale molto spesso il lavoro multiprofessionale integrato non viene praticato.

La metodologia alla base dello strumento contribuisce a orientare l'azione dell'operatore vincolandolo a definire per ogni step valutativo gli obiettivi e il piano delle azioni per raggiungerli (dove voglio arrivare e con quali interventi). La definizione dei risultati attesi sposta l'attenzione dell'operatore sulla "perseguibilità" di un obiettivo attraverso l'attivazione delle risorse in campo in quel particolare contesto (sia nel sistema familiare che in quello dei servizi e della comunità in senso più ampio). L'uso dello strumento evidenzia come spesso il processo di definizione dei

risultati attesi porta a procedere a ritroso a ri-definire l'obiettivo, circoscrivendolo. Negli interventi di tutela dei minori gli operatori corrono il rischio di individuare "obiettivi alti" corretti sul piano ideale e teorico, ma poco realizzabili sul piano della realtà di quel specifico bambino inserito in quel contesto familiare e comunitario. Perseguire "missioni impossibili" espone il progetto di intervento a un alto rischio di fallimento che interferisce negativamente nel processo di ristrutturazione del funzionamento familiare.

Rispetto all'importanza dei fattori osservabili per meglio definire e riconoscere i benefici ottenuti, oggetto della domanda 4, emerge quanto questi siano "imprescindibili", dato che senza avere i fattori osservabili non sarebbe possibile osservare i benefici ottenuti. Emerge quindi che «sono importanti in quanto permettono di verificare il beneficio di un'azione tramite una valutazione resa oggettiva». Inoltre «rendono concrete le aree di intervento del progetto, consentendo agli operatori di definire in anticipo i fattori da osservare, facilitando la relazione con gli altri specialisti». In qualche modo, «hanno obbligato l'operatore a una riflessione approfondita dalla quale possono scaturire precisi elementi sui quali si va a osservare un cambiamento prima osservato in termini più generali» e permettono inoltre di «definire un progetto più altamente individualizzato». Si evidenzia come siano di supporto dato che

segnalano all'operatore se il cammino intrapreso va nella giusta direzione [...]. In questo senso la definizione dei fattori osservabili risponde a una delle maggiori criticità del lavoro degli operatori in nuclei familiari multiproblematici, che è quello di valutare il cambiamento e l'efficacia degli interventi. Le situazioni di pregiudizio dei minori spesso sono legate a contesti familiari multiproblematici che inducono gli operatori ad attivare numerosi interventi e di diversa tipologia con il coinvolgimento di servizi diversi. Tale complessità se non governata può far perdere di vista l'obiettivo finale: aiutare il bambino in difficoltà. Progettare attraverso la definizione dei fattori osservabili aiuta l'operatore, attraverso un forte ancoraggio alla "realtà" di quel bambino, a superare il rischio di intervenire in una logica di erogazione di prestazioni. Attraverso tale metodo si può seguire l'evoluzione del progetto individuando lo scarto tra il livello di "cambiamento raggiunto" e quello previsto per valutare la necessità, espressa in termini oggettivi e documentabili, di interventi più protettivi.

La domanda 5 è di particolare interesse per la futura estensione del protocollo, perché ha inteso affrontare le modalità con cui sono state superate le difficoltà incontrate nell'utilizzo della metodologia durante il percorso di presa in carico. È emerso che lo scambio e il confronto con colleghi è stato fondamentale, sia all'interno del gruppo zonale che ha partecipato al progetto, sia con il gruppo di monitoraggio del progetto. Per una parte delle zone le difficoltà non sono state ancora superate, ad esempio: «A questo stiamo ancora lavorando per un raccordo con l'organizzazione dei tempi di lavoro di ciascuno, pur riconoscendo che debba entrare sistematicamente e in maniera vincolante nella presa in carico dei casi a rischio di allontanamento dalla famiglia». Per un'altra zona:

