



**Ministero del Lavoro  
e delle Politiche Sociali**

Direzione Generale per l'inclusione,  
i diritti sociali e la responsabilità  
sociale delle imprese (CSR)

Direzione Generale per la gestione  
del fondo nazionale per le politiche sociali  
e monitoraggio della spesa sociale



**Fondazione  
Emanuela Zancan**

Onlus - Centro Studi  
e Ricerca Sociale



# Quaderni DELLA RICERCA SOCIALE **12**

## **RISC** Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo

*Rapporto finale  
a cura di Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato*

**Progetto finanziato dal Ministero del Lavoro  
e delle Politiche Sociali**

## Direzione della ricerca

Tiziano Vecchiato

## Il rapporto è stato redatto da

Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato

## Sezioni specifiche sono state curate da

Maria Bezze (Sezione 4 di analisi economica),  
Elena Innocenti (Sezione 3 di analisi giuridica),  
altre collaborazioni sono indicate nel testo.

## Elaborazioni statistiche

Giulia Barbero Vignola, Maria Bezze, Cinzia Canali.

## Hanno collaborato alla ricerca

Giulia Barbero Vignola, Ingrid Berto, Maria Bezze, Cinzia Canali, Hans Grietens, Elena Innocenti, Elisabetta Mandrioli, Paola Milani, Augusto Palmonari, Peter Pecora, June Thoburn, Tiziano Vecchiato, Anat Zeira.

Le persone che hanno collaborato alla sperimentazione sono indicate a pag. 459.

L'Indagine in materia di politiche sociali ed in particolare per la verifica della quantità, della qualità e dei costi degli interventi posti in essere da stato, regioni ed enti locali, a supporto dei nuclei familiari a rischio - **RISC Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo** - è stata finanziata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale per l'Inclusione e Diritti Sociali e la Responsabilità Sociale delle Imprese (CSR). Divisione III.

Copyright © 2011 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali  
In collaborazione con Fondazione «Emanuela Zancan» onlus Centro studi e ricerca sociale  
ISBN 978-88-888-43-36-0

## INDICE

INTRODUZIONE .....	7
CONTENUTI DEL RAPPORTO .....	11
<b>SEZIONE 1 - AREA ALTRI PAESI</b>	
<b>ANALISI E RASSEGNA RAGIONATA DI STUDI ED ESPERIENZE STRANIERE</b> .....	13
INTRODUZIONE .....	15
LA METODOLOGIA DI LAVORO UTILIZZATA PER L'AREA ALTRI PAESI .....	17
La ricerca in letteratura.....	17
Il gruppo internazionale di ricerca.....	18
LO STATO DEL DIBATTITO A LIVELLO EUROPEO E INTERNAZIONALE.....	20
SOSTENERE I GENITORI PER EVITARE L'ALLONTANAMENTO: ESPERIENZE SIGNIFICATIVE IN ALTRI PAESI.....	24
Esperienze in Paesi Europei .....	24
Esperienze in Paesi extra-europei .....	42
PROGRAMMI DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE E PREVENZIONE DEGLI ALLONTANAMENTI .....	54
Triple P: Positive Parenting Programme .....	54
Multisystemic Treatment (MST) .....	56
Webster-Stratton .....	58
Home Start .....	60
INDICAZIONI DAL GRUPPO DI RICERCA INTERNAZIONALE .....	63
Indicatori sociali per Paese.....	69
Selezione di contenuti significativi.....	71
SITI WEB ANALIZZATI.....	82
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	87
<b>SEZIONE 2 - AREA ITALIANA</b>	
<b>ANALISI RAGIONATA DI LETTERATURA E DI ESPERIENZE</b> .....	97
L'EVOLUZIONE DELLE POLITICHE PER L'INFANZIA, L'ADOLESCENZA E IL RISCHIO EVOLUTIVO....	99
Da dove .....	99
Percorsi di ricerca.....	108
La famiglia problema e risorsa.....	117
Verso dove .....	129
Ridurre le condizioni di rischio nella prospettiva di RISC.....	136
Prevenzione del rischio e multiproblematicità.....	143

Prospettive nel dibattito internazionale e sfide per il futuro.....	145
Urgenza di nuove soluzioni.....	147
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	149

### SEZIONE 3 - AREA LEGISLAZIONE

#### GLI ATTI REGIONALI IN MATERIA DI CONTRASTO AL RISCHIO PER L'INFANZIA..... 163

INTRODUZIONE.....	165
Il quadro costituzionale.....	165
Strumenti e metodologia di analisi.....	167
I risultati dell'analisi in 10 punti.....	168
Schede regionali.....	170
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	263

### SEZIONE 4 - AREA ANALISI ECONOMICA

#### LA SPESA DEI COMUNI PER GLI INTERVENTI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

#### PREVENTIVI DELL'ALLONTANAMENTO..... 265

I motivi di un'analisi.....	267
L'oggetto e la metodologia dell'analisi.....	267
La spesa.....	270
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	330

### SEZIONE 5 - AREA PROFESSIONALE.....331

#### INTRODUZIONE.....333

#### IL LIVELLO COMUNALE.....334

Analisi schede comuni.....	335
Specificazioni.....	338

#### IL LIVELLO PROFESSIONALE.....341

Specificazioni.....	342
Approfondimento 1 L'esperienza di un gruppo di assistenti sociali della Toscana.....	345
Approfondimento 2 L'esperienza di un gruppo assistenti sociali e di educatori del Piemonte.....	356

#### FOCUS GROUP CON LE REGIONI..... 361

Il focus group.....	361
Finalità e obiettivi.....	361
Il metodo.....	362
Alcuni dati quantitativi.....	364
Conclusioni.....	374

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	375
--------------------------------	-----

<b>SEZIONE 6 - AREA SPERIMENTAZIONE</b> .....	<b>377</b>
<b>RAGIONI E CARATTERI DELL'ESPERIMENTO</b> .....	<b>379</b>
Complessità dei problemi.....	379
L'obiettivo culturale.....	379
La valutazione di outcome .....	379
Output e outcome.....	380
Una metodologia per una visione globale: del bisogno, delle responsabilità e degli esiti.....	380
<b>SIGNIFICATO E CARATTERI DELLA SPERIMENTAZIONE SUL CAMPO</b> .....	<b>383</b>
Le questioni poste dalla ricerca.....	383
<b>CRITERI DI INCLUSIONE E SELEZIONE</b> .....	<b>389</b>
Definizioni e criteri di inclusione .....	389
Check-list per la pre-valutazione del rischio di allontanamento .....	390
Analisi delle schede di pre-valutazione .....	391
<b>ORGANIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE</b> .....	<b>394</b>
Le componenti generali dello studio.....	394
Componente 2 – Modello S-P .....	396
Componente 3 – Confronto e Valutazione.....	398
Mappa strumenti Bambino/Ragazzo.....	399
Mappa strumenti Adulto .....	400
<b>ANALISI DEI CASI ARRUOLATI</b> .....	<b>401</b>
Qualità dei dati.....	403
Utilizzo del protocollo e adesione al modello proposto .....	404
<b>DATI DEMOGRAFICI ALLA PRIMA VALUTAZIONE (T<sub>0</sub>)</b> .....	<b>407</b>
Lo spazio di vita dei bambini/ragazzi considerati nello studio.....	411
La costruzione della mappa dei soggetti e delle risorse .....	414
<b>SINTESI DEI RISULTATI</b> .....	<b>419</b>
Raccomandazioni date agli operatori .....	419
Analisi della domanda.....	419
Analisi del bisogno e definizione del problema .....	422
La visione globale delle condizioni di bisogno a T <sub>0</sub> .....	425
Piano delle attività .....	428
Verifica e valutazione .....	429
<b>VALUTAZIONE DI EFFICACIA E DI APPROPRIATEZZA</b> .....	<b>430</b>
Quadro concettuale.....	430
1) Indice di efficacia basato sulle scale di valutazione (E <sub>v</sub> ) .....	430
2) Indice di efficacia basato sui fattori osservabili (E <sub>o</sub> ).....	432
Indici di appropriatezza .....	435
<b>APPROFONDIMENTI SULLA VALUTAZIONE DI EFFICACIA E DI APPROPRIATEZZA</b> .....	<b>438</b>
Relazione tra indice di efficacia basato sulle scale di valutazione e indice di appropriatezza.....	438

Campione ridefinito: appropriatezza $\geq 60$ .....	440
CONSIDERAZIONI DI SINTESI.....	451
Ringraziamenti.....	459
SCHEDE REGIONALI .....	460
REGIONE ABRUZZO.....	460
REGIONE BASILICATA .....	472
REGIONE EMILIA-ROMAGNA .....	479
REGIONE PIEMONTE.....	488
REGIONE TOSCANA .....	497
REGIONE VENETO .....	507
CONSIDERAZIONI A CURA DELLE REGIONI .....	515
<b>RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI NELLE SEZIONI DEL RAPPORTO .....</b>	<b>533</b>

## INTRODUZIONE

Alla fine del 2008 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha commissionato alla Fondazione Emanuela Zancan onlus uno studio per la verifica della quantità, della qualità e dei costi degli interventi posti in essere da Stato, Regioni ed Enti locali a supporto dei nuclei familiari a rischio.

Il progetto ha messo in evidenza il problema specifico da affrontare e la sua evoluzione nel tempo.

Molte difficoltà che possono incidere sullo sviluppo psicosociale dei bambini e dei ragazzi sono riconducibili all'inadeguatezza della famiglia nel fornire le cure e il sostegno di cui essi hanno bisogno. Le difficoltà familiari possono essere intese in senso ampio: condizioni materiali di povertà, mancanza di uno o entrambi i genitori a causa di separazione/divorzio o della morte di uno di essi, carenza nelle competenze parentali, elevata conflittualità fra i coniugi, problemi di ordine materiale e psicologico, soprattutto quando le famiglie sono multiproblematiche. Per moltissimo tempo la risposta a queste difficoltà è stata l'allontanamento dei figli minori dal nucleo familiare di origine e il ricovero in istituti di assistenza o medico-psico-pedagogici per il "recupero" di "minorenni con deficit mentali o problemi di disadattamento e disagio". Già a metà degli anni '60 e nei decenni successivi risultò chiara la mancanza di ogni autentica funzione riabilitativa dei grandi istituti, come numerosi studi hanno evidenziato (Regione Piemonte, 1984; Moro A.C., 1991, 2006; Palmonari A., 2008). Non solo la ricerca, ma anche la legislazione, in particolare la legge n. 184/1983, portarono all'attivazione di servizi territoriali volti a sostenere le famiglie e rendere agevole il rientro dei figli allontanati. La "deistituzionalizzazione", ovvero la reintegrazione delle persone in difficoltà in ambienti di vita quotidiana, non è stato un percorso solo italiano, ma realizzato in altri Paesi europei (Durning P., 1992, 2007; Fablet D., 1993, 2005; Colton M.J., Roberts S., Williams M., 2002; Knorth E.J., 2008).

Dal 2001 in Italia è stata avviata la chiusura degli istituti, posta come obiettivo da raggiungere entro il 2006 dalla legge n. 149/2001. La chiusura degli istituti, con la conseguente diminuzione complessiva dei minori separati dalle famiglie di origine e la prevenzione degli allontanamenti, è stata oggetto anche di ricerche condotte in particolare dall'Osservatorio Nazionale Infanzia e Adolescenza e da diversi Osservatori Regionali. Grazie a questi studi sappiamo che:

- vari istituti non sono stati chiusi, ma trasformati in comunità;
- i servizi si trovano oggi a seguire un numero sempre maggiore di bambini e famiglie che chiedono aiuto ai sistemi di welfare;
- il numero dei minori allontanati non è diminuito (come del resto in quasi nessuno dei Paesi occidentali);
- il mantenimento dei legami con la famiglia di origine risulta problematico quando il bambino è stato allontanato.

Anche in altri Paesi si stanno affrontando analoghi problemi. Negli Stati Uniti durante gli anni '80 si è molto dibattuto sulla *family preservation*, che prendeva in considera-

Il problema  
oggetto di studio

La situazione  
italiana

La situazione in  
altri paesi

zione servizi e interventi diversi, per forma e intensità, con l'obiettivo di far rimanere i bambini nelle loro famiglie di origine e di evitare molteplici collocamenti in famiglie affidatarie (Fraser M., Pecora P., Haapala D., 1991; Berry M., 1997; Lindsey D., Martin S., Doh J., 2002; Maluccio A.N., Whittaker J.K., 2002).

Negli anni '90 si è sostenuto che la *family preservation* e la tutela del minore dovevano orientarsi alla *family reunification* (Maluccio A.N. e altri, 1994; Ainsworth F., Maluccio A.N., 1998; Canali C. e altri, 2001), con un processo dinamico che cerca di rispondere alla globalità dei bisogni dei minori e delle loro famiglie e che sottolinea il valore del mantenere e promuovere la riconnessione tra i bambini e le famiglie nel sistema di parentela.

Secondo l'esperienza del Nord America, sintetizzata da Whittaker e Maluccio (2002), i servizi dovrebbero esprimere un'attenzione trasversale ed ecologica, orientandosi alla misurazione dei processi e degli esiti, usando protocolli e procedure basati su evidenze scientifiche, coerenti con ciò che è noto come "rischio e *resilience*", per rinforzare la sicurezza del minore come fattore protettivo, facendone obiettivo principale dell'aiuto, nel rispetto delle culture familiari.

A queste considerazioni si sono aggiunti gli studi sull'efficacia degli interventi con i genitori, che tengono conto, nello specifico, dell'efficacia del sostegno a famiglie di bambini e ragazzi in difficoltà, con l'obiettivo di delineare i principali elementi utili al supporto genitoriale (Moran P., Ghate D., Van der Merwe A., 2004; Utting D., Monteiro H., Ghate D., 2007).

La più recente riflessione in Europa e nel nostro Paese è consapevole della necessità di ricercare nuove soluzioni per garantire una più efficace tutela dei bambini e ragazzi che vivono in situazioni di rischio. In esse coesistono abbandono, disadattamento e grave emarginazione. È inoltre consapevole che deve essere evitato un uso indiscriminato dell'allontanamento, di cui non sempre si conosce l'effettiva utilità. È infatti necessario chiedersi se quanto viene realizzato sia appropriato, se sia collegato ai bisogni, se non produca dipendenza assistenziale, se non allontani la possibilità di interventi più efficaci (Biehal N., 2005; Gutbrandsson B., 2006; Aldgate J., Rose W., McIntosh M., 2007; Aldgate J. e altri, 2006; Stradling B., MacNeil M.M., 2007; Van Bueren G., 2008; Mazzucchelli F., 2008; Canali C., Rigon P., Vecchiato T., 2008).

Bambini e famiglie che chiedono aiuto sovente esprimono diversi problemi e quindi hanno bisogno di essere valutati con strumenti capaci di una visione globale. Essa è tale quando si è in grado di considerare unitariamente le dimensioni organica, funzionale, cognitiva, comportamentale, socioambientale, relazionale, valoriale. Per questo è necessario far leva sul criterio che ogni professionista può dare un apporto necessario e prezioso, con strumenti consoni al problema da affrontare e, nello stesso tempo, capaci di una valutazione multidimensionale dei bisogni dei figli e dei genitori (Zeira A. e altri, 2007). Per questo, sempre più spesso si è fatto ricorso alla condivisione dei saperi e delle responsabilità. Nel contempo crescono i problemi della famiglia e delle famiglie con figli, per difficoltà economiche, relazionali, e per la crescente instabilità familiare, che espone soprattutto i figli a difficoltà, disagi e notevoli sofferenze (Milani P., 2002; Caritas Italiana e Fondazione Zancan, 2008).

L'esigenza di tutelare (curare, proteggere e promuovere) i bisogni e i diritti dei bambini ha prodotto in passato grandi sforzi in questa direzione, arrivando talora a contrapporre gli interessi dei figli e dei genitori, in uno scenario in cui l'aiuto all'adulto ve-

Il sostegno  
alle famiglie in  
difficoltà

La condivisione  
delle conoscenze



deva il bambino ridotto a risorsa terapeutica o, al contrario, l'aiuto al bambino una questione di separazione necessaria (Moro A.C., 2006).

Anche per questo sono necessarie ulteriori acquisizioni, che ci aiutino a far luce sul rapporto tra bisogni-risposte per "tutta" la famiglia, tenendo conto che l'enfasi sulla diagnostica del bisogno e sugli strumenti per gestirla in modo appropriato non deve pregiudicare, o far passare in secondo piano, l'importanza di un'adeguata "presa in carico", con progettazione e realizzazione di interventi rispondenti ai bisogni.

È all'insieme di questi problemi che la ricerca si rivolge, non solo per testimoniare la possibilità di una visione unitaria, ma anche per vedere come all'approccio teorico e valoriale che valorizza il bambino e la sua famiglia può far seguito un'azione valutativa, decisionale e operativa coerente, volta non solo a conoscere, ma anche, e soprattutto, a promuovere risposte efficaci alla crescente domanda di aiuto.

Per dare un contributo in questa direzione, il progetto mette insieme le questioni proprie della "valutazione del bisogno", del "piano personalizzato di intervento", della "valutazione di efficacia". L'unitarietà di questi tre momenti deve trovare corrispondenza metodologica nei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, nei servizi per la famiglia, nei modi di gestire l'ascolto, la conoscenza del bisogno, il progetto personalizzato, la sua attuazione, la verifica, a partire dalla domanda: quanto abbiamo fatto è stato veramente efficace?

È stata questa la domanda che ha guidato il Ministero, che ha proposto una ricerca finalizzata a monitorare, valutare e misurare il grado di applicazione dei principi di cui alle leggi n. 285/1997 e n. 184/1983 da parte dei diversi enti locali e, in particolare, l'art. 4 della legge n. 285/1997 che parla di "azioni di sostegno al minore e ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale, anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno nella frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento". In questo modo di affrontare i problemi, sintetizzato anche nel recente volume di Belotti e Ruggiero (2008), si opera dando sostanziale continuità e sviluppo alla Convenzione Onu dei diritti del bambino del 1989, ratificata in Italia con legge n. 176 del 1991. Con particolare riferimento alla tutela del minore nelle relazioni familiari, la Convenzione attribuisce un compito specifico di vigilanza agli Stati, "affinché il fanciullo non sia separato dai suoi genitori contro la loro volontà a meno che le autorità competenti non decidano, sotto riserva di revisione giudiziaria e conformemente con le leggi di procedura applicabili, che questa separazione è necessaria nell'interesse preminente del fanciullo". La separazione del minore dai propri genitori è quindi considerata misura speciale, sottoposta a specifiche tutele (riserva di giurisdizione e di legge) e da realizzarsi quale estrema ratio, quando cioè sia necessario per interesse prioritario della persona minorenni. Si afferma il diritto del minore alle relazioni familiari, ovvero a vivere nella famiglia di origine e conservare con questa relazioni significative, salvo che ciò non pregiudichi la sua salute e il suo benessere psicofisico. Questa impostazione implica un cambiamento di prospettiva nell'azione dei servizi e delle autorità pubbliche. L'intervento di separazione è quindi da considerare di carattere residuale e va previsto solo quando non vi siano altre soluzioni praticabili.

Da qui ulteriori motivazioni per la ricerca, non solo scientifiche e giuridiche, ma anche valoriali ed etiche, per identificare soluzioni affidabili e validate che diano risposte alle domande poste dal Ministero.

La necessità  
di sperimentare  
soluzioni

La domanda  
del Ministero



## CONTENUTI DEL RAPPORTO

I dati di cui disponiamo in Italia riguardano sostanzialmente i processi di allontanamento (output) piuttosto che i loro esiti (outcome) sul bambino e sulla famiglia. È dunque necessario mettere in campo soluzioni per monitorare, misurare e valutare il sostegno dato ai bambini e alle famiglie vulnerabili, come base di conoscenza utile a qualificare le future decisioni che riguardano la promozione dei diritti e la tutela dell'infanzia.

In particolare, la ricerca ha analizzato le modalità e i percorsi degli interventi di sostegno alle famiglie in una prospettiva di prevenzione degli allontanamenti, con specifico riferimento al livello nazionale (livello generale) e al livello locale (livello territoriale), con approfondimenti sui servizi di 5 diversi ambiti territoriali.