La prima resistenza che Risc genera negli operatori è data dall'essere percepito come uno strumento informatico molto complesso alla stregua di altri sistemi di rilevazione che si sono moltiplicati nei servizi. L'uso di Risc evidenzia invece che, a differenza degli altri sistemi strutturati per assolvere a debiti informativi, ha un ritorno immediato nell'operatività assumendo un ruolo di supporto metodologico. Lo strumento ha subito aiutato gli operatori a recuperare un utilizzo appropriato della terminologia, differenza tra indicatori di processo e di esito, differenza tra obiettivi e azioni ecc. Il limite attuale potrebbe essere costituito da un uso limitato a una ristretta casistica che rende il sistema non pienamente a regime nell'operatività. La difficoltà maggiore non è legata all'uso dello strumento quanto alla metodologia di intervento che esso implica soprattutto nella dimensione del "tempo operativo". Infatti si richiede all'operatore uno "spazio mentale" per conoscere, valutare quel bambino inserito nel suo sistema di relazioni che vanno esplorate, valutate, sostenute. Si richiede all'operatore di entrare nel sistema familiare realizzando un intervento "trasformativo" sulle capacità residue, di rendere attuali le risorse potenziali. Si chiede all'operatore di ascoltare i bambini, funzione tanto teorizzata quanto difficile da realizzare nelle modalità e nei tempi rispondenti ai loro bisogni.

La domanda 6 chiede se la metodologia sperimentata possa essere messa a sistema e utilizzata regolarmente nel lavoro professionale con bambini a rischio di allontanamento. Per tutti i gruppi di lavoro si tratta di uno strumento professionale importante, per procedere con metodo rigoroso e certo sia nell'individuare i bisogni e le risorse sia nella programmazione e verifica e valutazione degli interventi e dei risultati. Inoltre può favorire l'integrazione fra servizi.

Risc evidenzia grandi potenzialità soprattutto come strumento di valutazione e diagnosi, di valutazione del livello di efficienza degli interventi messi in atto e quindi di orientamento delle risorse. In questa direzione colma una carenza strutturale nell'ambito del lavoro sociale di strumenti valutativi. Tale strumento aiuta a gestire le situazioni di tutela senza tuttavia ambire a misurarne tutta la complessità in quanto sussistono nel minore fattori emotivi difficilmente misurabili e comparabili.

E ancora:

La messa a sistema di Risc è un obiettivo da perseguire soprattutto in questa fase in cui la carenza di risorse rischia di ridurre la capacità dei servizi di farsi carico della tutela dei minori con contesti familiari problematici.

Tutti i gruppi hanno esplicitato la necessità di avere il tempo da dedicare all'applicazione del progetto. L'utilizzo della metodologia sperimentata può avvenire «compatibilmente alle risorse (di personale e di carico di lavoro) del servizio e con adeguata supervisione riguardo al sistema e ai progetti individuali degli utenti inseriti». Alcuni operatori evidenziano la necessità di due variabili concomitanti: «la disponibilità di un pc individuale e il tempo-lavoro dedicato all'inserimento dei dati e al confronto tra gli operatori coinvolti nel caso (educatore professionale, psicologo e neuropsichiatria infantile)».

Prospettive e indicazioni di fattibilità

Dalla riflessione degli operatori, la valutazione positiva della metodologia proposta esce rafforzata da alcune considerazioni specifiche in merito alla valorizzazione e alla rappresentazione del lavoro professionale realizzato e alle conseguenze operative che la nuova metodologia comporta, in termini soprattutto di lavoro multiprofessionale nonché per gli effetti delle ricadute organizzative.

Quanto al primo profilo, è unanime il riscontro di come la metodologia utilizzata permetta di migliorare la qualità del lavoro, in termini di rigore operativo, di documentazione e rappresentazione dei diversi passaggi del percorso di presa in carico, di valorizzazione della metodologia professionale praticata, di promozione di strumenti che possono facilitare la comunicazione e il coinvolgimento delle risorse familiari.

Come è stato messo in rilievo dagli operatori, l'effettiva capacità migliorativa della metodologia è condizionata da alcuni fattori, che attengono all'assetto organizzativo dei servizi e alle risorse professionali disponibili. Le principali condizioni sono: la pratica ordinaria di lavoro multiprofessionale, la disponibilità di strumenti di lavoro, la possibilità di articolare l'organizzazione del lavoro dei diversi professionisti coinvolti. Il confronto in gruppo e anche il ripensamento dell'organizzazione del lavoro, per avere più tempo da dedicare alla metodologia e alla gestione del protocollo, emergono come le principali condizioni necessarie, riconosciute dagli operatori, per superare le difficoltà di attuazione della metodologia e garantirne la piena operatività.