Parallelamente a questo, la ricerca ha sperimentato un modello di presa in carico personalizzata dei bisogni dei bambini e delle famiglie che presentano alto rischio di allontanamento. A questo fine è stato costruito un disegno sperimentale da attuare nelle zone selezionate, che aiuti a sviluppare capacità di valutazione dell'efficacia degli interventi di contrasto all'allontanamento e di aiuto e sostegno ai bambini e alle famiglie prese in considerazione, in modo che le raccomandazioni conclusive, finalizzate a rendere la programmazione dei servizi per l'età evolutiva e la famiglia più capace di raggiungere i propri obiettivi, abbiano radici basate anche su riscontri sperimentali.

La ricerca ha operato quindi a due livelli, dando evidenza agli esiti dichiarati (auto-certificati) dai servizi coinvolti nello studio generale e, in parallelo, "misurando" gli esiti ottenuti con la sperimentazione. Nella conduzione dei due livelli di studio, si è tenuto conto:

- che non sempre le azioni professionali sono volte a ottenere un risultato atteso, programmato e operativamente definito;
- che gli operatori sono vincolati dalle risorse disponibili;
- che è diffusa la frammentazione nelle organizzazioni;
- che ci sono persistenti difficoltà di integrazione tra operatori e servizi.

Anche per questo è importante che la visione dei problemi e delle possibili soluzioni offerte dalla ricerca non si limiti a un approccio ricostruttivo, ma si ampli alla considerazione dei percorsi legislativi e programmatori che regolano il funzionamento dei servizi, all'analisi dei costi correlati ai servizi per il sostegno dei bambini e delle famiglie e alla sperimentazione di nuove soluzioni.

È in un tale approccio che la valutazione di efficacia degli interventi messi in atto dai servizi territoriali potrà offrire indicazioni e raccomandazioni per le future scelte politiche e tecniche, permettendo di comprendere meglio le caratteristiche di contenuto e di metodo di un'appropriata presa in carico dei bambini in difficoltà e delle loro famiglie (Whittaker J.K., 2008; Grietens H., 2008).

Il livello di approfondimento

Gli esiti dichiarati e gli esiti dalla sperimentazione

Il rapporto finale si articola nelle seguenti sezioni:

Le aree di lavoro  
del Rapporto

**Sezione 1 - Area altri Paesi:** quest'area contiene la letteratura e le esperienze internazionali in tema di contrasto all'allontanamento e all'abbandono dei bambini e dei ragazzi dalle famiglie a rischio;

**Sezione 2 - Area letteratura italiana:** contiene una sintesi ragionata di come in Italia sia stato affrontato il problema;

**Sezione 3 - Area legislazione:** contiene un'analisi comparata della normativa regionale vigente dagli anni '80 a oggi;

**Sezione 4 - Area analisi economica:** considera la spesa dei comuni per gli interventi preventivi dell'allontanamento e per l'infanzia e l'adolescenza;

**Sezione 5 - Area professionale:** sintetizza i risultati emersi dall'indagine presso le regioni, i comuni, gli ordini regionali degli assistenti sociali e il focus con i rappresentanti delle regioni;

**Sezione 6 - Area sperimentazione:** descrive il protocollo della sperimentazione e le motivazioni della ricerca; sintetizza i risultati emersi nelle 6 aree territoriali.

# RISC

**R**ischio per l'**I**nfanza e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

## SEZIONE 1

### AREA ALTRI PAESI

ANALISI E RASSEGNA RAGIONATA  
DI STUDI ED ESPERIENZE STRANIERE



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## INTRODUZIONE

Lo scopo di questa sezione è di illustrare le esperienze e la letteratura relativa a ciò che accade in altri Paesi sui temi oggetto della ricerca, estraendo i principali risultati disponibili.

Per la raccolta delle informazioni sono stati seguiti percorsi diversificati: da un lato, l'analisi delle informazioni disponibili da documenti governativi, da database specifici e da letteratura (pubblicata e grigia); dall'altro, è stato attivato un gruppo di ricerca internazionale composto da esperti impegnati nel settore dei servizi per l'infanzia e la famiglia. La sezione è strutturata secondo questi due percorsi di ricerca e contiene:

1. la sintesi delle informazioni raccolte;
2. la lettura ragionata sulle esperienze internazionali.

La sintesi non è una "revisione sistematica" nel senso tecnico del termine. Infatti, abbiamo cercato di "selezionare" non solo quanto è conosciuto su questi temi, ma anche ciò che è stato messo in pratica. Ci siamo cioè concentrati sulla descrizione delle esperienze a nostro giudizio coerenti con i quesiti della ricerca, chiedendoci, in particolare, se tali esperienze potessero essere di aiuto per scelte utili e praticabili anche nel nostro Paese.

Prima di presentare i risultati emersi dalle analisi, esprimiamo la nostra profonda gratitudine a tutte le persone che hanno collaborato alla raccolta delle informazioni e hanno dato preziose indicazioni sulle politiche messe in atto nei rispettivi Paesi. In particolare, ringraziamo i membri della [International Association for Outcome-Based Evaluation and Research on Family and Children's Services](#) iaOBER<sub>fcs</sub>, che hanno collaborato alla raccolta delle informazioni e all'elaborazione del Rapporto. Tra questi, ringraziamo per la grande disponibilità e collaborazione [June Thoburn](#), professoressa emerita alla East Anglia University di Norwich (UK) e [Anat Zeira](#), professoressa alla School of Social Work and Social Welfare, The Hebrew University of Jerusalem (Israele). Entrambe hanno collaborato all'analisi della documentazione raccolta e allo sviluppo del Rapporto. Un riconoscimento specifico va al presidente dell'[International Association](#), [Anthony N. Maluccio](#), professore emerito alla Università del Connecticut, che ha sempre sostenuto la necessità del confronto di esperienze internazionali e ha fondato le basi per queste collaborazioni.

Ringraziamo inoltre [Pierluigi Brombo](#) del Cese (Comitato Economico e Sociale Europeo) di Bruxelles per i preziosi suggerimenti in merito alla letteratura e alle esperienze europee.

Oltre a queste persone, molte altre hanno collaborato. Desideriamo ringraziarle ad una a una:

- [Helen Agathonos](#), Institute of Child Health, Athens, Greece
- [Frank Ainsworth](#), Evaluation and Research Services, Surry Hills, New South Wales, Australia
- [Jane Aldgate](#), Open University, Milton Keynes, England
- [Richard P. Barth](#), School of Social Work, University of Maryland, Baltimore, Usa

Percorsi della ricerca

La revisione della letteratura

Il gruppo di ricerca

- Marianne Berry, University of Kansas, School of Social Welfare, Twente Hall, Usa
- Nina Biehal, Social Policy Research Unit, University of York, York, England
- Janet Boddy, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, England
- Ondrej Botek, Department of Social Work, Trnava University, Trnava, Slovacchia
- Marian Brandon, School of Social Work, University of East Anglia, England
- Takiri Cotterill, Open Home Foundation National Office, New Zealand
- Inge Danielsen, University College UCC, Copenhagen, Denmark
- Paul Durning, Observatoire national de l'enfance en danger, Paris, Francia
- Mark Ezell, University of Kansas, School of Social Welfare, Twente Hall, Usa
- Elizabeth Fernandez, School of Social Work, University of New South Wales, Sydney, Australia
- Simon Garbers, Leuphana Universität Lüneburg, Germany
- Deborah Ghate, Centre for Effective Services, Dublin, Republic of Ireland
- Evi Hatzivarnava, Institute of Social Protection and Solidarity, Athens, Greece
- Susanna Hoikkala, University of Helsinki, Finland
- Elias E. Kourkoutas, Department of Primary Education, University of Crete, Greece
- Ulla Jergeby, Ims, Socialstyrelsen, Stockholm, Sweden
- Anita Lightburn, Fordham Graduate School of Social Service, West Harrison, New York, Usa
- Patricia M. McNamara, School of Social Work and Social Policy, La Trobe University, Victoria, Australia
- Tiina Muukkonen, University of Helsinki, Finland
- Jessica Noel, Connecticut Department of Children and Families, Usa
- Stella Owens, Centre for Effective Services, Dublin, Republic of Ireland
- Joanne Rosandich, Cultural Report Writer for Ministry of Justice, New Zealand
- Frank Rosandich, family group coordinator for Child Youth and Families, Government services, New Zealand
- Wendy Rose, Open University, Milton Keynes, England
- Yasuyuki Saigo, Taisho University, Tokyo, Japan
- John Sciamanna, Government Affairs, The Child Welfare League of America, Arlington, Usa
- Robin Spath, School of Social Work, University of Connecticut, Usa
- June Statham, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, England
- Clare Tilbury, School of Human Services, Griffith University, Mt Gravatt, Australia
- Bo Vinnerljung, EpC, Socialstyrelsen, Stockholm, Sweden

Senza il loro apporto e i preziosi suggerimenti, sarebbe stata impossibile la raccolta delle informazioni e degli studi attinenti ai temi della ricerca.



## LA METODOLOGIA DI LAVORO UTILIZZATA PER L'AREA ALTRI PAESI

### La ricerca in letteratura

L'analisi della letteratura si è basata su testi in lingua inglese, pubblicati e non pubblicati. La letteratura pubblicata è stata individuata attraverso i seguenti database elettronici:

1. **Campbell Collaboration** (ha l'obiettivo di diffondere revisioni sistematiche di studi e ricerche fatte nei settori della scuola, della giustizia e dei servizi sociali);
2. **Cochrane Library** (database che raccoglie tutte le revisioni sistematiche prodotte dalla Cochrane Collaboration per l'area sanitaria);
3. **iaOBER<sub>ics</sub> International Database** (promossa dalla Fondazione "E. Zancan", raccoglie risultati di studi e ricerche svolte in diversi Paesi con l'obiettivo di mettere in evidenza gli esiti degli interventi);
4. **Portale AIRE**, Università di Padova (portale per l'accesso integrato alle risorse elettroniche),
5. **Portale ScienceDirect** (portale di Elsevier, una delle maggiori librerie scientifiche su web).

La ricerca  
attraverso  
database

Le parole chiave utilizzate per estrarre gli abstract o le pubblicazioni hanno preso in considerazione le seguenti voci tematiche:

- "parent\*support",
- "parent\*education",
- "parent\* training",
- "parent\*evaluation",
- "parent\*intervention",
- "child\*parent\*interaction",
- "preventing\*placement",
- "risk\*of\*placement".

Ulteriori ricerche sono state svolte utilizzando una combinazione di queste voci. Sono state inoltre condotte ricerche manuali su riviste specifiche. Le ricerche hanno identificato molti articoli di interesse per lo studio, che sono stati analizzati per verificare la loro pertinenza e il loro apporto al tema specifico del **sostegno alla famiglia per evitare l'allontanamento dei bambini/ ragazzi**.

I testi non pubblicati sono stati individuati attraverso contatti con enti e centri di ricerca che operano in altri Paesi in questo settore. Sono inoltre state condotte analisi via internet utilizzando i principali motori di ricerca (Google, Lycos, Webcrawler) e siti web specifici, ad esempio la *Social Science Information Gateway*. Per la sezione di

La letteratura  
grigia

analisi della letteratura e delle esperienze sono stati selezionati materiali pubblicati o reperibili dall'anno 2000, in modo da considerare solo contenuti di interesse attuale.

## Il gruppo internazionale di ricerca

Il tema “bambini/ragazzi a rischio di allontanamento e le loro famiglie” è stato meglio identificato con la costruzione di un questionario per la raccolta di informazioni specifiche in diversi Paesi, inviato a un gruppo di esperti che operano nel settore dei servizi per l'infanzia e la famiglia, chiedendo come il problema viene affrontato a livello di politiche e di servizi. Complessivamente sono stati individuati 36 esperti, distribuiti nei seguenti Paesi:

Gruppo di ricerca	Paese	Stato
<b>Paesi europei</b>		
1. Hans Grietens	Belgium	
2. Inge Danielsen	Denmark	
3. Susanna Hoikkala	Finland	
4. Paul Durning	France	
5. Simon Garbers	Germany	
6. Helen Agathonos	Greece	
7. Elias E. Kourkoutas	Greece	
8. Deborah Ghate	Ireland	
9. Ondrej Botek	Slovacchia	
10. Ulla Jergeby	Sweden	
11. Bo Vinnerljung	Sweden	
12. Nina Biehal	United Kingdom	England
13. June Thoburn	United Kingdom	England
14. Janet Boddy	United Kingdom	England
15. June Statham	United Kingdom	England
16. Jane Aldgate	United Kingdom	Scotland
17. Wendy Rose	United Kingdom	Scotland
18. Pierluigi Brombo	Europa	
<b>Paesi extra-europei</b>		
19. Frank Ainsworth	Australia	New South Wales
20. Elizabeth Fernandez	Australia	New South Wales
21. Patricia McNamara	Australia	Victoria
22. Clare Tilbury	Australia	Queensland
23. Ercilia Palacio Quintin	Canada	
24. Anat Zeira	Israel	
25. Yasuyuki Saigo	Japan	
26. Robyn Munford	New Zealand	
27. Jackie Sanders	New Zealand	
28. Frank Rosandich	New Zealand	
29. Joanne Rosandich	New Zealand	

Il gruppo

Gruppo di ricerca	Paese	Stato
30. Takiri Cotterill	New Zealand	
31. Richard Barth	Usa	Maryland
32. Mark Ezell	Usa	Kansas
33. Anita Lightburn	Usa	New York
34. Peter Pecora	Usa	California
35. Robin Spath	Usa	Connecticut
36. Jim Whittaker	Usa	California

Il questionario ha chiesto di:

- descrivere il processo attraverso il quale viene deciso che un bambino/ragazzo debba essere allontanato dalla famiglia;
- indicare se esiste una definizione di “bambino a rischio” / “bisogno di servizi integrativi alla famiglia” / “servizi di prevenzione”, oppure se esiste una “soglia” per tale decisione;
- se esistono servizi erogati al fine di prevenire l’allontanamento;
- con quali modalità sono resi disponibili;
- da chi vengono erogati;
- quali sono gli operatori che più frequentemente li erogano;
- se è previsto l’apporto del volontariato, opportunamente formato;
- quali sono i costi di tali servizi.

I questionari sono stati completati dal 70% degli esperti individuati. Laddove non è stato possibile dare il quadro nazionale, sono state fornite indicazioni di studi, ricerche ed esperienze. Il quadro informativo raccolto è riportato nella tabella seguente, in cui sono evidenziati i Paesi per i quali sono state raccolte informazioni utili ai fini dello studio.

La percentuale di risposta

Paesi europei	Paesi extraeuropei
Denmark	Australia (New South Wales)
Finland	Australia (Victoria)
France	Australia (Queensland)
Germany	Israel
Greece	Japan
Ireland	New Zealand
Slovacchia	Usa (Connecticut)
Sweden	Usa (Maryland)
United Kingdom (England)	Usa (Kansas)
United Kingdom (Scotland)	Usa (New York)

## LO STATO DEL DIBATTITO A LIVELLO EUROPEO E INTERNAZIONALE

Nel 2008 Grietens, presidente Eusarf, ha sollecitato maggiori investimenti di ricerca sugli interventi “evidence-based” per bambini e ragazzi a rischio e le loro famiglie, anche grazie al confronto europeo. La questione è strettamente correlata alla nostra ricerca, in quanto riguarda la possibilità di individuare un linguaggio comune e un “approccio” europeo, pur valorizzando le specificità culturali di ogni Paese. Ci sono elementi in comune nelle modalità con cui i Paesi europei trattano i bambini e le famiglie in difficoltà? Gli operatori seguono gli stessi criteri e teorie di riferimento? Ci sono standard europei su ciò che potrebbe contribuire allo sviluppo di “prassi condivise”? Ci sono strumenti che possono costituire una piattaforma comune, utilizzabile dagli operatori in Europa per condividere le conoscenze e i risultati?

Il modello europeo

Alcune pietre miliari sono note da almeno 20 anni, da quando nel 1989 l'Assemblea delle Nazioni Unite ha adottato la Convenzione sui diritti dell'infanzia. Da allora, molti governi l'hanno utilizzata per dare voce ai bambini, promuovere i loro diritti, salvaguardare la loro sicurezza, aiutarli a sviluppare le potenzialità personali e a diventare soggetti attivi nella società. La Convenzione, come sappiamo, è molto attenta ai bisogni e ai diritti dei bambini più vulnerabili, a rischio, bisognosi di essere protetti e aiutati dai servizi (Gutbrandsson B., 2006).

Negli anni '90 molti Paesi europei hanno prestato crescente attenzione alla qualità dell'aiuto dato ai bambini in difficoltà e alle loro famiglie. Sono state sviluppate indicazioni e raccomandazioni, in modo tale da poter meglio valutare la qualità dell'aiuto erogato. Le persone utenti sono state sempre più coinvolte nelle valutazioni. Tutto ciò ha richiesto e chiede molto impegno a tutti (operatori e amministratori) all'interno delle organizzazioni.

La qualità degli interventi

Come sta affrontando l'Europa questo problema? Le esperienze nei diversi Paesi europei mettono in evidenza similitudini nei riferimenti teorici utilizzati e differenze in termini di indici di efficacia considerati. L'Europa, come vedremo, sta cercando una propria strada e per ora, come dice Grietens (2008), è ancora presto per parlare di prospettive europee “evidence-based” nell'area infanzia e famiglia. Tuttavia, si può notare che stanno crescendo prospettive comuni, rese possibili anche da associazioni scientifiche che si occupano di ricerca e sperimentazione (in particolare <sup>ia</sup>OBER<sub>fc</sub> e Eusarf). La ricerca “evidence-based” non è un fenomeno isolato, ma si integra con altre dimensioni, quali ad esempio le specificità culturali, l'attenzione alla complessità, l'approccio etico alle questioni di welfare. L'autore identifica tre questioni che possono favorire la costruzione di un modello europeo finalizzato al “miglior interesse dei bambini e delle famiglie”, riguardanti la necessità di:

Esistono similitudini e differenze

- comprendere meglio come può essere un'“assistenza” di qualità per i bambini in difficoltà e le loro famiglie;

- rafforzare il collegamento tra teoria, pratica, in stretto rapporto con il miglioramento delle scelte politiche;
- generare nuove piste di ricerca, con metodologie in grado di facilitare la ricerca di migliori risposte ai problemi.

A queste considerazioni si aggiungono quelle di Whittaker (2008), che sottolinea l'urgenza di risposte, in particolare negli Stati Uniti, per molti bambini e ragazzi, utenti dei servizi di ultima istanza "deep-end". Si tratta di servizi che hanno a che fare con una quantità sproporzionata di famiglie che non sono in grado di accedere ai servizi, escluse socialmente, appartenenti a comunità immigrate o di colore.

La ricerca di servizi alternativi negli Stati Uniti

L'attenzione fondamentale alle questioni di equità e giustizia sociale, unitamente a un crescente scetticismo sull'efficacia dei servizi residenziali tradizionali, "place-based", ha fatto crescere la ricerca di alternative, basate sulla famiglia e sulla comunità, in stretto rapporto con il contesto culturale di riferimento. L'autore sottolinea come sia necessario esaminare in modo critico la ricerca, a livello internazionale, così da identificare prospettive utili per aiutare le scelte e la programmazione efficace dei servizi, grazie a forme di ricerca non solo osservative, ma finalizzate anche a identificare migliori risultati pratici.

I database relativi a popolazioni seguite dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza e la ricerca sulle strategie più promettenti offrono un quadro articolato di raccomandazioni utili per le scelte politiche e da sperimentare nei servizi.

A questo si aggiungono gli apporti delle riforme, che in molti Paesi spingono verso alternative basate su un approccio comunitario, orientato alla famiglia, non residenziale, diverso dalla tradizionale assistenza istituzionalizzante. Vanno tuttavia affrontate alcune questioni:

Questioni da affrontare

- le tensioni esistenti tra i servizi di prima linea, "front-end", i servizi di prevenzione e i servizi ad alta intensità assistenziale, "deep end";
- le tensioni tra il desiderio, ampiamente condiviso, di adottare prassi più basate su prove di efficacia e le resistenze rispetto ad esse, in particolare quando si richiede una stretta aderenza a protocolli prestabiliti, con minori gradi di libertà e di personalizzazione;
- la tensione, come ad esempio accade nel Nord America, tra le prassi standardizzate e quelle più attente al contesto culturale, con conseguente difficoltà di individuare campioni di popolazione necessari per validare nuovi modelli di azione.

Insieme a Munro, Stein e Ward (2005), Whittaker sostiene che operatori, decisori e ricercatori dei servizi per l'infanzia e la famiglia possono riconoscere nelle prospettive transnazionali un elemento importante per definire nuovi modi di caratterizzare i problemi e di delineare le soluzioni. A questo fine è utile identificare diversi formati di raccolta dei dati, di analisi e utilizzo quotidiano delle informazioni sugli utenti, di analisi dei servizi "evidence-based", esaminandone gli effetti nei diversi contesti di welfare. Queste considerazioni sono state, ad esempio, alla base della riforma del sistema di tutela dell'infanzia avviata nel 2002 nello stato di Victoria, in Australia, che ha portato ad attuare una nuova legislazione a partire dal 2007 (Australian Institute of Health and Welfare, 2007).

La riforma, nota come "Every Child Every Chance", è stata sostenuta da una forte piattaforma conoscitiva con evidenze scientifiche e di esperienza (Miller R., Asquini C.,

Esperienze di riforma

2008). Nello stato di Victoria la tutela dell'infanzia è responsabilità del Governo centrale e i servizi per le famiglie e quelli esterni alle famiglie sono finanziati dal Governo e gestiti da organizzazioni non profit nelle comunità locali. Ogni anno, poco meno di 30.000 bambini e ragazzi sono segnalati alle autorità che si occupano di tutela dell'infanzia (di questi, circa 7.000 vengono valutati a forte rischio).

Questi dati hanno messo in evidenza che un numero sempre più elevato di bambini rischia di entrare nel sistema di tutela dell'infanzia, con pesanti ripercussioni sulla sostenibilità delle risposte. Ad esempio, nel dibattito che ha preparato le scelte di riforma, Dorothy Scott, direttore dell'Australian Centre for Child Protection, aveva dichiarato: "La maggior parte dei servizi di tutela dell'infanzia in Australia è in crisi. Questo può comportare conseguenze negative per i bambini e le famiglie". E ancora "Lo stigma morale che emerge dai media quando i bambini muoiono o vengono maltrattati viene strumentalizzato politicamente rendendo molto difficile una riflessione più capace di affrontare i problemi, esasperando i servizi e gli operatori. Come conseguenza di queste contraddizioni si è osservato il rischio di implosione dei servizi, pressati dalle emergenze e anche per questo incapaci di far fronte alle richieste di presa in carico dei problemi" (Scott D., Address to Parliamentarians Against Child Abuse, Parliament House, Canberra, September 5, 2006). La riforma è un esempio di cambiamento profondo nella tutela dell'infanzia, che passa da un approccio legato alla giustizia minorile a un lavoro basato sulla comunità e sulle diverse forme di aiuto che possono essere date ai bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà. È un processo di riforma "evidence-based", in quanto fa riferimento:

- alla conoscenza sull'utenza e sui servizi rivolti ai bambini e ragazzi coinvolti nel sistema di tutela a partire dal 1992 (questo ha permesso un'analisi dettagliata e longitudinale sugli andamenti e sui risultati relativi ai bambini presi in carico);
- alle indicazioni emergenti da ricerche riguardanti l'impatto del trauma, dell'abuso e della trascuratezza sullo sviluppo del bambino;
- alla valutazione di impatto sociale degli interventi chiave messi in atto dal processo di riforma;
- a un approccio di salute pubblica e sociale con riferimento ai problemi dell'abuso e della trascuratezza.

Un punto chiave è stata la forte attenzione alle condizioni di accesso ai servizi, per evitare l'ingresso tradizionale al sistema di risposte, l'attenzione all'integrazione delle responsabilità e ai risultati misurabili in termini di miglioramento dei servizi di protezione dell'infanzia, diversamente da quanto accade in altri Stati australiani.

Cinque anni di riforme, analizzate dall'Australian Institute of Health and Welfare, mostrano come lo stato di Victoria sia riuscito ad arrestare la domanda crescente di servizi di presa in carico per i bambini. Le segnalazioni di abuso e abbandono sono aumentate solo del 2,8% dal 2000/2001 al 2006/2007, rispetto al 56% dell'intero Paese. Nello stesso periodo, le verifiche di abuso e abbandono sono diminuite del 6,3%, mentre nell'intera Australia sono aumentate al 45%. Attualmente lo stato di Victoria ha i tassi più bassi di interventi di tutela, rispetto alle altre giurisdizioni (Thomas S., 2007).

Il lavoro che si è reso necessario per dimostrare l'impatto di questa riforma è stato impegnativo e attualmente viene investito per gestire le fasi successive, inerenti i cambiamenti di più lungo periodo. Uno dei maggiori risultati è stato la possibilità di trasfe-

Il passaggio  
a un approccio di  
comunità

Risultati della  
riforma

Anche in Italia c'è  
questa necessità  
di valutazione

rire la ricerca e i suoi risultati nella pratica dei servizi, attraverso un forte impegno direzionale e politico. Questo naturalmente richiede lo sviluppo di una base conoscitiva forte e accessibile, in grado di catalizzare i cambiamenti, i finanziamenti, le scelte organizzative, tutti insieme centrati sui bisogni dei bambini e della famiglia.

Anche alla luce di questa esperienza, è necessario che la valutazione di outcome persegua l'obiettivo di verificare e misurare la quantità dei benefici che le persone (bambini, ragazzi, famiglie) ottengono dopo che hanno chiesto aiuto ai servizi sociali, sanitari, educativi (Vecchiato T., 2008).

Le ragioni per chiedere aiuto sono molte, come pure per erogare i servizi, avendo in mente i principali interrogativi degli operatori: quali risposte dare ai ragazzi multi-problematici, che richiedono un grande impegno di lavoro e di risorse? Come gestire al meglio la fase di uscita dalla presa in carico dei servizi? Come far incontrare il punto di vista degli operatori e delle famiglie, dando centralità a quanto bambini e genitori ci dicono sulle loro difficoltà? Come meglio caratterizzare i comportamenti a rischio nell'infanzia e nell'adolescenza e farne motivo di aiuto precoce? Come sviluppare competenze per una maggiore efficacia in contesti multiculturali? Come migliorare la capacità genitoriale, visto che molti problemi derivano da un indebolimento di tale capacità, specialmente nei giovani genitori?

Sono domande che richiedono un incontro tra la capacità professionale dei servizi nel dare risposta ai bisogni e la capacità delle persone che, in questo incontro, hanno modo di valorizzare le proprie potenzialità.

È su questa base che possono svilupparsi un dialogo e una condivisione di traguardi da raggiungere. La valutazione di outcome mette radici in questo rapporto. In particolare si concentra su quanto e come i bisogni trovano risposta, sulle soluzioni per ridurre la sofferenza, potenziare le capacità, promuovere scelte responsabili.

Le sollecitazioni provenienti dall'estero, come vedremo, sottolineano la necessità di mappare i problemi e le sfide che oggi molti stanno affrontando, grazie allo sforzo degli operatori e dei servizi, in molti Paesi. Una difficoltà che spesso caratterizza la ricerca e la prassi è la cronica lontananza e, in molti casi, la separazione tra ricerca e pratica, tra teoria e sperimentazione, tra mondo dei ricercatori e mondi reali. La separazione tra ricerca e sperimentazione ha alimentato modalità schizofreniche di pensare e operare, visto che buona parte di essa si attribuisce compiti di analisi e di descrizione dei problemi e non abbastanza di validazione di nuove soluzioni.

Per fare questo, il progetto ha cercato risultati divulgabili sulle soluzioni efficaci, idonee a favorire scelte professionali e politiche nel migliore interesse dell'infanzia e della famiglia. A questo fine, la mappa di esperienze proposte nelle sezioni successive può costituire una base generale per affrontare le sfide odierne e per identificare soluzioni in grado di aiutare di più e meglio.

Colmare il divario

## SOSTENERE I GENITORI PER EVITARE L'ALLONTANAMENTO: ESPERIENZE SIGNIFICATIVE IN ALTRI PAESI

Nelle schede successive sono sintetizzati i risultati emersi dall'analisi delle esperienze di altri Paesi. Per alcuni è stato possibile costruire più schede. Per ogni esperienza, compatibilmente con le informazioni disponibili, sono stati presi in considerazione i seguenti aspetti:

- contesto istituzionale e culturale;
- caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi;
- criteri di accesso ai servizi;
- metodologie di intervento adottate;
- risultati ottenuti e, se documentati, indici di efficacia;
- fattori di successo e insuccesso;
- costi sostenuti.

Le schede esperienze per singolo paese

### Esperienze in Paesi Europei

Belgio

#### Migliorare gli interventi precoci per famiglie a rischio di gravi problemi genitoriali

Kristien Lacluyse, Hans Grietens, Walter Hellinckx

#### Criteri di analisi

##### *Contesto istituzionale e culturale*

Lacluyse e altri (2007) sottolineano che i problemi intrafamiliari e le situazioni di abuso e trascuratezza dei bambini sono processi complessi che caricano gli operatori di difficili compiti, poichè devono “conoscere” quali caratteristiche sono associate con un rischio crescente, “riconoscere” questi segnali spesso sottili o mascherati, “interpretare” ciò che osservano al fine di valutare l'ammontare del rischio e “agire” dopo aver riconosciuto i rischi.

La maggior parte degli errori in cui possono incappare sembrano essere provocati dal fatto di basarsi troppo esclusivamente sull'intuizione, di utilizzare informazioni frammentate al fine di interpretare (la gravità di) una situazione e di fare del sospetto un punto di arrivo, anziché un punto di partenza per azioni successive. Inoltre, laddove sono impegnati diversi operatori, gli errori sono spesso causati dalla mancata condivisione delle informazioni, dallo scaricare ogni responsabilità su altri servizi e dalla mancanza di coordinamento.

##### *Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

In Belgio è stato adottato uno strumento per il sostegno/supporto alla presa di decisioni degli operatori quando si presenta un sospetto di abuso/trascuratezza. Per la sua costruzione è stata condotta una ricerca di letteratura riguardanti i fattori di rischio per quanto riguarda l'abuso e la trascuratezza dei bambini, gli strumenti di screening esistenti e le scale di rischio, gli errori nel processo decisionale e le caratteristiche dei casi di abuso grave. Poi sono stati organizzati focus group con gli operatori che lavoravano in diverse aree dei servizi di assistenza ai bambini e le famiglie.



Lo strumento è stato testato su casi segnalati ai servizi di assistenza per sospetto abuso/trascuratezza o per altre cause di grave rischio, tra cui comportamenti gravemente problematici oppure sospetto di (soggiacenti) problemi genitoriali manifestatisi durante il processo di valutazione e assistenza.

*Criteria di accesso ai servizi*

L'accesso avviene su segnalazione.

*Metodologie di intervento adottate*

Lo strumento comprende 25 segnali di rischio, riguardanti le caratteristiche della relazione tra l'operatore e i genitori (2 item), i genitori (6 item), la famiglia (4 item), il bambino (1 item) e l'interazione genitore-figlio (12 item). Ogni item è formato da una descrizione (che cosa riguarda l'item) e una riflessione allo scopo di supportare l'interpretazione e la valutazione (che cosa va considerato). Dopo la riflessione/l'osservazione, si deve scegliere tra "segnale presente", "dubbio" e "segnale assente". Per ciascuna scelta effettuata vengono fornite informazioni su cosa fare in seguito. Tale strumento non è inteso come una lista di controllo, né come mezzo per fare screening. Esso consente di calcolare un punteggio di rischio. È stato costruito in primo luogo per aiutare l'operatore singolo o un'équipe a supportare il processo di riflessione e valutazione sulle famiglie a rischio con problemi genitoriali, così da rafforzare la struttura di riferimento.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

Lo strumento è in fase di test.

*Fattori di successo e insuccesso*

Gli autori segnalano che:

- è importante comunicare agli operatori gli obiettivi e le potenzialità dello strumento, stimolandoli alla conoscenza e all'uso;
- l'uso dello strumento deve essere incardinato nelle prassi quotidiane riguardanti le famiglie a rischio, a livello sia di singolo sia di gruppo;
- gli operatori devono essere in grado di riportare esperienze e punti critici di tipo pratico, tecnico e di contenuto, in modo da apportare miglioramenti;
- aumentare la ricerca per valutare l'utilità e la validità dello strumento e la soddisfazione del personale che lo usa;
- aumentare la ricerca per valutare in che misura lo strumento migliora la possibilità di individuare e intervenire con le famiglie a rischio.

*Riferimenti bibliografici*

Lacluyse K., Grietens H., Hellinckx W. (2007), *Signaallijst ernstige opvoedingsproblemen: Ontwikkeling van een werkinstrument voor het onderkennen van ernstige opvoedingsproblemen, ter ondersteuning van hulpverleners werkzaam binnen de Integrale Jeugdhulp*. KU Leuven, Research report.

Belgio

**Sostegno alla genitorialità coinvolgendo il bambino e la famiglia: verso interventi più efficaci**

*Criteria di analisi*

Benedikte Van den Bruel

*Contesto istituzionale e culturale*

"Child and Family" è l'agenzia che promuove e organizza l'assistenza e la cura all'infanzia nelle Fiandre e opera soprattutto nel sostegno preventivo alle famiglie.

Il sostegno preventivo gratuito alle famiglie viene erogato da circa 300 centri presenti nelle Fiandre. Oltre agli incontri con i genitori, 600 assistenti sanitari regionali effettuano una o più visite domiciliari alle famiglie con bambini appena nati. Ai genitori vengono fornite informazioni e sostegno in merito a cura, benessere e crescita dei loro figli.

<i>Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi</i>	<p>Viene data molta importanza al sostegno alle famiglie, mirato a rafforzare le capacità genitoriali. Questi servizi sono progettati per alleggerire lo stress e aumentare le competenze dei genitori, che a loro volta miglioreranno la capacità di utilizzare altre risorse e opportunità disponibili nella comunità locale. Servono inoltre a creare reti di supporto volte all'accrescimento delle capacità educative dei genitori (Whitelaw Downs S. e altri, 2000). I servizi comprendono sia visite domiciliari, sia attività svolte direttamente in queste strutture. Essi mirano all'<i>empowerment</i> e operano in collaborazione con i genitori. I servizi di supporto genitoriale puntano a prevenire problemi (ad esempio maltrattamento, disturbi comportamentali), ma anche ad aumentare la qualità di vita delle famiglie.</p>
<i>Criteri di accesso ai servizi</i>	<p>I servizi di "Child and Family" sono accessibili a tutti e raggiungono quasi tutte le famiglie delle Fiandre.</p>
<i>Metodologie di intervento adottate</i>	<p>L'intervento inizia con un colloquio con il genitore/i genitori sulla crescita dei figli, che può essere basato su un tema specifico a seconda dell'età dei figli stessi. Lo scopo è di migliorare le competenze dei genitori e svilupparne di nuove, sulla base di quelle già esistenti. Metodi più specifici di supporto orientati alla prevenzione comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>consulenza:</b> sostegno a breve termine, facilmente accessibile per i genitori con problemi lievi o stress genitoriale;</li><li>- <b>lavoro di gruppo</b> per trasferire informazioni (incontri a tema) o per condividere le proprie esperienze e preoccupazioni con altri genitori;</li><li>- <b>sostegno genitoriale:</b> cooperare, dare dimostrazione e/o parlare di argomenti inerenti la cura e la crescita dei propri figli, il rinforzo delle abilità genitoriali e lo sviluppo di una buona interazione tra genitore e figlio.</li></ul>
<i>Risultati ottenuti e se documentati, gli indici di efficacia</i>	<p>L'agenzia ha scelto di utilizzare metodi di sostegno genitoriale basati su prove di efficacia e su risultati di ricerca. In particolare, è stato selezionato il programma Triple P perché:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- è "evidence-based", già studiato in un contesto internazionale;</li><li>- ha buoni supporti (ad esempio, i manuali per i medici, i materiali per gli utenti) che vengono prodotti in modo professionale e che aiutano a formare in modo semplice tutte le diverse categorie di operatori;</li><li>- fornisce linee guida di processo molto dettagliate;</li><li>- è un programma standardizzato e sensibile ai contesti culturali.</li></ul> <p>Ricerche dimostrano che "quando i genitori modificano il comportamento problematico, i bambini vivono con meno problemi, collaborano di più, vanno maggiormente d'accordo con gli altri bambini e si comportano meglio a scuola. I genitori hanno una maggiore fiducia nelle proprie capacità di cura dei figli, hanno opinioni più positive verso i loro figli, sono meno dipendenti da pratiche genitoriali potenzialmente abusanti e sono meno depressi e stressati nello svolgimento del loro ruolo di genitore" (Sanders M.R. e altri, 2003). Ricerche su Triple P sono state condotte in Germania, Stati Uniti, Paesi Bassi, Regno Unito, Svizzera. Questo approccio è stato considerato dall'Oms (2004) come una delle strategie più efficaci per prevenire disturbi mentali nei bambini.</p>

*Fattori di successo e insuccesso* Van den Bruel (2008) sottolinea che all'inizio del suo utilizzo ad Anversa ci sono stati forti ostacoli, dovuti, per esempio, alla disinformazione, a resistenze alla sua introduzione, alla difficoltà di integrarlo all'interno del consueto carico di lavoro e nel programma di supervisione. Un'efficace disseminazione implica qualcosa in più della semplice attuazione del programma a livello individuale (Turner K., Sanders M., 2006); in particolare:

- vanno create alleanze con gli stakeholder e i leader dell'organizzazione: è importante informarli sui potenziali benefici, la logistica, i costi di adattamento e i benefici derivanti dall'erogazione continuativa di questo sostegno;
- l'importanza di una continua supervisione nell'attuazione del programma. Nella disseminazione del Triple P vengono promosse reti di supporto tra pari e un approccio autoregolativo alla supervisione. Per questo motivo c'è bisogno di un ambiente che sostenga tali reti e le incoraggi anche a lungo termine;
- Triple P non va attuato in modo isolato: deve essere anche oggetto di collaborazione tra agenzie in cui altri partner imparano a conoscere il programma. Esso può quindi facilitare la comunicazione e l'integrazione, oltre che promuovere la cultura della valutazione.

Centrale per questo processo è l'identificazione di un coordinatore del programma, che si impegni nel contatto interpersonale con gli operatori e con gli stakeholder interni ed esterni.

*Riferimenti bibliografici* Whitelaw Downs S., et al. (2000). *Child Welfare and Family Services. Policies and Practice*. Boston: Allyn and Bacon.  
World Health Organization (2004), *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options*. Who, Geneva.  
Sanders M.R., Markie-Dadds C., Turner K.M.T. (2003), *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*. Parenting Research and Practice Monograph, 1, 1-21.

Belgio

**Ricerca di processo ed esito sui bambini con gravi problemi e le loro famiglie nelle Fiandre: la promozione di un metodo misto**

**Criteri di analisi**

Bert Van Puyenbroeck, Gerrit Loots, Hans Grietens, Wolfgang Jacquet

*Contesto istituzionale e culturale*

I programmi intensivi di tutela della famiglia si stanno diffondendo in Europa. L'introduzione del programma "Families First" (Homebuilders) nelle Fiandre come trattamento alternativo di tipo intensivo per i bambini in difficoltà e le loro famiglie ha messo in evidenza la necessità di progetti evidence-based per sviluppare solide radici su cui fondare poi successivi interventi.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Uno studio di Van Puyenbroeck e altri (2007) sintetizza una ricerca svolta da un gruppo di ricercatori nelle Fiandre (Loots G. e altri, 2006) in merito all'utilizzo del programma. Esso introduce sfide metodologiche per lo sviluppo di un disegno di valutazione che usa metodi misti per lavorare con bambini con problemi molto gravi e le loro famiglie.