Un'altra indicazione degli operatori, molto utile per garantire l'utilizzabilità della metodologia e la sostenibilità del carico di lavoro, riguarda i possibili affinamenti del protocollo professionale per agevolare il suo utilizzo, dosando la sua intensità in rapporto alla gravità e complessità dei problemi da affrontare. Si tratta infatti di un mezzo potente e flessibile ed è quindi importante imparare a graduare il suo utilizzo.

Gli operatori hanno ora a disposizione un bagaglio documentale e di casistica e le condizioni metodologiche per poter riprodurre i risultati e potenziarli. È una piattaforma preziosa proprio perché è stata verificata sul campo, in condizioni ordinarie di lavoro, grazie alla collaborazione non solo di tanti professionisti ma anche delle organizzazioni in cui essi operano.

Appendice

La documentazione al servizio del lavoro sociale: le risorse del Centro regionale a disposizione degli operatori

Antonella Schena e Rita Massacesi, Istituto degli Innocenti

Nella società moderna la creazione e la diffusione delle conoscenze e delle informazioni rivestono un'importanza strategica. Informazione è tutto ciò che produce una variazione del patrimonio conoscitivo di un soggetto, in termini di quantità e di qualità; essa non solo produce valore aggiunto alle singole attività, ma ne può costituire il presupposto indispensabile. L'informazione rappresenta, quindi, una risorsa essenziale per rendere ogni attività (produttiva, sociale e culturale) più efficace ed efficiente, in quanto può rivestire un ruolo fondamentale nello sviluppo e nella pianificazione, nel processo decisionale e nella soluzione dei problemi. Diventa allora necessario disporre di strumenti utili per la sua gestione¹: infatti esiste informazione solo se i dati che essa veicola sono ricercabili in relazione a specifiche esigenze informative, diventando così fruibili nell'ottica di modificare uno stato di conoscenza.

L'attività di documentazione si inserisce proprio a questo livello², avendo essa prodotto tecniche e metodi per il recupero, il trattamento e la diffusione delle informazioni, sia a livello di documenti primari (quelli che danno informazioni di "prima mano", come per esempio, in ambito sociale, dati statistici, relazioni, registrazioni, ecc.), sia a livello di quelli secondari (per esempio un documento di commento a una serie di dati statistici). Davanti alla grande quantità di dati oggi disponibili, particolarmente significativo appare oggi il problema del recupero delle informazioni: non tutto ciò che si recupera è pertinente all'oggetto della ricerca (cosiddetto rumore informativo). In altri termini, se lo sviluppo delle tecnologie informatiche, della rete e degli strumenti di comunicazione ha ormai sicuramente permesso di superare in gran parte il problema della diffusione e della trasferibilità delle conoscenze, permane, in maniera amplificata, il problema di realizzare un rapporto armonico fra accessibilità della conoscenza (tanta, talvolta troppa) e possibilità di una sua fruizione efficace e sicura (usabilità)³; particolarmente utili appaiono allora alcuni strumenti sviluppati in ambito documentario, come ad esempio tassonomie, thesauri, schemi di classificazione, banche dati bibliografiche e fattuali, che consentono di organizzare e recuperare le informazioni sia dal punto di vista fisico che di contenuto (concetti/argomenti). Questi strumenti, infatti, poggiando su schemi organizzativi e su regole coerenti e facilmente memorizzabili, rappresentano potenti strumenti di organizzazione e di accesso alla conoscenza, capaci di supportare la ricerca in maniera significativa.

Alla luce di quanto detto, possiamo pensare alla documentazione sia come a una forma di comunicazione sia come a uno strumento per lo sviluppo di competenze, in quanto essa da un lato può favorire l'accesso ai dati contenuti in un documento primario, anche da parte di chi è esterno al suo processo di produzione, e dall'altro può supportare la conoscenza dei fenomeni, favorendo l'accesso ai documenti secondari (tramite le banche dati, i cataloghi, ecc.).

¹ Costanzo Capitani, P., *Manuale di base per il trattamento dell'informazione*, Milano, Bibliografica, 1989, p. 13.

² Baldazzi, A., *Documentazione: saperi e professione in evoluzione*, in «Biblioteche oggi», 3/2007, p. 74-77.

³ Le Coadic, Y.F., *Usabilité*, in «Dictionnaire encyclopédique de l'information et de la documentation», Paris, Nathan, 2001.

Documentazione e lavoro sociale

Documentazione e informazione costituiscono un elemento portante anche del lavoro sociale. L'articolarsi delle funzioni del servizio sociale a fronte della crescente complessità della realtà richiede, infatti, l'acquisizione di capacità sempre più elevate di gestione di informazioni, notizie e dati da parte di tutti i professionisti e gli operatori del settore. Anche la normativa relativa alla trasparenza amministrativa spinge in questa direzione, "costringendo" di fatto gli operatori e le rispettive amministrazioni di appartenenza a porre una maggior attenzione alla qualità della documentazione, anche per rispondere correttamente alle richieste che possono giungere da parte dei cittadini⁴. Nello svolgimento del loro lavoro gli operatori entrano in possesso di numerose informazioni (relative alle persone, alle risorse, al territorio, ai fenomeni sociali, ecc.) che vanno a costituire il contenuto di precise tipologie di documenti, quali ad esempio cartelle sociali, registrazioni, relazioni scritte. Siamo qui nell'ambito della documentazione professionale, che rappresenta un importante strumento di lavoro per l'operatore che la produce: testimonia il suo lavoro verso l'esterno, ma anche lo aiuta a valutare e riflettere sugli interventi realizzati, a meglio orientare la programmazione delle sue attività. Affinché tutti questi materiali si trasformino da capitale cognitivo di un singolo a conoscenza riusabile da più persone è necessario attuare un piano di gestione dei documenti, che preveda come archivarli, quali dati debbano o possano essere estrapolati e resi disponibili a tutti; più sono i materiali e i dati, più diventa difficile condividere informazioni, anche solo nell'ambito della propria comunità professionale. È su questo piano che la documentazione può collaborare con gli operatori e gli esperti del settore; essa infatti può mettere a disposizione le sue tecniche per organizzare i materiali e per il recupero dei dati attraverso la realizzazione di specifici vocabolari, glossari e schemi di classificazione, che permettano la normalizzazione e la condivisione della terminologia. Un'esigenza questa sicuramente sentita nell'ambito del sociale, come testimonia per esempio lo sviluppo del *Nomenclatore nazionale dei servizi e degli interventi sociali*, sviluppato da un gruppo di lavoro congiunto tra regioni e province autonome (Cisis) partendo dal glossario utilizzato dall'Istat per l'Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati (pubblicata per la prima volta nel 2005 in riferimento all'anno 2003).

Servizi, strumenti di *knowledge management* e risorse sul tema infanzia e adolescenza

Il Centro di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Toscana, istituito con la LR 31/2000, ha sviluppato, sulla base dell'elaborazione tecnica e scientifica sopra de-

⁴ Fianberti, C., *La documentazione professionale dall'autoriflessione alla progettualità*, in «La rivista di servizio sociale», 2/2006; Bini, L., *Documentazione e servizio sociale: manuale di scrittura per gli operatori*, Roma, Carocci Faber, 2003.

scritta e in collaborazione con il Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, sia strumenti di informazione e aggiornamento professionale (la rivista *Rassegna bibliografica*, le *banche dati bibliografica e giuridica*), sia strumenti per la gestione e il recupero delle informazioni, dedicati all'infanzia e all'adolescenza (il *Thesaurus italiano infanzia e adolescenza* e lo *Schema di classificazione infanzia e adolescenza*). Questo ha permesso la creazione di un sistema di documentazione specifico, utilizzabile sia dagli organi istituzionali di riferimento, che dagli operatori o dai singoli cittadini; un sistema che ha potenzialità e risorse per favorire anche lo scambio di informazioni con altre agenzie secondo una logica di rete, utile per determinare un migliore flusso di informazioni sulla base di linguaggi e metodi comuni. Al centro di questo sistema, troviamo la Biblioteca Innocenti Library "Alfredo Carlo Moro", biblioteca internazionale sui diritti dei bambini, nata nel 2001 in seguito a un progetto di cooperazione tra l'Istituto degli Innocenti e l'Innocenti Research Centre dell'Unicef (oggi Unicef Office of Research), in accordo con il Governo italiano.