L'obiettivo dello studio era esaminare gli esiti degli interventi del programma Homebuilders attuato nelle Fiandre con le famiglie in cui il figlio è a rischio di allontanamento. Fedele alla filosofia originale di Homebuilders di tenere il bambino "al sicuro", rafforzare le famiglie, ridurre il bisogno di inserimento in assistenza pubblica, il programma

Belgio

**Ricerca di processo ed esito sui bambini con gravi problemi e le loro famiglie nelle Fiandre: la promozione di un metodo misto**

**Criteri di analisi**

Bert Van Puyenbroeck, Gerrit Loots, Hans Grietens, Wolfgang Jacquet

ha assunto come obiettivo prioritario quello di costruire nuove prospettive “per” e “con” i membri della famiglia, per non disgregare il nucleo familiare.

All'avvio del programma, immediatamente dopo la segnalazione, la famiglia riceve la visita di un operatore domiciliare incaricato di seguirla per 24 ore al giorno. I membri della famiglia hanno in media 10 ore di contatto diretto con l'operatore. Il programma offre formazione sulla risoluzione dei problemi, capacità di gestione dei conflitti e supporto pratico.

*Metodologie di intervento adottate*

Si tratta di uno studio quantitativo: come disegno pre-post test con follow-up, questo progetto si è concentrato su quattro aree della genitorialità: (1) l'interazione tra genitore e figlio, valutata sia dal genitore, sia dal bambino; (2) il sostegno sociale sperimentato dal genitore; (3) lo stress della famiglia e (4) lo stress e le difficoltà del bambino, valutate sia dal bambino che dal genitore.

I dati sono stati raccolti al momento dell'avvio (T<sub>1</sub>), alla fine dell'intervento (T<sub>2</sub>) e un mese dopo la fine dell'intervento (T<sub>3</sub>) per tutte le 146 famiglie che hanno ricevuto interventi di crisi nel periodo 1 ottobre 2004 – 30 settembre 2005. Sono stati usati gli strumenti: questionario NQCS (Family Stress & Coping), questionario SDQ (Strengths and Difficulties of the child), questionario PACHIQ-R (Parent-Child Interaction).

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

Sono emersi alcuni interessanti risultati sullo stress genitoriale: i genitori affermano di sentirsi più capaci di gestire le responsabilità familiari nel follow-up, e di avere meno problemi genitoriali al termine dell'intervento. Infatti sostengono di divertirsi di più nel loro ruolo genitoriale. L'apprendimento generale da parte dei genitori sulla crescita dei figli all'inizio del programma risultava negativo e senza speranza. Confrontando il momento di avvio con il termine dell'intervento, si nota una differenza significativa alla fine dell'intervento.

Considerando le potenzialità e le difficoltà del bambino, secondo i genitori, c'è stato un miglioramento significativo durante l'intervento e nel corso del follow-up rispetto ai sintomi emozionali. Considerando il punto di vista dei figli, al momento del follow-up essi segnalano un significativo cambiamento per quanto attiene ai problemi comportamentali.

Secondo i genitori, per quanto riguarda l'interazione genitore-figlio in famiglia, c'è un significativo cambiamento sulla scala dell'accettazione, sia durante l'intervento, sia nel periodo successivo.

*Fattori di successo e insuccesso*

Lo studio ha messo in luce il bisogno di fare più analisi, focalizzandosi su “ciò che gli operatori fanno in queste famiglie e come lo fanno”.

Quali siano i fattori specifici che impattano in modo più positivo sul trattamento non è ancora chiaro. Quindi, il crescente interesse per la ricerca valutativa ha bisogno di un focus più qualitativo: che cosa funziona e come lavorano gli operatori con le famiglie? La ricerca qualitativa può fornire informazioni approfondite sulle famiglie che ricevono questi servizi, sulle condizioni associate al cambiamento, sulle tecniche utilizzate, sulle dinamiche del processo di aiuto e sulle relazioni dell'operatore con queste famiglie.

*Riferimenti bibliografici*

Loots G., Van Puyenbroeck, H., Grietens H., Jacquet W. (2006). *Crisishulp aan Huis in Vlaanderen. Rapportering van een uitkomstonderzoek*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

<b>Criteri di analisi</b>	<p>Belgio</p> <p><b>Ricerca di processo ed esito sui bambini con gravi problemi e le loro famiglie nelle Fiandre: la promozione di un metodo misto</b></p> <p>Bert Van Puyenbroeck, Gerrit Loots, Hans Grietens, Wolfgang Jacquet</p> <p>Van Puyenbroeck H., Loots G., Grietens H., Jacquet W. (2007). <i>Crisishulp aan Huis Vlaanderen: een uitkomstonderzoek</i>. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46 (2007), 78-89.</p>
<p><b>Criteri di analisi</b></p> <p><i>Contesto istituzionale e culturale</i></p>	<p>Grecia</p> <p><b>Bambini problematici e in difficoltà: una sfida per gli operatori</b></p> <p>Helen Agathonos-Georgopoulou, Vivi Tsibouka, Angeliki Skoubourdi</p> <p>Studio condotto in Grecia come parte di un programma europeo (Inghilterra, Galles, Germania, Grecia), finanziato dalla Fondazione Oak, che si focalizza su bambini che commettono atti di grave violenza interpersonale. Lo scopo dello studio e dei suoi risultati è di riorientare le strategie di prevenzione, oltre che l'azione terapeutica e assistenziale, per questi bambini e le loro famiglie, entro un sistema che risponda alle sfide e offra sostegno anche agli operatori.</p>
<p><i>Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi</i></p>	<p>I bambini/ragazzi coinvolti in gravi atti di violenza interpersonale, maltrattati, al di fuori dal sistema giudiziario, presentano una serie di fattori di rischio e possono costituire un pericolo per gli altri. Poiché sono molto difficili da trattare e da inserire, essi pongono una grande sfida ai servizi sociali e agli operatori del sistema giudiziario minorile. Questo li porta alla deriva lungo diversi sistemi di assistenza e tutela sociale, salute mentale, giustizia, istruzione, o a perdersi tra i vuoti di intervento istituzionale. Come risultato, tendono a mostrare un'ulteriore violenza interpersonale come meccanismo di auto-realizzazione o di semplice sopravvivenza. Avere a che fare con questi bambini rappresenta una situazione conflittuale, e per certi aspetti paradossale, conseguente alle necessità di proteggerli e dare loro risposte, ma anche di assicurarsi che non danneggino e facciano del male ad altri durante il trattamento.</p>
<p><i>Metodologie di intervento adottate</i></p>	<p>Il campione dello studio ha coinvolto tutti gli enti, pubblici e privati, che avevano a che fare con bambini e ragazzi fino ai 18 anni di età in difficoltà, nei seguenti settori: welfare (74), giustizia (68), salute mentale (50), NGO/altri (10). Sono stati contattati 202 servizi ed è stato chiesto loro di individuare una persona per coordinare lo studio in ogni ente. A queste persone è stato spedito un questionario specifico da far compilare agli operatori. Le informazioni richieste riguardavano i bambini che rientravano nel totale delle persone assistite dall'ente, le loro caratteristiche e le difficoltà incontrate dagli operatori.</p>
<p><i>Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia</i></p>	<p>Sono stati contattati 89 servizi su 202 (pari al 44%); 89 (44%) hanno risposto, con un tasso del 56%. Tra chi ha risposto, 64 (79%) hanno dichiarato di non avere quel tipo di casi, mentre 25 (21%) hanno risposto affermativamente. Sono stati identificati 60 bambini in totale, con una media di 1 su 8 per ente, 47 (78%) ragazzi e 13 (22%) ragazze, di età compresa tra 10 e 17,5 anni e una media di 14,8 anni. Tutti i bambini erano greci. Un bambino su due viveva a casa, mentre uno su quattro viveva in strutture residenziali e il resto viveva con i genitori. I bambini si presentavano problematici con prevalenza di problemi scolastici, scarse esperienze di accudimento da parte dei genitori e probabili abusi; uno su due aveva fatto parte di gruppi delinquenti e uno su tre viveva in un'area difficile. I problemi scolastici risultavano associati a difficoltà di apprendimento, problemi comportamentali, iperattività, danni neurologici, personalità antisociale e, in</p>

alcuni casi, abuso di droghe. Nel tentativo di aiutare i bambini, è stato trovato un alto tasso di rinvii ad altri servizi (2,4 rinvii per bambino), la maggior parte verso servizi di salute mentale.

Secondo gli operatori, i problemi che essi devono fronteggiare sono principalmente collegati al sistema, poi ai problemi delle famiglie e, infine, del bambino stesso.

I risultati confermano ciò che è già conosciuto sul legame tra prevalenza di fattori gravi e molteplici di rischio nella prima infanzia e precoce comportamento aggressivo, distruttivo e antisociale. Benché la maggior parte dei bambini vivano con le loro famiglie, essi sembrano essere “non desiderati” sia dalle loro comunità, sia dal sistema dei servizi.

*Fattori di successo e insuccesso*

Secondo Helen Agathonos-Georgopoulou e altri (2008), la Grecia deve riorientare fortemente i servizi preventivi della sua comunità con programmi più avanzati rivolti alle popolazioni in difficoltà e ai bambini a rischio. Nel frattempo, la tutela dei bambini dovrebbe essere maggiormente focalizzata sugli interventi terapeutici, mentre è necessario disporre di unità terapeutiche specifiche per bambini con comportamenti antisociali. Gli operatori dovrebbero essere attori chiave in questo sistema. Per questo è necessaria la loro formazione, il supporto e il coinvolgimento nel processo decisionale relativo al bambino. La prevenzione del burn out dovrebbe essere inserita tra gli obiettivi del sistema.

*Riferimenti bibliografici*

Agathonos-Georgopoulou H., Tsi bouka V., Skoubourdi A. (2008), *Bambini problematici e in difficoltà: una sfida per gli operatori*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Norvegia

**Valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia**

Øivin Christiansen, Bente Moldestad

**Criteri di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale*

In Norvegia il fatto che i bambini debbano prima di tutto crescere con i loro genitori è un valore molto sentito. Allontanare un bambino dalla sua famiglia è un'azione molto forte che contrasta con i punti di vista fondamentali riguardanti il rapporto tra bambino e genitori.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Il “Child Welfare Research Unit” di Bergen ha sviluppato un modello di valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia, elaborato in collaborazione con gli operatori di un nuovo Centro per le Famiglie (Christiansen Ø., Moldestad B., 2008).

*Criteri di accesso ai servizi*

Le famiglie sono segnalate al Centro per le famiglie dall'ente locale. Queste famiglie hanno problemi su più aree e i figli sono a rischio di allontanamento.

*Metodologie di intervento adottate*

Presso il Centro lavorano assistenti sociali con specifiche competenze per operare in modo intensivo e sistematico con e all'interno di famiglie in difficoltà. Le soluzioni che questi operatori sviluppano sono globali e personalizzate per rispondere ai bisogni della famiglia. Il modello valutativo sviluppato e l'analisi dei dati raccolti dopo la sua messa in opera contribuiscono a migliorare i servizi di tipo intensivo per i bambini e le famiglie in difficoltà e promuovono la valutazione nella pratica del servizio sociale.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

La maggior parte delle famiglie è socialmente svantaggiata. Nello studio valutativo il 70% aveva problemi di disoccupazione, il 55% era costituito da famiglie monogenitoriali che avevano alle spalle 4 anni, in media, di precedente coinvolgimento nei servizi per l'infanzia. Nonostante i problemi globali delle famiglie, gli sforzi del Centro per le Famiglie si sono concentrati sul rapporto genitore-figlio. La collaborazione del Centro

con altri servizi risultava limitata: per il 48% delle famiglie non ci sono stati contatti con le scuole o gli asili e per le restanti famiglie i contatti sono stati pochi.

L'attività principale utilizzata dai terapisti è consistita in incontri con i genitori (in prevalenza madri), per la maggior parte nelle loro abitazioni; il contatto diretto con i bambini era più limitato, benché il periodo di trattamento durasse in media 12 mesi.

Il miglioramento dei bambini è stato considerato soddisfacente da parte dei genitori, degli assistenti sociali e dei funzionari dei servizi, nonostante i bambini e le famiglie avessero ancora bisogno di un ulteriore sostegno da parte dei servizi sanitari e sociali.

*Fattori di successo e insuccesso* Lo studio ha mostrato la necessità di strumenti coerenti con il contesto locale e di strumenti standardizzati che permettano di raggiungere una conoscenza valida sui contenuti e gli esiti di servizi multilivello, progettati per rispondere ai bisogni delle famiglie con problemi gravi e complessi. Inoltre, la partecipazione degli operatori locali è fondamentale se gli sforzi valutativi conducono a migliori servizi per i bambini in difficoltà e per le loro famiglie. D'altra parte, queste valutazioni globali sono difficili e impegnative, specialmente per gli assistenti sociali e gli altri operatori coinvolti. Questo porta alla necessità di trovare un equilibrio tra gli obiettivi e le attese con le risorse disponibili.

*Riferimenti bibliografici* Christiansen Ø., Moldestad B. (2008), *Valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Katz I., Pinkerton J., (Eds), (2003), *Evaluating Family Support - Thinking Critically, Thinking Internationally*. Wiley, Chichester.

Paesi Bassi

### **Efficacia a lungo termine del programma Home-Start di supporto genitoriale**

*Criteri di analisi* Anna H. Rutgers, Peter J. Hoffenaar, Jessica J. Asscher, Maja Deković, Jo M. A. Hermanns

*Contesto istituzionale e culturale* Questa azione è stata sperimentata nei Paesi Bassi.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi* Home-Start è un programma messo a punto per famiglie con almeno un bambino di età inferiore a 6 anni. Lo scopo generale di Home-Start è di evitare crisi e rotture familiari offrendo supporto, amicizia e aiuto pratico attraverso dei volontari (formati). Il modello Home-Start presuppone che i bambini ricaveranno beneficio dalla riduzione dei livelli di stress all'interno delle famiglie, dall'aumento dell'autostima dei genitori e dal miglioramento dei rapporti sociali di questi ultimi.

Studi precedenti sull'efficacia a breve termine di Home-Start (vedi McAuley C. e altri, 2004; Asscher J.J. e altri, 2008) hanno mostrato benefici modesti per i genitori che vi hanno preso parte, ma nessun risultato positivo sui bambini. L'assenza di effetti positivi dell'intervento sui bambini si può presumibilmente spiegare con il fatto che l'obiettivo del programma è in primis di supporto ai genitori. Ciò nonostante, è logico attendersi dei benefici a lungo termine sui bambini. In altre parole, si può ipotizzare che l'aumento dell'autostima dei genitori si traduca in un loro migliore comportamento (Jones T., Prinz R., 2005), che di conseguenza ha effetti positivi sullo sviluppo del (problema) comportamento del bambino.

- Metodologie di intervento adottate** Rutgers A.H. e altri (2008) hanno rielaborato uno studio valutativo su Home-Start, condotto da Asscher J.J. e altri (2008), in cui è stato utilizzato un disegno quasi sperimentale con due gruppi di controllo e due misurazioni (prima e dopo l'intervento). Nella ricerca sono state incluse solo le madri, che rappresentano la vasta maggioranza dei partecipanti al programma Home-Start. I risultati della valutazione consideravano tre indicatori: a) benessere della madre, b) comportamento genitoriale e c) comportamento negativo del bambino. I questionari autocompilati dalle madri sono stati somministrati prima dell'intervento, durante l'intervento, subito dopo l'intervento e in due occasioni successive (rispettivamente, a 6 e 30-60 mesi dopo la fine del servizio).
- Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia** I risultati hanno mostrato miglioramenti del gruppo Home-Start nelle misurazioni di follow-up in relazione ai due gruppi di controllo: le madri del gruppo Home-Start riportavano una diminuzione dei sentimenti depressivi e un aumento della soddisfazione per la loro vita. Inoltre, i loro punteggi indicavano una riduzione degli atteggiamenti genitoriali di rifiuto, così come un aumento della coerenza nella disciplina. Oltre a questo, si intravedevano benefici nel gruppo Home-Start relativamente al comportamento problematico dei figli. I punteggi delle madri rispetto al comportamento oppositivo mostravano diminuzioni significativamente più elevate nel gruppo Home-Start rispetto ai due gruppi di confronto con e senza livelli pronunciati di stress. Infine, sono stati analizzati i meccanismi attraverso i quali si potevano spiegare i cambiamenti del comportamento del minore. I risultati hanno suggerito che sia la depressione materna, sia il comportamento legato al rifiuto, mediavano gli effetti di Home-Start sul comportamento oppositivo del bambino.
- Il programma Home-Start ha mostrato effetti positivi sul benessere genitoriale, sul comportamento genitoriale positivo, sul comportamento oppositivo del bambino.
- Fattori di successo e insuccesso** Secondo gli autori, i risultati evidenziano che i volontari hanno un ruolo importante nell'alleviare la depressione e nell'aiutare a costruire una relazione genitore-figlio più positiva, offrendo relazioni e supporto alla madre in difficoltà.
- Nello studio pubblicato, l'assegnazione ai gruppi dello studio non è stata casuale e si ritiene che un esperimento randomizzato potrebbe aiutare a determinare se questi risultati preliminari sono validi.
- Riferimenti bibliografici** Asscher J.J., Hermanns J.M.A., Deković M. (2008). *Effectiveness of the Home-Start parenting support program: Behavioral outcomes for parents and children*. *Infant Mental Health Journal*, 29, 95-113.
- Jones T., Prinz R. (2005). *Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review*. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- McAuley C., Knapp M., Beecham J., McCurry N., Slead M. (2004), *Young Families Under Stress: Outcomes and Costs of Home-Start Support*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Rutgers A.H., Hoffenaar P.J., Asscher J.J., Deković M., Hermanns J.M.A. (2008), *Efficacia a lungo termine del programma Home-Start di supporto*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.



Portogallo

**The Webster Stratton Incredible Years (IY) Basic Parenting Programme: la soddisfazione di un gruppo di genitori portoghesi**

Maria João Seabra Santos, Maria Filomena Fonseca Gaspar

**Criteri di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale*

In Portogallo sta aumentando, a livello sia nazionale che locale, la consapevolezza della potenzialità dei programmi di educazione ai genitori come strategia preventiva e di intervento per migliorare il benessere dei loro figli. L'utilizzo di programmi di cui sia provata l'efficacia è una questione politica, sociale e di ricerca. Raggiungere un'efficace attuazione di questi programmi rappresenta un passo ulteriore.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Nell'ottobre 2003 un gruppo ha avuto la prima formazione sullo IY Basic da un'esperienza americana. Sono iniziate la traduzione e l'adattamento alla lingua portoghese di tutti i materiali dello IY Basic (inclusi dvd e manuale). Nel 2007 c'è stato il primo gruppo IY Basic. Il test preliminare è stato organizzato in una scuola materna – età tra 3 e 6 anni – in una città nel centro del Portogallo. Le famiglie erano a basso rischio e nessuna aveva figli segnalati ai servizi. In totale 24 famiglie hanno mostrato interesse nel prendere parte al test; 12 sono state assegnate al gruppo di intervento e 12 al gruppo controllo (le persone che si trovavano in una lista d'attesa). Prima e dopo l'intervento entrambi i gruppi hanno completato una serie di verifiche per misurarne l'efficacia. Durante l'intervento, alla fine di ogni sessione, ai genitori veniva chiesto di completare un questionario relativo al livello di gradimento di ciascun componente del programma.

*Metodologie di intervento adottate*

Sono state analizzate le differenze nella pratica genitoriale prima e dopo l'intervento e sui risultati dei bambini rispetto ai seguenti strumenti:

- il "Parenting Practices Questionnaire", adattato dall'Oregon Social Learning Centre's discipline questionnaire e revisionato per i più piccoli da Webster-Stratton, Reid e Hammond (2001);
- la "Beck-Depression Inventory" (1961);
- il "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ) di Goodman (1997), versioni per i genitori e per gli insegnanti;
- la "Eyberg Child Behaviour Inventory" (1978).