A. La Biblioteca Innocenti Library "Alfredo Carlo Moro" e i suoi servizi

La biblioteca ha un patrimonio, cartaceo e digitale, composto da circa 25.000 documenti in varie lingue e tipologie (monografie, letteratura grigia, spogli di articoli, audiovisivi, ecc.) e da circa 200 periodici, nazionali e internazionali. La biblioteca offre agli utenti i seguenti servizi⁵:

- *informazione bibliografica e reference specializzato* (prevede, a seconda dei casi l'istruzione e l'assistenza all'uso degli strumenti di ricerca o l'elaborazione diretta, da parte del bibliotecario documentalista specializzato, di ricerche tematiche personalizzate. Si svolge *in sede e a distanza tramite l'apposito modulo on line Chiedilo al bibliotecario*);
- *consultazione in sede* di tutti i documenti (gli utenti possono accedere direttamente agli scaffali e consultare i materiali senza alcuna limitazione);
- *consultazione in sede e a distanza dei cataloghi e delle banche dati*, a eccezione delle banche dati Cobire consultabili solo in sede;
- *accesso ai periodici elettronici*;
- *visione di film* in sede;
- *prestito*;
- *ILL - Prestito interbibliotecario* (consente di chiedere ad altre biblioteche il prestito di documenti non posseduti dalla biblioteca e/o di chiedere documenti posseduti dalla biblioteca attraverso altre);
- *document delivery* (offre la possibilità di chiedere la riproduzione e l'invio di fotocopie di articoli o di parti di libri, secondo i limiti di legge);
- *riproduzione di documenti* (secondo le modalità stabilite dalla legge vigente in materia di diritto d'autore).

⁵ Tutte le informazioni e i servizi sono resi accessibili nel sito della biblioteca: www.biblioteca.istitutodegliinnocenti.it

B. L'aggiornamento e l'approfondimento bibliografico attraverso la rivista *Rassegna bibliografica infanzia e adolescenza*

È una rivista trimestrale, finalizzata all'aggiornamento professionale degli operatori e alla diffusione di conoscenza fra studiosi e amministratori che si occupano di politiche e servizi per l'infanzia e l'adolescenza. Presenta le più importanti novità editoriali (libri, articoli di riviste), ricerche e documentazione prodotta da istituzioni ed enti del terzo settore italiani e in parte stranieri sull'infanzia e l'adolescenza. Ogni numero è suddiviso in 4 parti:

- *Percorso tematico* composto da un *Percorso di lettura* e da un *Percorso filmografico*;
- *Segnalazioni* bibliografiche corredate di abstract;
- *Focus internazionale* segnalazione di articoli di riviste e volumi stranieri, particolarmente significativi nell'ambito delle politiche per l'infanzia che si sviluppano a livello internazionale;
- *Altre proposte di lettura*.

Le *Segnalazioni* e le *Altre proposte di lettura* sono organizzate, in ordine alfabetico per titolo, in base allo *Schema di classificazione infanzia e adolescenza*.

A partire dall'annata 2013 verrà realizzata una nuova versione elettronica della rivista che sarà disponibile sul sito del Centro regionale (www.minoritoscana.it) e su quello del Centro nazionale (www.minori.it).

Fra i Percorsi tematici pubblicati nella rivista inerenti l'argomento del presente volume segnaliamo: *L'assistente sociale* (*Rassegna bibliografica* 3/2005); *Famiglie* (*Rassegna bibliografica* 3-4/2006); *Povertà ed esclusione sociale* (*Rassegna bibliografica* 3/2009).

C. L'utilizzo di banche dati: Banca dati bibliografica e Banca dati giuridica

Dai siti web del Centro regionale, del Centro nazionale e da quello della Biblioteca Innocenti Library è possibile accedere alla Banca dati bibliografica (Catalogo bibliografico) e alla Banca dati giuridica (Catalogo giuridico). Il Catalogo bibliografico contiene monografie, letteratura grigia, materiale multimediale e risorse elettroniche, periodici e articoli di riviste sull'infanzia, l'adolescenza e la famiglia, con particolare attenzione a tematiche di carattere psicologico, pedagogico, sociale, giuridico e statistico. La documentazione viene selezionata monitorando i siti degli editori, la Banca dati Alice sui libri in commercio, i siti di enti e istituzioni che producono documentazione bibliografica, con i quali viene effettuata una politica di scambio dei documenti.