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

I risultati relativi al "Parenting Practices Questionnaire" hanno mostrato un effetto positivo dell'intervento con un aumento dei comportamenti genitoriali positivi e una riduzione del ricorso alle punizioni e delle azioni incoerenti da parte dei genitori.

Il gruppo di intervento ha anche evidenziato una riduzione della depressione nei genitori. I figli di genitori del gruppo di intervento sono stati descritti dai loro genitori con minori problemi comportamentali ("Eyberg Inventory" e SDQ) e con maggiori abilità sociali (SDQ – prosociale) al termine dell'intervento.

*Fattori di successo e insuccesso*

I risultati ottenuti da Gaspar & Seabra-Santos (2008) mostrano che lo strumento IY Basic è adatto per i genitori di bambini in età prescolare che appartengono a comunità a basso rischio, quando viene messa in atto una strategia per coinvolgerli (dare assistenza ai bambini; sviluppare il programma in centri prescolastici) e quando il programma viene attuato in modo affidabile e con la guida di facilitatori addestrati. Occorre formare e creare condizioni facilitanti (facilitatori) e utilizzare una strategia efficace per reclutare e coinvolgere genitori.

I dati suggeriscono di utilizzare il programma per la prevenzione di problemi comportamentali di bambini in età prescolare e nella promozione del benessere. I passi successivi implicano la valutazione del programma con famiglie con figli ad alto rischio, che

vivono in un contesto culturale molto diverso da quello in cui il programma è stato attuato la prima volta, e con famiglie con un figlio con diagnosi di tipo clinico. I facilitatori possono inoltre migliorare le loro abilità attraverso la supervisione.

*Riferimenti bibliografici*

Gaspar M.F., Seabra-Santos M.J. (2008), *Risultati preliminari dalla traduzione, implementazione e ricerca dello strumento Webster-Stratton Incredible Years*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Webster-Stratton C., Reid M., Hammond M. (2001), *Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 283-302.

Portogallo

**Effetti a breve termine sui contesti genitoriali rischiosi per lo sviluppo dei bambini**

Leonor Rodrigues, Maria Manuela Calheiros, Salomé V. Santos

**Criteri di analisi**  
*Contesto istituzionale e culturale*

In Portogallo l'affidamento è ancora la principale risposta per bambini a rischio allontanati dalle loro famiglie dal tribunale e per neonati abbandonati. A causa del lento e non sempre efficace processo per l'annullamento della patria potestà e per l'adozione del bambino, l'allontanamento è più frequentemente associato a lunghi periodi di inserimento in affidamento.

Al fine di valutare la base di efficacia dell'intervento con i bambini in difficoltà e a rischio si ritiene necessario valutare adeguatamente il bambino prima dell'intervento e al momento dell'inserimento in affidamento. In tal modo, è possibile valutare gli effetti del contesto di rischio al quale il bambino è stato esposto nei primi anni. Considerando tutto ciò, la valutazione immediata dei bambini allontanati dalle loro famiglie e inseriti in affidamento contribuisce:

- allo sviluppo di interventi focalizzati sugli specifici bisogni del bambino;
- alla valutazione dell'efficacia dell'intervento, utilizzando la valutazione come base per futuri confronti post-intervento;
- all'identificazione degli effetti provocati nel bambino dalla precoce esposizione ai contesti di rischio;
- all'identificazione degli effetti dell'affidamento sul bambino.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*  
*Metodologie di intervento adottate*

La ricerca ha raccolto dati sullo sviluppo fisico del bambino e sulla famiglia (ad esempio, i fattori di rischio). È stata fatta un'analisi descrittiva del gruppo di bambini in affidamento ed è stata realizzata una valutazione dopo un mese nel loro nuovo contesto.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

I risultati hanno mostrato che i bambini che sono stati allontanati dalla famiglia erano stati esposti a rischio, ovvero rientravano in una delle seguenti categorie:

- potevano essere prematuri e pesavano poco al momento della nascita;
- avevano genitori con dipendenza da droghe, senza competenze genitoriali.

*Fattori di successo e insuccesso*

Lo studio ha sottolineato l'importanza di sviluppare programmi di intervento precoce che possano prevenire gli effetti negativi delle gravidanze a rischio e dei contesti a rischio familiare sui bambini piccoli. Ha inoltre evidenziato gli effetti dannosi, sia a breve sia a lungo termine, dei contesti genitoriali a rischio sui bambini.

*Riferimenti bibliografici* Rodrigues L., Calheiros M.M., Santos S.V. (2008), *Effetti a breve termine sui contesti genitoriali rischiosi per lo sviluppo dei bambini*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Regno Unito - Inghilterra

**La presa in carico di giovani in difficoltà e con gravi problemi segnalati ai servizi di sostegno per la famiglia**

**Criteri di analisi** Nina Biehal

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

La mancanza di prove di efficacia relative ai servizi di sostegno a famiglie con adolescenti a rischio di essere allontanati ha spinto Biehal (2005, 2006) a fare uno studio quasi sperimentale su adolescenti a rischio imminente di ingresso in assistenza. Lo studio ha confrontato gli esiti per i ragazzi che ricevono servizi di sostegno alla famiglia di tipo specialistico e intensivo con gli esiti di un gruppo di ragazzi in carico ai servizi sociali. Sono stati valutati gli esiti dei servizi (tassi di collocamento) e gli esiti individuali (benessere della persona) per entrambi i gruppi.

*Metodologie di intervento adottate*

La ricerca di Biehal ha utilizzato metodi quantitativi e qualitativi. Ha analizzato 209 ragazzi, i loro genitori e gli assistenti sociali, all'avvio dei servizi e sei mesi più tardi. Le misure di esito sui ragazzi e sui genitori all'avvio dei servizi e nel follow-up hanno verificato le difficoltà emotive e comportamentali dei bambini (SDQ), il funzionamento della famiglia (FAD), la salute mentale dei genitori (GHQ), la percezione del benessere da parte del bambino (Cantril's Ladder) e la tipologia e la gravità delle difficoltà del bambino. Il cambiamento intercorso tra la prima e la seconda verifica è stato misurato attraverso un'analisi multivariata di dati quantitativi. In parallelo a questo, un'analisi qualitativa su interviste da 50 casi di studio ha analizzato come, perché e in quali circostanze si sono verificati esiti positivi.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

I livelli di servizio a sostegno della famiglia erano molto alti. Al momento dell'avvio dei servizi la maggioranza dei ragazzi (76%) aveva difficoltà di tipo emotivo e comportamentale al di sopra della soglia clinica e la maggior parte dei genitori aveva vissuto gravi difficoltà personali, inclusi i problemi di salute mentale (72%) e la violenza domestica (43%). Oltre la metà dei giovani era stata vittima di abuso, abbandono o entrambi e un terzo era stato in carico ai servizi per lungo tempo. Gli interventi strutturati, spesso basati sulla teoria dell'apprendimento sociale, sono stati utilizzati sia con i genitori, sia con i ragazzi. C'erano marcate differenze nella durata e nell'intensità dei servizi a seconda del tipo di destinatari, ma poca differenza nella tipologia degli interventi.

Al follow-up, il numero medio di problemi riportati si era ridotto del 25% e la gravità delle difficoltà emotive e comportamentali era diminuita da un terzo alla metà nei giovani. Ci sono stati miglioramenti specifici nei problemi emotivi e comportamentali (misurati con SDQ), nel livello di violenza sui minori dentro la famiglia, sul funzionamento della famiglia (FAD) e nella salute mentale dei genitori (GHQ). Tuttavia, non ci sono state modifiche negli esiti del bambino e della famiglia tra le due tipologie di servizio.

Al contrario, gli esiti del servizio erano marcatamente diversi per i due gruppi, dal momento che quelli che ricevevano l'intervento specialistico avevano probabilità significativamente più basse di entrare in assistenza.

**Fattori di successo e insuccesso** Tra i fattori positivi e negativi, Biehal suggerisce che mentre il lavoro sul comportamento del minore e sulle competenze genitoriali e l'approccio ecologico all'erogazione del servizio erano tutti utili, gli esiti venivano influenzati dal grado di motivazione del minore, dalla sua iperattività e dalla durata dei problemi del bambino e della famiglia. Inoltre, una positiva formazione dell'alleanza terapeutica è risultata la chiave per ottenere esiti positivi. Rispetto ai risultati dei servizi, le variazioni nella politica locale e nelle risorse risultavano avere un impatto maggiore sulle percentuali di collocamento. In alcuni casi un collocamento di breve periodo può essere utile per i servizi di sostegno alla famiglia. Per aiutare la famiglia serve un continuum di servizi che vanno dai servizi per l'intervento precoce a quelli, dove necessario, che offrono servizi intensivi e sostegno di lungo termine.

**Riferimenti bibliografici** Biehal N. (2005), *Working with adolescents at risk of out of home care: the effectiveness of specialist teams*. Children and Youth Services Review, 27, 9, pp. 1045-1059.  
Biehal N. (2005), *Working with Adolescents. Supporting families, preventing breakdown*, BAAF, London.  
Biehal N. (2006), *Preventive services for adolescents: exploring the process of change*. British Journal of Social Work. Advance Access doi: 10.1093/bjsw /bcl352.

Regno Unito - Inghilterra

**Elementi chiave di una prassi efficace di lavoro con i genitori di famiglie a rischio: cosa ci dice la ricerca internazionale**

**Criteri di analisi** Deborah Ghate

**Contesto istituzionale e culturale** L'autore considera le prove di efficacia a livello internazionale relative al supporto a famiglie di bambini e ragazzi in difficoltà e presenta tre analisi di letteratura internazionale su "ciò che funziona" nell'aiuto alle famiglie.

**Metodologie di intervento adottate** La rassegna si è focalizzata sulla valutazione dell'efficacia, che è l'ambito in cui le ricerche devono rispondere ai principali standard di rigore scientifico. L'analisi ha considerato disegni sperimentali (randomizzati) e quasi sperimentali, senza tuttavia limitarsi a questi. Ha considerato, inoltre, la letteratura basata sulla pratica operativa e sulle testimonianze di esperti in merito ad approcci innovativi da mettere in pratica, al fine di comprendere le questioni legate al supporto familiare e agli esiti raggiunti (Moran P. e altri, 2004; Ghate D. e altri, 2008; Utting D. e altri, 2007).

**Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia** Per le famiglie e i giovani ad alto rischio, con problemi cronici o duraturi, esiste oggi un numero di programmi con un buon livello di efficacia, che si sono mostrati utili per migliorare gli esiti sia per i ragazzi, sia per i loro genitori. Gli aspetti importanti da considerare per ciascun programma sono:

- una base teorica di riferimento e una realizzazione che sia guidata da documentazione specifica;
- approcci intensivi e multidimensionali;
- approcci orientati su bisogni specifici, della persona e della famiglia;
- finalizzati al lavoro sia con i genitori, sia con i giovani;
- che includano personale con una buona formazione e professionalmente qualificato;
- idonei a garantire sostegno continuo e supporto successivo al termine del servizio;
- capaci di monitoraggio e valutazione rigorosa e continua con follow-up.

L'analisi ha mostrato che solo alcune famiglie rispondono positivamente ai programmi: talvolta si verifica un parziale o completo fallimento del trattamento. L'investimento

iniziale inoltre è costoso.

Per le famiglie a basso rischio e per approcci di tipo preventivo vi sono meno programmi "evidence-based", benché l'analisi ne abbia individuato un certo numero.

*Fattori di successo e insuccesso*

L'autore sottolinea che è necessario imparare da chi realizza e valuta programmi, utilizzando i principi generali emersi dalle valutazioni per migliorare altri programmi che vengono sviluppati per rispondere a bisogni di comunità specifiche. Gli elementi chiave per realizzare servizi di alta qualità sono: un chiaro fondamento teorico; la definizione dei meccanismi di cambiamento attesi per i genitori e i bambini; ove possibile, disegni sperimentali o quasi sperimentali; attenzione a documentare come e cosa viene erogato; il coinvolgimento dei genitori nel servizio. Infine, un principio chiave per l'efficacia è dato dal rapporto collaborativo con i genitori, in modo tale che essi possano identificare i propri bisogni e lavorare in collaborazione con i servizi.

*Riferimenti bibliografici*

Farrington D., Gottfredson D., Sherman L., Welsh B. (2002), *The Maryland Scientific Methods Scale*, in Sherman L., Farrington D., Welsh B., Mackenzie D. (Eds.), *Evidence-based crime prevention*, Routledge, London.

Ghate D., Hauari H., Hollingworth K., Lindfield S. (2008), *Key elements of effective practice in parenting support in the youth justice context: source document*, Youth Justice Board, London.

Moran P., Ghate D., Van der Merwe A. (2004), *What works in parenting support: a review of the international evidence*, DfES RR574, London.

Utting D., Monteiro H., Ghate D. (2007), *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*, PRB/Department of Health, London.

Regno Unito – Inghilterra

**Gli approcci globali alla famiglia: rispondere e affrontare stili di vita complessi?**

**Criteri di analisi**

Harriet Clarke, Nathan Hughes, Kate Morris

*Contesto istituzionale e culturale*

La pubblicazione descrive il lavoro della "Social Exclusion Task Force" in relazione alle famiglie socialmente escluse. Gli obiettivi dichiarati sono:

- dare visibilità all'efficace sistema di sostegno per le famiglie che hanno bisogni molteplici e complessi;
- identificare le barriere e le soluzioni pratiche per rispondere secondo approcci coerenti da applicare all'intera famiglia;
- accordarsi sulla linea da seguire per integrare nel modo migliore i servizi per l'infanzia, gli adulti e la comunità locale con i bisogni delle famiglie escluse, al fine di contrastare la permanenza in situazioni di povertà profonda e radicata.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Lo studio condotto da Harriet Clarke e altri (2007) parte da una rassegna di letteratura che analizza "gli approcci globali alla famiglia" considerando il modo in cui i concetti di "famiglia" vengono inseriti nella ricerca, nella politica e nella prassi.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

Le forme di famiglia sono molte e varie e vanno oltre i confini di quelle definite attraverso la relazione coniugale e di sangue. Affinché i servizi incentrati sulla famiglia vengano erogati in modo efficace, è necessario esaminare e comprendere nel contesto moderno la complessità, le funzioni e la composizione dei ruoli familiari.

Mentre le forme e le definizioni di famiglia cambiano, l'importanza della famiglia rimane, sia perché è in grado di fornire un supporto interdipendente e individuale, sia perché può favorire un'esperienza di benessere.

Le famiglie che non sono coinvolte dai servizi, che non si impegnano o che non rispondono positivamente agli input richiedono una particolare comprensione: questo consente di farle entrare in contatto con i servizi. Gli autori hanno identificato tre tipi di modelli e approcci:

1. lavorare con la famiglia per supportare gli utenti del servizio: la famiglia viene vista come la base per aiutare uno dei suoi membri;
2. identificare e trattare i bisogni dei membri della famiglia, riconosciuti come persone con bisogni specifici che nascono dalla relazione con l'utente primario del servizio;
3. supporto per l'intera famiglia: invece di trattare i bisogni degli utenti dei servizi o dei singoli membri della famiglia, l'erogazione si focalizza sui bisogni condivisi e/o sui punti di forza che appaiono negli assetti interpersonali e collettivi.

L'analisi di letteratura indica che nel lavoro con gli utenti che utilizzano i servizi c'è un'attenzione particolare alla famiglia nella sua globalità, sia da parte della politica, sia dei servizi stessi. Tuttavia, è emerso che molti di questi interventi sono ancora in fase iniziale e richiedono ulteriori valutazioni.

La competenza degli operatori e degli enti nell'applicare questi approcci globali andrebbe rivista.

- Riferimenti bibliografici* Morris K., Hughes N., Clark, H., et al. (2007), *Whole Family Approaches: A Review for the Social Exclusion Task Force*, Cabinet Office, London.  
Social Exclusion Task Force (2007), *Reaching Out: Think Family*, Cabinet Office, London.

Regno Unito - Inghilterra

### **Le Family group conferences e il miglioramento del processo decisionale incentrato sulla famiglia**

Peter Marsh

#### **Criteri di analisi**

##### *Contesto istituzionale e culturale*

Lo studio di Marsh (2008) analizza lo sviluppo, l'implementazione e gli esiti delle "Family Group Conferences", un metodo che riguarda la presa di decisione per bambini e ragazzi e che pone la famiglia al centro. Queste Conferences rappresentano un metodo di presa delle decisioni che è stato introdotto per la prima volta in Nuova Zelanda.

##### *Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

L'autore sottolinea che spesso "le valutazioni e le opinioni positive sui principi non si traducono poi necessariamente in un utilizzo pratico e nell'adozione di un particolare intervento". Questo sembra proprio il caso delle "Family Group Conferences": i motivi di queste difficoltà potrebbero derivare dal fatto che tale approccio è basato sulla collaborazione. L'analisi ha fornito elementi utili per migliorare l'uso delle prove di efficacia in generale e, in particolare, per migliorare la collaborazione tra assistenti sociali e utenti, considerati elemento chiave del lavoro sociale.

##### *Metodologie di intervento adottate*

Il metodo coinvolge un coordinatore che riunisce le famiglie e gli operatori in una "conferenza" e che offre il suo tempo per cercare un accordo generale per la tutela dei bambini in difficoltà (Ashley C., 2006).

##### *Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

Le valutazioni delle "Family Group Conferences" sono state molto positive e hanno mostrato che:

- è possibile condurre questi incontri in diverse condizioni e circostanze;
- è possibile fare in modo che un ampio numero di membri della famiglia partecipi, anche in circostanze molto stressanti;
- tutte le aree dei servizi per l'infanzia possono ricorrere a questo modello ed è ap-

proprio anche per altri problemi;

- una volta che una "conference" ha avuto luogo, circa il 90% acconsente a un progetto personalizzato di protezione e sostegno per i bambini condiviso anche dagli operatori;
- le famiglie trovano questi incontri stressanti, ma ne escono generalmente soddisfatte (Marsh P., Crow G., 1999; Crampton D., 2006).

**Fattori di successo e insuccesso** L'autore suggerisce di fare attenzione a quali sono gli elementi che garantiscono l'efficacia degli interventi, in modo da esaminare la conformità e la fedeltà al programma, consentendo nel contempo a operatori e utenti del servizio di essere creativi all'interno di ogni particolare approccio efficace. Suggerisce, inoltre, di tenere in considerazione i principi e i valori che emergono nel lavoro di valutazione.

**Riferimenti bibliografici** Marsh P. (2008), *Le Family group conferences e il miglioramento del processo decisionale incentrato sulla famiglia*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Ashley C., a cura di (2006), *The Family Group Conference Toolkit-a practical guide for setting up and running an FGC service*. London: Family Rights Group.

Crampton D. (2007), *Research Review: Family group decision-making: a promising practice in need of more programme theory and research*. Child and Family Social Work 12(2): 202-209.

Marsh P. (2007). *Developing an enquiring social work practice: Practitioners, researchers and users as scientific partners*. Utrecht, Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.

Marsh P., Crow G. (1998), *Family Group Conferences in Child Welfare*. Oxford: Blackwell Science.

Regno Unito – Inghilterra

**L'uso della ricerca azione per avviare lo sviluppo di un cambiamento culturale nel servizio di crisi per le famiglie e per quanti richiedono interventi precoci**

**Criteri di analisi** Merle Davies

**Contesto istituzionale e culturale** Blackpool è una popolare località marina inglese lungo la costa. Il suo sviluppo come centro di intrattenimento ha portato con sé una serie di problemi sociali conseguenti al trasferimento di molte famiglie provenienti da contesti socialmente ed economicamente poveri, attratte dalle opportunità di lavoro offerte dalla città. Si è creato in questo modo un gruppo di famiglie difficili con bisogni complessi, che chiedono molto ai servizi. Il Comune di Blackpool ha risposto alla sfida adottando una strategia proattiva nello sviluppo di una serie di programmi che offrono a queste famiglie supporti efficaci, che vanno dagli interventi preventivi a quelli complessi multidisciplinari (Davies M., 2008).

**Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi** Il progetto Springboard fa parte di una ricerca azione che valuta lo sviluppo di un servizio multidisciplinare "virtuale" per le famiglie che i servizi definiscono come "difficili da raggiungere".

**Metodologie di intervento adottate** Il progetto è stato avviato per cambiare le modalità di erogazione degli interventi, passando a un approccio olistico con prassi di lavoro integrato che portano a migliorare gli esiti per bambini e famiglie più a rischio.

**Risultati ottenuti e** L'esperienza positiva descritta dalle famiglie è convalidata dalle misurazioni, che mo-

Regno Unito – Inghilterra

**L'uso della ricerca azione per avviare lo sviluppo di un cambiamento culturale nel servizio di crisi per le famiglie e per quanti richiedono interventi precoci**

**Criteri di analisi**

Merle Davies

*se documentati,  
gli indici di efficacia*

strano miglioramenti nel tipo e nella qualità dell'alloggio, nell'accesso, da parte delle famiglie, ai servizi sanitari, come ad esempio i servizi di screening preventivo, di riduzione del fumo e contro l'abuso di droga e di alcool. I risultati su 31 famiglie coinvolte hanno mostrato una riduzione del 68% dell'attività criminale e la riduzione del 67% dei comportamenti molesti. Gli incidenti per violenza domestica si sono ridotti del 74%, mentre il numero di arresti associati alla violenza domestica si è ridotto al 50%. È stata registrata anche una riduzione del 50% nel numero di famiglie classificate come "famiglie che vivono in alloggi non decenti". Anche la frequenza scolastica dei bambini coinvolti nel progetto è cresciuta significativamente.

*Fattori di successo  
e insuccesso*

I risultati dimostrano che è necessario sviluppare servizi integrati attorno alle famiglie e migliorarne la capacità di individuare quelle definite "a rischio" di esito negativo.

*Riferimenti bibliografici*

Davies M. (2008), *L'uso della ricerca azione per avviare lo sviluppo di un cambiamento culturale nel servizio di crisi per le famiglie e per quanti richiedono*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Cabinet Office (2007), *Reaching Out: Think Family. Analysis and themes from the Families at Risk Review*. London, Social Exclusion Task force.

DfES (2006), *Making it Happen: working together for children, young people and families*. London, DfES.

Regno Unito – Scozia

**Cambiare gli orientamenti del lavoro con i bambini difficili e le loro famiglie**

**Criteri di analisi**

Wendy Rose, Jane Aldgate

*Contesto istituzionale e  
culturale*

Aldgate e Rose (2007) descrivono progetti con bambini di età compresa tra 7 e 11 anni con comportamento difficile, o antisociale, secondo un'ottica di prevenzione e sviluppo di alternative di sostegno familiare.

*Caratteristica e natura  
delle politiche e degli  
interventi/servizi*

Si tratta di un'iniziativa governativa finalizzata a determinare se un programma preventivo, piuttosto che un approccio punitivo, può avere un impatto positivo sul comportamento antisociale dei bambini. I progetti sono gestiti da un'organizzazione non profit i cui operatori sviluppano strette relazioni con le organizzazioni locali, come le scuole e i servizi sociali.

*Criteri di accesso ai servizi*

I progetti sono stati sviluppati attraverso interventi accessibili e centrati su bambini e famiglie, in sedi che prima erano negozi nel cuore di tre aree con elevati bisogni e alti livelli di povertà. Molti bambini avevano manifestato comportamenti difficili a casa, a scuola e nella comunità.

Nel tempo, il criterio dell'età per l'assegnazione dei bambini ai progetti è stato abbassato fino a includere i bambini di 5 e 6 anni, per consentire un intervento precoce (i programmi offerti sono stati modificati per renderli disponibili a bambini di diverse età).



- Metodologie di intervento adottate** Si è articolato secondo un approccio strutturato basato sulla “Webster-Stratton Incredible Years” per genitori e figli: si tratta di un programma già testato in Inghilterra e negli Stati Uniti (Richardson J., Joughin C., 2002; Utting D. e altri, 2007).  
Nei progetti considerati gli operatori sono riusciti a mantenere l'integrità del programma strutturato e a inserirlo entro un contesto flessibile con ulteriore lavoro di supporto, che riconosceva i bisogni gravi, molteplici e di lungo termine di alcuni bambini e famiglie. Il programma prevedeva un'attenta preparazione, il supporto individuale da parte di un operatore di riferimento, un ambiente educativo, il supporto agli adulti per quanto riguarda l'alfabetizzazione e altre difficoltà, il trasporto per partecipare ai progetti, asili nido per i bambini piccoli e l'adattamento dei programmi per essere in sintonia con l'esperienza, l'età e lo sviluppo dei bambini e dei loro genitori. Includeva anche programmi per le vacanze, che coinvolgevano le famiglie nel tempo libero.
- Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia** Per la valutazione dei risultati sono state utilizzate misure standardizzate della differenza prima-dopo degli interventi specifici: il “Strengths and Difficulties Questionnaire” (Goodman R., 1997) e la “Parenting Daily Hassles Scale” (Crnic K.A., Greenberg M.T., 1990). Sono state inoltre utilizzate misure qualitative, incluse l'autovalutazione da parte di bambini e genitori, gruppi focus condotti dai ricercatori con i genitori e l'osservazione partecipata. I risultati sono stati molto buoni e i programmi sono stati giudicati positivamente dai bambini, dai genitori e dalle scuole. La risposta da parte dei genitori ha evidenziato che molti erano arrivati a importanti punti di svolta nel loro rapporto con i figli. Le scuole hanno riscontrato un miglioramento nei bambini rispetto a un certo numero di item, inclusi la frequenza scolastica, i rapporti con i coetanei e i risultati scolastici.
- Fattori di successo e insuccesso** L'aspetto originale dei progetti è stato l'integrazione dei programmi per bambini e genitori con gli approcci dei Centri per le famiglie e quelli per lo sviluppo di comunità. Si tratta di un servizio di sostegno rivolto alla famiglia, che offre un intervento precoce e utilizza programmi con buone prove di efficacia. È inoltre un servizio posizionato in un luogo in cui sono presenti più organizzazioni, che è in grado di operare con comunità specifiche e che potrebbe certamente essere uno dei modi più efficaci per aiutare i bambini/ragazzi che manifestano comportamenti difficili e le loro famiglie.
- Riferimenti bibliografici** Aldgate J., Rose W., McIntosh M. (2007), *Changing Directions for Children with Challenging Behaviour and their Families: Evaluation of CHILDREN 1ST Directions Projects*. Edinburgh: CHILDREN 1ST.  
Crnic K.A., Greenberg M.T. (1990), *Minor parenting stresses with young children*. Child Development, 61, 1628-1637.  
Goodman R. (1997), *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(5), 581-586.  
Richardson J., Joughin C. (2002), *Parent Training Programmes for the Management of Young Children with Conduct Disorders: Findings from Research*. London: Gaskill.  
Utting D., Monteiro H., Ghate D. (2007), *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. London: Policy Research Bureau.

## Esperienze in Paesi extra-europei

Australia

### **Valorizzare i giovani genitori – Prassi collaborative nel lavoro con genitori adolescenti a Sydney secondo un modello di intervento precoce e preventivo**

Karen van Woudenberg, Louisa McKay

#### **Criteri di analisi**

#### *Contesto istituzionale e culturale*

'Parenting Young' e 'Young Parents Network' sono progetti strategici del governo dello stato del New South Wales (Australia) per sostenere i giovani genitori in attesa di un bambino e che crescono i loro figli fino all'età di 8 anni. Tali progetti mettono insieme i servizi alla persona dell'area sociale, sanitaria, abitativa, della disabilità, della scuola, che insieme partecipano a progetti di tipo collaborativo per il sostegno dei genitori, in particolare quelli in maggiore difficoltà, incluse le famiglie aborigene, le famiglie di diversa cultura, quelle di rifugiati e con genitori adolescenti.

#### *Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

I progetti hanno operato con genitori di età inferiore a 20 anni che vivevano nelle aree di Penrith e Blue Mountains, nella periferia ovest di Sydney (aree caratterizzate da un elevato numero di giovani genitori in una comunità prevalentemente costituita da famiglie con bambini piccoli, da elevati livelli di sviluppo suburbano e da sacche di svantaggio sociale). L'obiettivo dei progetti è di mantenere l'attenzione sugli interventi precoci con giovani genitori, sostenere le abilità genitoriali e aiutarli a comprendere di più lo sviluppo del bambino. La rete ha anche permesso l'accesso ad altri servizi di supporto, ha collegato i giovani genitori alla comunità locale e ha cercato di aumentare l'autostima e la fiducia in loro stessi.

#### *Metodologie di intervento adottate*

Il programma è settimanale e si svolge con un gruppo di operatori delle agenzie che collaborano ai progetti. Ogni progetto ha un gruppo di consulenza per i genitori, per incoraggiarli a progettare e partecipare alle attività. Il gruppo lavora con l'obiettivo principale di costruire relazioni con i giovani genitori e di offrire loro supporto e consiglio in una sede specifica.

Ogni 3 mesi il programma fornisce le informazioni richieste dai genitori, i servizi di supporto individuati e una serie di attività sociali e ricreative. Il punto di forza è costruire relazioni tra genitori e assistenti sociali, oltre che aumentare la loro capacità genitoriale, l'autostima e la fiducia.

#### *Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

In tre anni sono stati registrati miglioramenti del 70-100% da parte dei genitori negli esiti previsti. Gli adolescenti sono divenuti genitori capaci e, con adeguati sistemi di supporto, sono stati in grado di fare scelte genitoriali e di vita con effetti duraturi. La chiave per l'erogazione di servizi efficaci per questa popolazione è stata:

- costruire relazioni in un ambiente non giudicante, dove ci sono opportunità di interazione con altri genitori;
- offrire un programma sviluppato in risposta agli interessi individuati dai partecipanti e che li rafforza nel prendere decisioni;
- prendersi cura in loco del bambino in tutte le attività e nel trasporto verso e dal gruppo;
- inserire partner collaborativi intenzionati a partecipare ogni settimana a rotazione ai servizi di gruppo;
- facilitare l'accesso a programmi aggiuntivi.

*Riferimenti bibliografici* NSW Commission for Children and Young People (2004, June), *Families First Outcomes Framework NSW Data Report. Population Outcome measures for children, families and communities in NSW*, Australia.

Van Woudenberg K., McKay L. (2008), *Valorizzare i giovani genitori – Prassi collaborative nel lavoro con genitori adolescenti a Sidney secondo un modello di intervento*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Canada

**Sviluppo e sperimentazione di un progetto per famiglie che trascurano i figli: indicazioni dalla ricerca e dalla pratica**

Michèle Brousseau, Madeleine Beaudry, Marie Simard

**Criteria di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale*

Fino a poco tempo fa, la ricerca sul funzionamento della famiglia e sull'abbandono e la trascuratezza dei bambini sono rimasti due ambiti separati, benché le ricerche recenti abbiano identificato problemi nel funzionamento familiare (Gaudin J.M., Dubowitz H., 1997; Brousseau M., 2000) che potrebbero essere dannosi per la sicurezza e lo sviluppo dei bambini. Dal punto di vista delle teorie sul funzionamento delle famiglie, l'abbandono può essere definito come un'incapacità da parte della famiglia di espletare funzioni essenziali, come la protezione e la socializzazione dei bambini. Gli studi indicano anche che i servizi, inclusa la terapia familiare, generano modesti cambiamenti positivi e "che dobbiamo trovare ciò che va bene e ciò che non va bene, con chi e in quali situazioni" (Dufour S., Chamberland C., 2004). Il "Family Project" è stato creato per cercare strategie efficaci per i ragazzi e le famiglie che richiedono molte risorse.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Questo approccio si focalizza sul funzionamento delle famiglie, con particolare riferimento a quelle abbandoniche. La valutazione è globale, basata sulla collaborazione attiva dei membri della famiglia e sui punti di forza della famiglia stessa. Alla base dell'approccio ci sono due assunti: 1) le teorie di tipo ecologico, comportamentali e cognitive sul funzionamento della famiglia contribuiscono a ridurre i comportamenti abbandonici; 2) i ricercatori e gli operatori dovrebbero cooperare per sviluppare programmi e interventi su base scientifica, con obiettivi e strategie chiaramente definiti e valutabili nel tempo.

*Metodologie di intervento adottate*

Gli assistenti sociali sono stati formati riguardo la terapia familiare, con supervisione nel corso della sperimentazione. Il campione includeva famiglie abbandoniche, a cui sono stati somministrati questionari sul funzionamento familiare, sul supporto sociale, sui problemi della persona e della famiglia e sulla depressione. I genitori hanno risposto al "Family Assessment Device" (FAD, Epstein N.B. e altri, 1983); gli assistenti sociali hanno compilato il "McMaster Clinical Rating Scale" (MCRS, Miller I.W. e altri, 1994).

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

Alcune famiglie hanno mostrato miglioramenti nel loro funzionamento; per altre non è stato riscontrato alcun cambiamento. Quelle che hanno mostrato un miglioramento avevano visto la partecipazione dei membri a tutti gli incontri familiari e avevano seguito il modello in tutte le sue fasi. Alcune famiglie, invece, non hanno mostrato miglioramenti, ma anzi persistenza dei loro problemi. In questi casi, si tratta di famiglie che non sono state coinvolte nella terapia, anche se si erano dichiarate disponibili a partecipare al progetto di ricerca, e gli assistenti sociali hanno ripreso il loro usuale intervento individuale con i singoli membri.

**Fattori di successo e insuccesso** L'uso di strumenti standardizzati per la valutazione ha contribuito a migliorare il giudizio clinico degli assistenti sociali, a dare un sistematico riscontro alle famiglie circa il loro funzionamento e ad elaborare ipotesi per spiegare le discrepanze tra i risultati ottenuti dai genitori e dagli assistenti sociali su alcune dimensioni del funzionamento familiare.

- Riferimenti bibliografici** Brousseau M. (2000), *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Thèse de doctorat. Québec: Laboratoire de recherche, École de service social, Université Laval, p. 158.
- Dufour S., Chamberland C. (2004), *The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: enhancing the well-being of children who live at home*. Child and Family Social Work, 9, 39-56.
- Epstein N. B., Baldwin L.W., Bishop D.S. (1983), *The McMaster family assessment device*. Journal of Marital and Family Therapy, 9(2), 171-180.
- Gaudin J. M., Dubowitz. H. (1997), *Family Functioning in neglectful families: Recent research*, in J. D. Berrick, R. P. Barth & N. Gilbert (Eds.), Child Welfare Research Review (Vol. 2, pp. 28-62).
- Miller I.W., Kabacoff R.I., Epstein N.B., Bishop D.S., Keitner G.I., Basldwin L.M., Van der Spuy H.I.J (1994), *The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning*. Family Process, 33, 53-69.

## Israele

### La valutazione dei Centri di trattamento figli-genitori in Israele

Dori Rivkin

#### Criteria di analisi

**Contesto istituzionale e culturale** In Israele, fino allo scorso decennio, la risposta predominante al maltrattamento dei bambini e alle relazioni disturbate genitore-figlio era l'assistenza all'esterno della famiglia. Recentemente, il sistema dei servizi per l'infanzia si è spostato verso interventi su base comunitaria per bambini e famiglie in difficoltà. L'autore descrive la valutazione di un servizio innovativo per i bambini a rischio, il "Centro Genitori-Figli" (Rivkin D., 2008).

**Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi** L'obiettivo di questo servizio è migliorare il benessere dei bambini, le relazioni genitori-figli e la capacità genitoriale. I Centri sono seguiti da un gruppo di lavoro multidisciplinare e sono collegati ai servizi sociali degli enti locali. L'approccio utilizzato è quello di lavorare con il bambino nel contesto familiare, utilizzando diverse terapie comunicative, focalizzandosi sui punti di forza della famiglia, creando un'atmosfera calda e accogliente, coinvolgendo gli utenti nella definizione del loro piano di trattamento e collaborando con i servizi sociali e il sistema scolastico per rispondere ai bisogni dei bambini. Il trattamento è limitato a un anno e mezzo, dopo il quale viene definito, insieme ai servizi sociali, un piano di monitoraggio per ogni famiglia.

**Metodologie di intervento adottate** Lo studio ha analizzato un campione di 140 famiglie, distribuite in 9 Centri, e un gruppo di confronto di 150 famiglie seguite dai servizi sociali che non utilizzavano il Centro. Gli esiti sono stati misurati confrontando i punteggi delle varie scale prima e dopo il trattamento nel Centro e i punteggi delle due misurazioni del gruppo di confronto. Lo studio ha anche incluso interviste semistrutturate e focus con politici, operatori, genitori e figli.

*Risultati ottenuti e se documentati, gli indici di efficacia* Di fatto quasi tutti gli utenti (98%) sono rimasti soddisfatti dall'intervento attuato. L'analisi dei materiali qualitativi ha mostrato che essi hanno particolarmente apprezzato l'approccio accogliente e non-giudicativo del personale, la diversità di interventi possibili, l'attenzione ai genitori e ai problemi dei bambini.

Tuttavia, un terzo degli interventi è durato più del previsto e i terapeuti non sono orientati a metodi di breve durata; la collaborazione con i servizi sociali degli enti locali e con la scuola è stata parziale e circa un quarto delle famiglie non ha avuto un piano di monitoraggio.

Per quanto riguarda gli esiti, i bambini che hanno ricevuto interventi in questi Centri hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi in due aree: la percentuale di bambini con almeno un problema in area scolastica è diminuita dal 61% al 43% e quella di bambini con almeno un comportamento antisociale è diminuita dal 46% al 34%. La percentuale di bambini con sintomi di ansietà o depressione non è diminuita in modo significativo (76% prima del trattamento, 70% dopo il trattamento); tuttavia, tra i bambini del gruppo di confronto vi è stato un aumento significativo dei sintomi di ansietà e depressione (dal 38% nella misurazione iniziale al 53% dopo un anno).

*Fattori di successo e insuccesso* La valutazione ha mostrato che i bambini e i genitori in difficoltà possono essere aiutati da servizi appropriati, orientati in modo specifico a famiglie che normalmente non si rivolgerebbero a consulenze intensive. Lo studio ha evidenziato questioni da affrontare: il servizio è visto come un aiuto a breve termine per le famiglie con crisi ricorrenti. Elementi essenziali a questo scopo sono il coinvolgimento dei servizi a lungo termine e la definizione di piani di monitoraggio.

*Riferimenti bibliografici* Rivkin D. (2008), *La valutazione dei centri di trattamento figli-genitori in Israele*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

#### Stati Uniti

#### **Indici di efficacia tra ragazzi in assistenza residenziale e ragazzi che seguono una terapia intensiva a domicilio: la propensity score analysis**

Richard P. Barth, Johanna Greeson, Shenyang Guo, Sarah Hurley,

Jocelyn Sisson

#### **Criteri di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale* Lo studio svolto in un'area degli Stati Uniti confronta gli esiti di giovani con problemi di tipo comportamentale che ricevono un trattamento intensivo a domicilio (IIHT), in linea con la terapia multisistemica, con gli esiti di giovani che invece si trovano in assistenza residenziale.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi* La "propensity score analysis" ha individuato 684 ragazzi da trattare a domicilio. La presa in carico residenziale per bambini e ragazzi è costosa e restrittiva e i dubbi sulla sua efficacia stanno contribuendo all'individuazione di metodi alternativi di trattamento. Gli interventi intensivi a domicilio (IIHT) sono stati identificati come possibili alternative e hanno mostrato in parte la capacità di ridurre la recidività dei giovani con problemi di delinquenza. Sono stati fatti pochi confronti diretti tra trattamento domiciliare e presa in carico residenziale. Tra questi, la maggior parte sono studi relativi alla terapia multisistemica (MST), condotti dagli stessi ideatori di questo approccio (Barth R. e altri, 2008). Le valutazioni della terapia multisistemica da parte di altri soggetti sono molto rare.