Il Catalogo giuridico contiene, invece, normativa internazionale (Onu), europea (CoE, UE), nazionale e regionale, reperita attraverso la consultazione delle Gazzette e dei Bollettini (GU dell'Unione Europea e della Repubblica italiana, Bollettini regionali, Codici, ecc.); di banche dati istituzionali (Parlamento, Corte di Cassazione, Corte Costituzionale, Regioni, ecc.) e di banche dati giuridiche specializzate (De Agostini, Sole 24ore, ecc.)

Si accede a entrambi i cataloghi dal Catalogo unico attraverso l'uso di un apposito filtro (di default infatti viene data la possibilità di accedere a tutti i cataloghi contemporaneamente):

- filtro "cataloghi interni", opzione "catalogo bibliografico";
- filtro "cataloghi interni", opzione "catalogo giuridico".

Come effettuare ricerche nelle banche dati

Oltre alla *ricerca per campi* (esempio: autore, titolo, collana, soggetto, abstract, ecc.), si può fare anche *ricerca su materiali digitali e link* ad altri strumenti informativi (copertina del libro, testi delle norme, recensioni, immagini e così via) affiancati al record catalografico.

Per quanto riguarda in particolare il materiale normativo, è possibile, dalla maschera della ricerca avanzata, fare ricerca per: ente emanante (campo Autore), tipo di atto (campo Termine di ricerca), tipo di normativa (filtro Limita questa ricerca a – opzione Collezione).

Esempio:

Campo Autore: Toscana

Campo Termine di ricerca: Delibera

Filtro Limita questa ricerca a – opzione Collezione: Normativa regionale

La ricerca per argomento viene fatta, con descrittori tratti dal *Thesaurus italiano infanzia e adolescenza*, sui campi soggetto e termine di ricerca (nella maschera della Ricerca avanzata), utilizzando gli operatori booleiani AND, OR, AND NOT per combinare insieme più termini o per escluderne alcuni (es.: Bambini allontanati dalla famiglia AND Genitori AND Sostegno).

Alcuni descrittori utili per ricercare argomenti inerenti il tema del presente volume sono:

- Adolescenti allontanati dalla famiglia
- Allontanamento dalle famiglie
- Assistenza sociale
- Assistenti sociali
- Bambini allontanati dalla famiglia
- Prevenzione
- Riunificazione familiare
- Famiglie difficili
- Genitori
- Presa in carico
- Servizi sociali
- Sostegno
- Valutazione.

Un'altra modalità di ricerca per argomento può essere effettuata per voce di *Classificazione*. Le voci inerenti i temi del volume da utilizzare nella ricerca potrebbero essere le seguenti:

- 142 Bambini e adolescenti – Allontanamento dalle famiglie.
- 132 Famiglie difficili
- 801 Attività sociali (sul lavoro sociale, assistenza domiciliare, ecc.)
- 810 Servizi sociali (include l'assistenza sociale e gli interventi).

Ricerche speciali

Senza uscire dall'OPAC, è possibile grazie al servizio "Ricerche speciali" accedere anche a bibliografie e ricerche normative già predisposte e sempre aggiornate.

Sul tema in oggetto possono essere utili per esempio le seguenti bibliografie:

- Allontanamento dalle famiglie e riunificazione familiare
- Assistenza domiciliare
- Famiglie in difficoltà
- Sostegno alla genitorialità.

D. L'utilizzo del *Thesaurus Infanzia e Adolescenza*

Un'ulteriore modalità di accesso alle risorse documentarie è data dalla consultazione del *Thesaurus italiano infanzia e adolescenza*, che di recente è stato pubblicato on line. Il Thesaurus è stato realizzato dall'Istituto degli Innocenti in collaborazione con il Centro nazionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza e con il Centro regionale. Si compone di una parte alfabetica e di una gerarchica, che si basa su 7 ambiti tematici:

1. Cultura
2. Educazione
3. Infanzia e adolescenza
4. Istituzioni
5. Processi psicologici
6. Salute
7. Società.

Ogni ambito tematico è stato suddiviso in ulteriori raggruppamenti (faccette: ad esempio Attività, Persone e gruppi, Processi ecc.). Nella versione a stampa del 2007 il Thesaurus si componeva di 2.953 termini preferiti, ma è in continuo aggiornamento grazie all'attività di indicizzazione dei documenti delle diverse banche dati. I termini di Thesaurus vengono assegnati a ogni registrazione catalografica come parole chiave per la ricerca e vengono anche combinati insieme, secondo un ordine precostituito, in stringhe di soggetto per esprimere l'argomento complessivo.