**Metodologie di intervento adottate** Questo studio utilizza la “propensity score analysis” per confrontare giovani che presentano caratteristiche tali da essere inseriti in assistenza residenziale, ma che invece vengono seguiti a domicilio. Il “propensity score matching” ipotizza la probabilità che un giovane riceva un trattamento e lo abbina a un giovane - simile per fattori demografici e di rischio - che non riceve il trattamento (si tratta di una modalità per approssimare la randomizzazione). I giovani sono stati selezionati alla fine della presa in carico residenziale o del trattamento IIHT e le loro famiglie sono state contattate un anno dopo per verificare la situazione dei ragazzi riguardo performance scolastica, implicazioni con la giustizia e vita in casa.

La variabile di esito era una variabile ordinale a tre livelli (desiderabile, misto, non desiderabile). Le categorie sono state ricavate dalle variabili di esito calcolate su un anno presso l'ente e comprendevano: vivere con la famiglia, miglioramento scolastico, problemi con la giustizia e inserimento fuori della famiglia.

La categoria “desiderabile” comprendeva quei casi in cui i ragazzi vivevano in famiglia, mostravano miglioramenti scolastici, non avevano problemi con la giustizia e nessun inserimento fuori della famiglia. La categoria “misto” era riferita a quei casi che vivevano in famiglia e presentavano almeno uno dei seguenti elementi: nessun miglioramento scolastico, problemi con la giustizia, reinserimento. La categoria “non desiderabile” comprendeva i casi in cui il ragazzo non viveva in famiglia. Dato che l'esito era una variabile ordinale, è stata condotta una regressione logistica per definire la probabilità di ricadere in una delle tre categorie.

**Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia** In tutte le analisi, i risultati dell'IIHT tendevano a essere superiori a quelli della presa in carico residenziale. Gli utenti del trattamento domiciliare avevano una maggiore probabilità di vivere con la famiglia, di migliorare a scuola, di non avere problemi con la giustizia e di raggiungere una maggiore stabilità rispetto ai giovani presi in carico. I giovani che presentavano problematiche simili e che ricevevano servizi di tipo intensivo a domicilio – piuttosto che in assistenza residenziale – tendevano con maggiore probabilità a raggiungere i risultati attesi del programma di trattamento.

**Fattori di successo e insuccesso** Dati i costi ridotti e le minori restrizioni proprie del trattamento a domicilio (IIHT), si suggerisce che questo approccio venga maggiormente sviluppato e che sia utilizzato abitualmente al posto della presa in carico residenziale per quei giovani che rispondono ai criteri di inclusione. Benché vi siano alcuni ragazzi che non hanno una controparte nel gruppo di confronto a domicilio, molti ragazzi con gravi problemi sono stati assistiti a casa e hanno ottenuto risultati migliori rispetto ai giovani in carico all'esterno della famiglia. Al contrario, molti giovani con problemi non così gravi sono stati presi in carico in strutture residenziali, ma non hanno ottenuto migliori risultati rispetto a quelli assistiti a domicilio.

Visto che la presa in carico di tipo residenziale non è più efficace del trattamento IIHT e non ha gli stessi vantaggi, è necessario sviluppare di più quest'ultimo approccio. Ciò richiederà una revisione delle strategie di finanziamento che supportano la presa in carico di tipo residenziale, uno sviluppo di programmi formativi sull'IIHT e un impegno a rendere i trattamenti intensivi più efficienti ed efficaci.

**Riferimenti bibliografici** Barth R.P., Greeson J., Guo S., Hurley S., Sisson J. (2008), *Indici di efficacia tra ragazzi in assistenza residenziale e ragazzi che seguono una terapia intensiva a domicilio: la propensity score analysis*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Stati Uniti

**Servizi di pronto intervento per i caregiver in diverse aree dell'Illinois**

Susan Cole, Pedro Hernandez

**Criteri di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale*

Lo studio considera i dati sulle caratteristiche di tutte le famiglie che accedono ai servizi di pronto intervento in Illinois, delle famiglie che restituiscono un feedback sugli effetti del servizio ricevuto e le caratteristiche correlate ai principali effetti positivi legati all'uso dei servizi di pronto intervento. Vengono anche illustrati i possibili sviluppi del pronto intervento per l'infanzia.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Benchè i servizi di pronto intervento in area infanzia siano stati sviluppati nei primi anni '70 per prevenire l'allontanamento dalla famiglia, la valutazione dei loro effetti sulle famiglie e i bambini con problemi specifici è stata piuttosto scarsa. Il numero ridotto di studi sui servizi di emergenza per le famiglie sotto stress (come i servizi di pronto intervento per l'infanzia) hanno mostrato gli effetti benefici sulle percezioni dei caregiver riguardanti la sicurezza dei bambini e la prevenzione dell'allontanamento dalla famiglia (Cole S. e altri, 2005).

Uno studio dell'ARCH National Respite Network (2006) ha mostrato che le famiglie utenti dei servizi di pronto intervento in California avevano più richieste, ma i casi di abuso e trascuratezza accertati erano inferiori rispetto ad aree in cui le famiglie non avevano usufruito di questi servizi.

*Metodologie di intervento adottate*

Sono stati utilizzati dati amministrativi raccolti regolarmente da 5 servizi di pronto intervento per l'infanzia nell'Illinois centrale e settentrionale e segnalati al Dipartimento dei Servizi alla persona (IDHS). Sono state fatte le analisi per verificare gli effetti di questi servizi sui loro utenti, rappresentati da caregiver "single".

Sono state inoltre analizzate le caratteristiche dei principali caregiver (genitori, nonni, genitori adottivi) e dei bambini utenti per identificare i tratti delle famiglie che hanno riferito i migliori effetti rilevati da questi servizi nell'anno 2005.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

I risultati indicano che i caregiver hanno ottenuto miglioramenti per quanto riguarda lo stress, il rischio di abuso e le abilità genitoriali dopo aver ricevuto i servizi.

I servizi di pronto intervento per le famiglie hanno effetti positivi sulle vite dei nuclei con bambini piccoli, come riportato dagli utenti di questi servizi. Essi forniscono supporto alle famiglie quando ne hanno maggiormente bisogno. Pochi altri servizi disponibili per le giovani famiglie sono gratuiti e di pronto intervento.

Questo studio, che è stato il primo a esaminare gli esiti dei servizi di pronto intervento sui singoli caregiver in Illinois, ne ha evidenziato il positivo supporto. Infatti, i risultati hanno mostrato che questi servizi, oltre a essere disponibili quando le famiglie ne necessitano maggiormente, forniscono supporto anche alle situazioni più a rischio.

*Riferimenti bibliografici*

ARCH National Respite Network and Resource Center (2006). *ARCH 5.2*. Chapel Hill: ARCH National Respite Network and Resource Center, Chapel Hill Training Project, Inc.

Cole S.A., Wehrmann K.C., Dewar G., Swinford L. (2005), *Crisis nurseries: A vital component in the system of care for families and children*. Children and Youth Services Review, 27, 995-1000.

Stati Uniti

**Quanto efficace è la valutazione della violenza domestica tra coniugi nel proteggere i minori a rischio? Un confronto transnazionale**

Mary Ann Forgey, Mary Allen, Johna Hansen

**Criteri di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale*

Gli operatori dei servizi per l'infanzia di molti Paesi hanno oggi una maggiore responsabilità nell'includere la violenza domestica come parte della loro valutazione sui rischi per i bambini. Questo ampliamento di responsabilità risponde all'evidenza di un'elevata correlazione tra i livelli di abuso/trascuratezza sui bambini e di violenza domestica, oltre che alle crescenti evidenze di sofferenza emotiva inflitta ai bambini che sono stati testimoni di questo tipo di violenza (Edelson J., 1999; O'Leary K.D. e altri, 2000). Malgrado la vasta letteratura sui metodi, i fattori di rischio e le conseguenze della violenza domestica, che va integrata con la sua valutazione (Forgey M.A., 1999), non si sa fino a che punto gli operatori dei servizi per l'infanzia stiano utilizzando queste conoscenze per affrontare la violenza domestica e più in generale la valutazione del rischio. Data l'accresciuta responsabilità, diventa una questione cruciale comprendere la "base di efficacia" delle valutazioni fatte dagli operatori.

*Metodologie di intervento adottate*

Lo studio transnazionale (Forgey M.A., Allen M., Hansen J., 2008) indaga quanto gli operatori dei servizi all'infanzia di front-line stiano mettendo insieme l'attuale conoscenza sulla violenza domestica con il processo di valutazione del rischio per i bambini. Lo studio ha utilizzato un gruppo focus guidato dai ricercatori: sono stati condotti 5 gruppi focus, due a New York City, due a Yonkers (NY) e uno a Dublino. Ai partecipanti è stato chiesto quali aree ritenevano critiche ai fini della valutazione sulla violenza domestica, i motivi, le modalità di analisi e il ruolo che queste informazioni avevano nella loro descrizione del caso e nel processo di progettazione dell'intervento. È stata esaminata anche la conoscenza su questi argomenti, sui fattori di rischio e sulle conseguenze della mancata considerazione della violenza domestica nel processo valutativo, assieme al motivo per cui gli operatori l'hanno invece considerata.

*Risultati ottenuti e se documentati, gli indici di efficacia*

I risultati preliminari ottenuti dal gruppo focus dell'Irlanda e di New York hanno indicato che la violenza domestica veniva analizzata, ma la conoscenza esplicita sui modelli di violenza, le conseguenze o i fattori di rischio/protezione non rappresentava il contenuto principale del processo di valutazione. Inoltre, gli strumenti standardizzati per la valutazione del rischio, quali le scale o gli indici, non sono stati citati da nessuno dei partecipanti come metodi per la raccolta dei dati. Il contenuto analizzato dal gruppo irlandese MSW e da quello di Yonkers risultava maggiormente influenzato dalla ricerca rispetto agli altri gruppi, ma solo in parte. Sia il gruppo irlandese, sia quello di Yonkers indicano che la ricerca può aiutare nel valutare: la gravità della violenza domestica, inclusa la dimensione dei danni subiti; l'entità della violenza vissuta nella famiglia di origine; i segnali e i sintomi di impatto emotivo manifestati dai bambini che sono stati testimoni.

Nel processo di valutazione del rischio per i bambini, la maggiore influenza relativa ai contenuti della violenza domestica deriva dal buon senso dettato dalla pratica, piuttosto che dalla ricerca. Tuttavia, il fatto di basarsi così fortemente sulla sola esperienza pratica per definire cosa analizzare potrebbe spiegare perché alcune aree di ricerca chiave – ad esempio l'abuso sessuale e la gestione della violenza domestica (unilaterale vs bidirezionale) – non vengano analizzate quotidianamente come elementi del processo di valutazione del rischio.

Altre influenze individuate dai focus includono gli statuti e/o i regolamenti, la laurea, il



contesto personale/culturale, il contesto socio-politico e la cultura organizzativa.

I risultati di questo studio hanno permesso una maggiore comprensione della prospettiva degli operatori sulla realtà del processo di trasferimento dalla ricerca alla pratica e delle altre influenze che sembrano guidare la valutazione di rischio per i bambini testimoni di violenza domestica.

**Fattori di successo e insuccesso** *Per la politica:* al fine di favorire il passaggio dalla ricerca alla pratica, va compreso come le influenze identificate possono sostenere o impedire questo trasferimento.

L'implementazione positiva delle strategie e degli strumenti per rafforzare il passaggio dalla ricerca alla pratica nel processo valutativo (ad esempio i protocolli/le linee guida su base di efficacia, utilizzo di strumenti standardizzati) richiede lo sviluppo di strategie che ben si adattino alla particolare cornice di operatività dell'ente.

*Per gli operatori:* una comprensione più consapevole della loro cornice di riferimento e di quanto la conoscenza derivata dalla ricerca influenzi il loro processo costituisce un primo passo cruciale nel rafforzamento del passaggio tra ricerca e pratica.

*Per la ricerca:* è necessario verificare la "struttura di influenza" individuata in questo studio. È necessaria una maggiore conoscenza sul modo in cui la "struttura di influenza" potrebbe variare nei diversi contesti di lavoro e sulle implicazioni di queste variazioni nel processo di trasferimento dalla ricerca alla pratica.

**Riferimenti bibliografici** Forgey M.A. (1999), *Social work assessment in intimate partner violence; Integrating the empirical knowledge base*. Journal of Applied Social Sciences, 24, (1) 3-16.

Forgey M.A., Allen M., Hansen J. (2008), *Quanto efficace è la valutazione della violenza domestica tra coniugi nel proteggere i minori a rischio? Un confronto transnazionale*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Edelson J. (1999), *Children's witnessing of adult domestic violence*. Journal of Interpersonal Violence, 14(5) 839-870.

O'Leary K.D., Smith Slep A.M., O'Leary S. (2000), *Co-occurrence of partner and parent aggression: Research and treatment implications*. Behavior Therapy, 31, 631-648.

Stati Uniti

**Prevenzione dell'abuso a livello comunitario. Esiti associati a un programma di risposta differenziale in California**

**Criteri di analisi** Amy Conley, Jill Duerr Berrick

**Contesto istituzionale e culturale** Il sistema di welfare negli Stati Uniti interviene solamente nei casi di maltrattamento evidente e grave. Le famiglie che hanno bisogno di aiuto, ma che non hanno tuttavia raggiunto un livello critico, vengono escluse dalla maggior parte dei servizi di supporto familiare erogati dallo Stato. Tuttavia, sta emergendo un sistema complementare per tutelare il benessere dei bambini (Conley A., Duerr Berrick J., 2008). Con un approccio chiamato "risposta differenziale" (DR), le famiglie valutate a basso o moderato rischio di abuso dei bambini sono segnalate a enti che, su base comunitaria, offrono servizi di assistenza e a domicilio. Dal 2003 più di 20 Stati (U.S. Department of Health and Human Services, 2003) e un certo numero di Paesi, inclusi l'Australia, la Nuova Zelanda, l'Irlanda e il Canada (Connolly M., 2005), stanno mettendo in pratica scelte orientate a questo approccio. Rispondendo precocemente ai bisogni, piuttosto che aspettare il punto critico, la sequenza di abusi psicologici, cognitivi e biologici può essere potenzialmente

	evitata e la famiglia può restare integra.
<i>Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi</i>	La pubblicazione descrive lo studio pilota realizzato nella contea di Alameda in California e chiamato "Another Road to Safety" (ARS). Questo programma offre servizi alle famiglie che rispondono ai seguenti criteri: non incluse nelle indagini tradizionali; figli di età compresa tra 0 e 5 anni o una madre incinta a casa; residenza in certe aree designate, con alti tassi di segnalazione per maltrattamento su bambini. Gli utenti ARS ricevono fino a 9 mesi di visite intensive a domicilio e sono presi in carico. L'obiettivo globale di ARS è di promuovere la sicurezza della famiglia e di prevenire futuri maltrattamenti sui bambini.
<i>Criteri di accesso ai servizi</i>	Le famiglie devono rispondere ai criteri di inclusione definiti dal programma.
<i>Metodologie di intervento adottate</i>	È stato utilizzato un disegno di ricerca con metodi misti: interviste con i dirigenti, gruppi focus con il personale e interviste telefoniche con utenti in carico per esplorare le loro esperienze e il loro grado di soddisfazione in merito ai servizi. È stata inoltre utilizzata una componente descrittiva e una analitica. Durante le interviste telefoniche, gli utenti sono stati interrogati in merito ai loro bisogni di servizi e al fatto che questi fossero disponibili nella loro comunità locale. Con gli utenti è stato utilizzato un disegno quasi sperimentale con un gruppo di trattamento (N=250) che ha completato il ciclo di servizi previsti e un gruppo di confronto costruito con tutte le famiglie che avevano segnalato casi di maltrattamento nello stesso periodo di tempo e che erano risultate idonee ai servizi, ma non erano state inserite nel programma perché troppo numerose (N=600).
<i>Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia</i>	Gli autori mettono in luce l'importanza di costruire i servizi appropriati al contesto della comunità e di creare collaborazioni tra operatori, utenti e comunità, al fine di assicurare risultati positivi per i bambini e le famiglie. L'analisi geografica con il GIS sui servizi territoriali ha rilevato differenze tra le aree coinvolte nel progetto, con significative conseguenze sulla capacità degli operatori di rispondere ai bisogni degli utenti. L'analisi preliminare sui dati quantitativi dei risultati suggerisce che è meno probabile che le famiglie che completano il trattamento siano segnalate nuovamente per maltrattamenti sui bambini.
<i>Fattori di successo e insuccesso</i>	Contrariamente ad altri studi pubblicati che utilizzano questo metodo, questo studio integra l'esame dei risultati con un focus sul contesto della comunità e le esperienze degli operatori. Inoltre, un elemento fondamentale di questo modello è il collegamento delle famiglie alle risorse locali. La capacità degli enti di creare collegamenti con altri servizi e aree vicine è un elemento chiave del successo del programma.
<i>Riferimenti bibliografici</i>	Conley A., Duerr Berrick J. (2008), <i>Prevenzione dell'abuso a livello comunitario. Esiti associati a un programma di risposta differenziale in California</i> , in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), <i>Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà</i> , Fondazione Zancan, Padova. Connolly M. (2005), <i>Differential responses in child care and protection: Innovative approaches in family-centered practice</i> [Special Edition: Differential response in child welfare]. <i>Protecting Children</i> , 20 (2 & 3), 8-20. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families/Children's Bureau and Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (2003), <i>National study of child protective services systems and reform efforts: Review of state CPS policy</i> (Washington, DC: U.S. Government Printing Office).

Stati Uniti

**Coinvolgere i genitori naturali nei servizi per l'infanzia: strategie efficaci e opportunità politiche**

Susan P. Kemp, Maureen O. Marcenko, William Vesneski

<b>Criteri di analisi</b>	
<i>Contesto istituzionale e culturale</i>	Lo scarso livello di coinvolgimento dei genitori nei servizi è fonte di preoccupazione tra gli operatori nel campo delle politiche sociali (Altman J.C., 2005). Accade anche che le famiglie di colore ricevano e utilizzino meno servizi dal sistema di welfare rispetto alle altre famiglie.
<i>Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi</i>	La ricerca su questi temi è limitata, ma alcuni studi hanno mostrato che vi sono benefici quando i genitori maltrattanti prendono parte ai trattamenti insieme ai loro figli, oltre a una minore percentuale di recidività negli abusi. Anche quando la riunificazione è improbabile, le ricerche sul sostegno dato alle relazioni tra genitori e famiglia di bambini di colore sottolineano l'importanza del coinvolgimento della famiglia in termini di benessere a lungo termine del bambino. Gli autori (Kemp S.P., Marcenko M.O., Vesneski W., 2008) presentano un modello concettuale finalizzato al coinvolgimento dei genitori nei servizi.
<i>Metodologie di intervento adottate</i>	Il metodo prevede due azioni principali. Per prima cosa, ridefinisce i concetti tradizionali legati al coinvolgimento genitoriale e, in secondo luogo, identifica 6 domini chiave di intervento e le relative strategie, con la possibilità di aumentare il coinvolgimento dei genitori.
<i>Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia</i>	L'analisi indica che le strategie di intervento collegate a queste due dimensioni dovrebbero essere combinate e suddivise in fasi, a seconda dei bisogni dei genitori e dello stadio di coinvolgimento nei servizi. I modelli più promettenti su base empirica nei servizi di salute mentale, ad esempio, includono interventi telefonici di tipo intensivo per abbattere barriere pratiche, culturali e psicologiche al coinvolgimento (McKay M.M., Bannon W.M., 2004) e interventi di coinvolgimento in incontri progettati per ridurre sentimenti/atteggiamenti di ambivalenza (Swartz H.A. e altri, 2007). Per rispondere ai bisogni di competenza e di supporto dei genitori, il "Parent Empowerment" e l'"Engagement Family Advocacy Model" (PEP), che integrano le strategie di coinvolgimento familiare e le tecniche di empowerment, mostrano risultati positivi nell'aumentare le capacità collaborative dei genitori e l'auto-efficacia dei servizi.
<i>Fattori di successo e insuccesso</i>	Gli autori raccomandano di considerare il coinvolgimento non come una questione singola, ma come un approccio differenziato, basato sulle evidenze emergenti e sull'inserimento di strategie che vanno dagli interventi intensivi per aumentare il coinvolgimento, alle relazioni di lungo termine che mirano a sostenere il coinvolgimento e l'evoluzione verso esiti positivi permanenti.
<i>Riferimenti bibliografici</i>	Altman J.C. (2005), <i>Engagement in children, youth and family services: Current research and promising approaches</i> , in G. Mallon, P. Hess (Eds.), <i>Child Welfare for the Twenty-First Century: A Handbook of Practices, Policies and Programs</i> (pp. 72-86). New York, Columbia University Press. Kemp S.P., Marcenko M.O., Vesneski W. (2008), <i>Coinvolgere i genitori naturali nei servizi per l'infanzia: strategie efficaci e opportunità politiche</i> , in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), <i>Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà</i> , Fondazione Zancan, Padova. McKay M.M., Bannon W.M. (2004), <i>Engaging families in child mental health services</i> . <i>Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America</i> , 13(4), 553-566.