Gli utenti, partendo dalla versione on line, possono visualizzare l'intera struttura gerarchica dei descrittori utile per individuare i termini più pertinenti al tema della loro ricerca; possono inoltre navigare anche fra termini, soggetti e documenti a essi collegati e presenti nel Catalogo unico.

Il Thesaurus, in una versione semplificata sia a livello strutturale che terminologico, è stato inoltre impiegato per l'indicizzazione e il recupero dei contenuti del nuovo sito web del Centro nazionale. Tale sistema si basa sull'analisi a faccette e permette di rintracciare tutti i contenuti del sito (faccette "Argomento", "Tipo di risorsa" e "Titoli").

La ricerca attraverso il thesaurus, cioè attraverso l'impiego di un vocabolario controllato, costituisce un valore aggiunto di un sistema informativo. Infatti permette agli utenti:

- di svolgere ricerche estremamente precise e affidabili perché basate sull'uso di termini univoci e controllati nel loro significato e nella loro forma;

- di ottimizzare il processo di ricerca, in quanto i termini sono raggruppati in base a una struttura classificatoria e inseriti all'interno di una rete di relazioni (gerarchiche, associative e di equivalenza) semanticamente significative. Le relazioni tra i termini del Thesaurus consentono di arricchire il patrimonio terminologico relativo a un ambito o a un argomento, guidando verso altre parole affini per significato da impiegare nella ricerca all'interno di un catalogo ma anche di un sito o repertorio.

Per quanto riguarda il tema in oggetto, partendo dal termine specifico "Allontanamento dalle famiglie", è possibile, navigando fra i termini correlati, costruire intorno a esso una sorta di mappa concettuale che non solo ne delinea l'ambito semantico, ma anche supporta e aiuta la definizione della ricerca.

Esempio:

Termine: Allontanamento dalle famiglie

Attività: Assistenza educativa domiciliare, Mediazione familiare, Prevenzione, Sostegno

Condizioni: Genitorialità, Disagio sociale, Povertà

Fasi: Presa in carico, Riunificazione familiare

Servizi: Servizi sociali, Servizi sociosanitari

Soggetti coinvolti: Bambini allontanati dalla famiglia, Bambini svantaggiati, Adolescenti allontanati dalla famiglia, Adolescenti svantaggiati, Famiglie difficili

Il Thesaurus, infine, può costituire anche uno strumento utile per favorire lo scambio di informazioni con altre agenzie secondo una logica di rete, utile per determinare un migliore flusso di informazioni sulla base di un linguaggio comune che renda più omogeneo e coerente trattare determinati argomenti.

E. Virtual Reference Desk (VRD)

I VRD possono essere considerati dei "servizi di consultazione on line", realizzati raccogliendo e ordinando fonti e informative e strumenti di ricerca disponibili on line. Questi repertori sono sempre aggiornabili, anche attraverso lo scambio di informazioni e le segnalazioni degli utenti.

Sul tema dell'allontanamento dalla famiglia, è in corso di pubblicazione sul sito del Centro regionale di documentazione un virtual reference desk specifico, che conterrà materiali di varia natura, come: ricerche (bibliografiche, normative) tratte dal Catalogo unico, una sitografia, un elenco di banche dati specializzate, ecc. Per la realizzazione di questo repertorio, di primaria importanza sono stati i due volumi sul progetto Risc: Canali, C., Vecchiato, T. (a cura di), *Risc: rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*, Roma, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2011; Canali, C., Vecchiato, T. (a cura di), *Risc 2: rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo: rapporto finale*, Roma, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2012, che contengono ricchi repertori ragionati di materiali bibliografici, siti e banche dati internazionali.

*Finito di stampare nel mese di settembre 2013
presso Del Gallo Editori D.G.E. Greenprinting, Spoleto*