Swartz H.A. et al. (2007), *Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques from motivational interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation*. Professional Psychology: Research and practice, 38(4), 430-439.

Stati Uniti

### **Implementazione transnazionale del modello Homebuilders®.**

#### **Esperienze, sfide ed esiti**

Shelley Leavitt, Charlotte Booth

#### **Criteri di analisi**

*Contesto istituzionale e culturale*

Negli ultimi 20 anni, negli Stati Uniti e in altri Paesi si è assistito a un crescente interesse per gli interventi che cercano di sostenere le famiglie e di prevenire l'allontanamento dei loro figli (Leavitt S., Booth C., 2008). Homebuilders® è un programma domiciliare intensivo progettato per tutelare i bambini, prevenire il loro allontanamento e riunificarli alla famiglia dopo un periodo in affidamento, in assistenza gruppale, in istituti di cura o in strutture a carattere detentivo.

*Caratteristica e natura delle politiche e degli interventi/servizi*

Le famiglie inserite nel programma Homebuilders hanno figli (0-18 anni) a rischio imminente di allontanamento o bambini già assistiti all'esterno che non possono rientrare in famiglia se non con un'erogazione intensiva di servizi. I loro problemi comprendono abuso, abbandono, conflitti familiari, delinquenza, abuso di sostanze e/o problemi di salute mentale.

*Metodologie di intervento adottate*

Il modello Homebuilders utilizza un approccio "olistico" e offre interventi per situazioni di crisi, consulenza, costruzione delle abilità, di tipo comportamentale e cognitivo, strategie motivazionali, risposte ai bisogni primari. I servizi vengono erogati alle famiglie nelle loro case per un periodo di 4-6 settimane, con 40 e più ore di contatto personalizzato. I terapeuti di Homebuilders lavorano contemporaneamente con 2-3 famiglie e sono disponibili 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, nei tempi più convenienti per le famiglie, quando e dove si manifestano i problemi. L'"Institute for Family Development", ente non profit nello stato di Washington, è un'organizzazione collegata ad Homebuilders. I programmi basati su questo modello sono diffusi in tutti gli Stati Uniti e in altri 9 Paesi.

*Risultati ottenuti e, se documentati, gli indici di efficacia*

Nel 2006 è stata condotta dal Washington State Institute for Public Policy una "meta analisi" su tutte le valutazioni degli "Intensive Family Preservation Services", cioè dei servizi di tipo intensivo per preservare l'integrità della famiglia. Dopo aver selezionato gli studi sulla base della loro "fedeltà" al modello Homebuilders, l'analisi ha trovato che "i programmi con un'evidente fedeltà al modello mostravano una significativa riduzione degli allontanamenti dalla famiglia e anche una conseguente significativa riduzione delle segnalazioni ufficiali di abuso e abbandono. I programmi diversi da Homebuilders non hanno effetti significativi su queste segnalazioni" (WSIPP, 2006). I programmi con una bassa conformità a questo modello non hanno prodotto alcun risultato significativo sugli allontanamenti e sulla spesa.

Le valutazioni fatte in Olanda, in Belgio e nel Regno Unito hanno anche messo in evidenza elevati tassi di prevenzione del collocamento e positivi cambiamenti nel funzionamento della famiglia (Veermam J.W. e altri, 2003; Van Puyenbroeck H. e altri, 2007; Andrews P., 2004, 2007).

**Fattori di successo e insuccesso** Gli autori risortrano nell'implementazione del modello Homebuilders in diversi Paesi un'opportunità per esaminare questioni correlate alla realizzazione di programmi "evidenced based" tra Paesi. La ricerca transnazionale, che utilizza la stessa conformità al programma e le stesse misure di esito, potrà produrre informazioni e conoscenze importanti per il trasferimento del modello nei diversi Paesi.

**Costi sostenuti** L'analisi ha indicato che i programmi altamente conformi al modello Homebuilders riducono in modo significativo il numero di collocamenti all'esterno della famiglia e, conseguentemente, l'abuso e l'abbandono. Si stima che producano benefici pari a \$ 2,54 per ogni dollaro di spesa.

**Riferimenti bibliografici** Andrews P. (2004). *The heart of the family*. Community Care, 34-35.  
Andrews P. (2007). *The Homebuilders model in England*. Unpublished paper.  
Leavitt S., Booth C. (2008), *Implementazione transnazionale del modello Homebuilders®. Esperienze, sfide ed esiti*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.  
Van Puyenbroeck H., Loots G., Grieten H., Jacquet W. (2007), *Crisishulp aan Huis Vlaanderen: Een uitkomstondervoeek*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46, pp. 78-89.  
Veerman J.W., De Kemp R.A., Ten Brink L.T., Slot N.W., Scholte E.M. (2003), *The implementation of Families First in the Netherlands: A one year follow-up*. Child Psychiatry and Human Development, 33(3), pp. 227-243.  
Washington State Institute for Public Policy (2006), *Intensive family preservation programs: Program fidelity influences effectiveness*. [www.wsipp.wa.gov](http://www.wsipp.wa.gov)

## PROGRAMMI DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE E PREVENZIONE DEGLI ALLONTANAMENTI

Nella sezione precedente sono stati descritti i risultati relativi all'applicazione di alcuni programmi di sostegno genitoriale e di prevenzione dell'allontanamento. Di seguito diamo una sintesi della letteratura su questi programmi, basata soprattutto su esperienze americane o anglosassoni.

Per ogni unità di analisi vengono sintetizzate alcune caratteristiche, quali popolazione di riferimento, obiettivi, riferimenti teorici, formato, trasferibilità, esiti misurati, evidenze sull'efficacia del programma. Il livello di dettaglio non è disponibile per tutti i programmi considerati, perché alcuni studi valutativi sono ancora in corso.

Analisi dei programmi esistenti

### Triple P: Positive Parenting Programme

**Popolazione target:** genitori e bambini/ragazzi preadolescenti (0-12 anni) con problemi di comportamento.

**Obiettivo:** il programma ha l'obiettivo di prevenire lo sviluppo di gravi problemi emotivi e comportamentali nei bambini/ragazzi, aumentando la capacità, l'autostima, l'autonomia, le potenzialità genitoriali e cercando di ottenere un ambiente familiare non violento, con bassi conflitti, offrendo un sostegno emotivo, sociale, intellettuale e comportamentale ai loro figli (Sanders M.R. e altri, 1996; Sanders M.R., 1999).

**Riferimenti teorici:** Triple P è stato sviluppato all'inizio degli anni '80 e si fonda sulla teoria dell'apprendimento, sull'analisi del comportamento, su modelli di sviluppo della competenza sociale dei bambini e sulla ricerca sulla psicopatologia dello sviluppo. Modelli di attaccamento incerti, severità, rigidità, mancanza di disciplina, inadeguata supervisione dei figli, conflitti di coppia e rotture, psicopatologia genitoriale sono considerati i principali fattori di rischio di sviluppo delle difficoltà comportamentali nei bambini (Sanders M.R., 1999).

**Formato:** Triple P è un intervento di prevenzione multilivello e multidisciplinare applicato alle famiglie e progettato per raggiungerle attraverso diversi livelli e tipologie di sostegno ai bisogni. La portata di Triple P è variabile: può rivolgersi all'intera popolazione, oppure focalizzarsi solamente su bambini "a rischio", al fine di dare l'intervento minimo necessario richiesto dalle famiglie per prevenire lo sviluppo di problemi più gravi nel bambino (Sanders M.R., 1999). La "forza" o il "dosaggio" dell'intervento è determinato dalla gravità (valutata) dei problemi comportamentali dei bambini/ragazzi e comprende:

- **livello 1:** campagne rivolte alla popolazione in generale e a tutte le famiglie, incluso materiale scritto per l'auto-aiuto (letture e compiti per casa), con nessun contatto con operatori;
- **livello 2:** materiali scritti e brevi consulenze telefoniche mirate ad affrontare comportamenti difficili dei bambini/ragazzi;

Programma con target generale e target specifico

- **livello 3:** materiali scritti e formazione attiva (incluso addestramento, modelli, gioco dei ruoli e feedback);
- **livello 4:** materiali scritti, formazione, sostegno (include tutte le componenti del livello 3 e visite domiciliari per aiutare a trasferire le capacità acquisite);
- **livello 5:** intervento familiare “avanzato”, che include formazione intensiva del comportamento genitoriale e lavoro terapeutico su particolari aree di disagio familiare.

Il programma Triple P pone l'accento sullo sviluppo dell'autodeterminazione del genitore come competenza principale. In specifico, il programma si focalizza sullo sviluppo dell'autosufficienza, autoefficacia e autogestione delle capacità (monitoraggio, determinazione, valutazione e selezione delle strategie di cambiamento) e dell'empowerment personale. Queste capacità sono considerate necessarie per raggiungere i principi chiave di una genitorialità positiva: l'abilità di provvedere ad adeguata supervisione e monitoraggio, facilitare l'apprendimento del bambino, utilizzare pratiche coerenti e assertive piuttosto che punitive, avere attese realistiche e appropriate allo stadio di sviluppo dei bambini, assicurare la capacità di prendersi cura autonomamente dei figli (compreso il miglioramento della comunicazione tra coniugi e strategie di riduzione dello stress).

Principi chiave per una genitorialità positiva

**Trasferibilità/applicabilità del programma:** Triple P è stato utilizzato su diverse popolazioni, ad esempio madri depresse, bambine con problemi oppositivi. Tuttavia non ci sono abbastanza evidenze per la trasferibilità transnazionale di Triple P.

**Outcome:** le competenze genitoriali e il comportamento del bambino sono gli esiti chiave. Tuttavia, outcome specifici variano in funzione del livello erogato. Ad esempio, livello 1: comportamento del bambino non problematico (come imparare a lavarsi, a vestirsi); livello 2: specifici problemi comportamentali (succhiarsi il pollice); livello 3: problemi comportamentali meno specifici, più gravi (problemi durante i pasti o notturni); livello 4: disturbi comportamentali, incluso il disturbo di comportamento, il comportamento oppositivo o aggressivo; livello 5: problemi gravi e duraturi, sia nei genitori, sia nei figli.

**Efficacia:** sono state fatte alcune valutazioni indipendenti di Triple P e gli studi sono diversi per quanto riguarda il loro rigore metodologico. Tuttavia, le prove di efficacia disponibili indicano che il programma è efficace nell'aumentare la competenza genitoriale e nel diminuire il comportamento disturbato, le difficoltà di attenzione e l'iperattività (in popolazioni specifiche, oppure in generale).

## Multi-systemic Treatment (MST)

**Popolazione target:** famiglie con bambini e adolescenti che mostrano comportamento antisociale (incluso comportamento antisociale grave/estremo); bambini/ragazzi a rischio di allontanamento dalla famiglia (assistenza residenziale, collocamento in strutture psichiatriche, unità correttive).

**Obiettivo:** migliorare il funzionamento della famiglia (stile genitoriale, relazioni familiari) e ridurre il comportamento antisociale del bambino.

**Riferimenti teorici:** MST si basa su un'ampia letteratura che dimostra che il comportamento antisociale è determinato da una pluralità di cause (Henggeler S.W. e altri, 1998). La teoria dei sistemi e dell'ecologia sociale di Bronfenbrenner offrono una base per comprendere le cause molteplici, simultanee, interrelate, reciproche e mutuamente influenti del comportamento antisociale (Henggeler S.W. e altri, 1998). La teoria dei sistemi si focalizza sui sistemi familiari, spostando l'enfasi dei trattamenti dal singolo bambino o dai problemi del genitore al riconoscimento del ruolo delle reciproche influenze di contesto e interpersonali nello sviluppo e nel mantenimento di modelli di comportamento negativi o distruttivi. La teoria dell'ecologia sociale riconosce che lo sviluppo viene determinato dagli scambi reciproci tra la persona e la moltitudine dei sistemi in cui è inserita, inclusi i contesti come la casa, la scuola o il lavoro, il vicinato ecc. Lo sviluppo della persona diventa il risultato di uno scambio reciproco sempre più complesso (che può essere diretto o indiretto) tra la persona e il "layers" del suo ambiente (Henggeler S.W. e altri, 1998). Inoltre, MST si basa anche sulla formazione comportamentale del genitore e riprende aspetti della terapia cognitivo comportamentale.

**Formato:** MST è un intervento globale, flessibile e personalizzato rivolto alla famiglia per il trattamento di comportamenti antisociali clinicamente significativi in bambini o in ragazzi (quelli che, probabilmente, potrebbero avere una diagnosi psichiatrica di disturbo della condotta o di comportamento oppositivo, oppure che potrebbero essere etichettati come "delinquenti" dal sistema giudiziario minorile). MST si basa su 9 principi, che sono messi in pratica in accordo ai bisogni specifici e alle condizioni di ogni sistema familiare:

1. utilizzo della valutazione (o costruzione di ipotesi e loro test) per comprendere l'adattamento tra problemi individuati (ad esempio, aggressività, delinquenza) e contesti sistemici più ampi (ad esempio, abuso di sostanze da parte della madre, conflitto di coppia, scarso monitoraggio da parte dei genitori, scarsi legami tra scuola e famiglia);
2. i terapisti enfatizzano le potenzialità e utilizzano le forze della famiglia come leve per il cambiamento;
3. gli interventi sono progettati per promuovere un comportamento responsabile e una diminuzione dell'irresponsabilità tra i membri della famiglia;
4. gli interventi sono centrati sul presente (focalizzati sulle contingenze attuali per il comportamento negativo) e orientati all'azione (promozione di cambiamenti positivi e osservabili nel funzionamento familiare). Sono inoltre centrati su problemi specifici e ben definiti, secondo una definizione chiara e precisa degli obiettivi del trattamento;
5. gli interventi hanno come obiettivo quello di modificare la sequenza di comportamenti che, all'interno o tra sistemi multipli, determinano i problemi principali;

Comportamenti  
anti sociali

Principi del  
programma



6. gli interventi sono appropriati allo stadio di sviluppo e si adattano ai bisogni dei ragazzi;
7. gli interventi richiedono impegno giornaliero o settimanale da parte dei membri della famiglia;
8. l'efficacia viene sempre valutata da diverse prospettive e chi eroga i servizi ha la responsabilità di abbattere le barriere che impediscono il raggiungimento dei risultati;
9. gli interventi sono progettati per promuovere la generalizzabilità del trattamento e per mantenere a lungo termine il cambiamento terapeutico, mettendo in grado i caregiver di riconoscere e rispondere ai bisogni dei membri della famiglia in diversi contesti.

MST viene usualmente erogato da un gruppo formato e supervisionato di terapisti che hanno un carico di casi che va da 4 a 8 famiglie. Di solito l'intervento avviene a domicilio, tuttavia il contesto può cambiare a seconda dei bisogni della famiglia. Il terapeuta è disponibile per la famiglia 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, con un trattamento che gradualmente diminuisce e termina in 3-5 mesi.

Il compito principale del terapeuta è di promuovere l'accesso ai servizi di salute mentale o di altro tipo, nonché di sostenere, guidare e rafforzare i genitori nell'assumere maggiore responsabilità (aspetto fondamentale per il cambiamento terapeutico) (Henggeler S.W. e altri, 1997; Borduin C.M. e altri, 2001).

*Trasferibilità/applicabilità del programma:* la verifica dell'efficacia di MST è stata condotta negli Stati Uniti, dove è stato messo in pratica con successo sia in contesti urbani che rurali.

*Outcome:* comportamento antisociale, attività criminale, abuso di sostanze, psicopatologia genitoriale, relazioni familiari, relazioni tra pari, fallimento scolastico, collocamenti all'esterno della famiglia, occupazione futura.

*Efficacia:* trattamento efficace a domicilio per gravi comportamenti antisociali. La maggior parte degli studi che valutano l'efficacia di MST sono studi randomizzati controllati che comprendono giovani delinquenti, genitori maltrattanti. L'efficacia di MST è stata dimostrata nel ridurre: i problemi di comportamento (in particolare aggressione e delinquenza), l'associazione con pari devianti, la recidività, i tassi di arresto, la delinquenza tra fratelli, il tempo passato in carcere. Inoltre, MST si è mostrato efficace nel migliorare le relazioni familiari (Henggeler S.W. e altri, 1998; Borduin C.M. e altri, 2001). Infine, l'analisi costo-benefici indica che MST è un intervento con un alto tasso costo-efficacia (Henggeler S.W. e altri, 1998; Borduin C.M. e altri, 2001).

I professionisti impegnati nel programma

## Webster-Stratton

**Popolazione target:** Genitori e insegnanti di bambini tra 2 e 10 anni senza problemi di comportamento clinicamente significativi, o a rischio di sviluppo di problemi di comportamento; genitori di bambini di età tra 3 e 10 anni con problemi di condotta; insegnanti di scuola dell'infanzia e scuola elementare di bambini con problemi di condotta; genitori a rischio di abuso e/o maltrattamento dei figli (Webster-Stratton C., 2001).

**Obiettivo:** prevenire, ridurre e trattare i problemi di aggressività e di condotta nei bambini e aumentare la loro competenza sociale. Obiettivi aggiuntivi includono la promozione delle competenze genitoriali e l'aumento di collegamenti casa-scuola.

**Riferimenti teorici:** il comportamento è influenzato da diversi stimoli e le risposte a questi stimoli sono la base della formazione della genitorialità (Kazdin A.E., 1997). Più specificatamente, quest'ultima si basa sulla ricerca degli effetti delle pratiche "disciplinari" dei genitori sul comportamento aggressivo del bambino. I programmi Webster-Stratton si basano sulla teoria che afferma che i cosiddetti "comportamenti coercitivi" (così come i comportamenti punitivi, severi o critici di genitori e insegnanti) contribuiscono al rafforzamento negativo e sviluppano e mantengono il comportamento deviante del bambino.

I fattori di rischio per i problemi comportamentali precoci sono molteplici, interattivi e cumulativi. L'aggressività e il disordine di condotta precoce nei bambini sono stati associati a delinquenza, comportamento antisociale, violenza in adolescenza, abbandono scolastico, depressione e abuso di sostanze. I fattori protettivi comprendono le capacità genitoriali e di insegnamento, il coinvolgimento della scuola e di altri sistemi di sostegno potenziale, la competenza sociale del bambino e il rendimento scolastico.

**Formato:** i programmi Webster-Stratton sono un insieme di interventi che utilizzano le videoregistrazioni, le discussioni di gruppo, i giochi di ruolo, le tecniche di narrazione, i compiti per casa e le chiamate telefoniche di supporto per prevenire, ridurre e trattare i problemi di condotta e aumentare la competenza sociale dei bambini. I programmi sono stati rivisti per facilitare lo sviluppo della rete di sostegno sociale e promuovere più forti legami tra scuola e casa (Webster-Stratton C., 2001).

**Programmi di formazione dei genitori:** comprende la serie "Incredible Years *basic* parent training series" (10 videocassette/250 videovignette), che insegna ai genitori di bambini tra 2 e 7 anni il gioco interattivo e a rinforzare le capacità e le tecniche di disciplina non punitiva, oltre alle strategie di risoluzione dei problemi, per un periodo di 12 settimane. L'"Incredible Years *school age* parent training series" (3 videocassette per genitori di bambini tra 5 e 12 anni) è un programma multiculturale centrato sulla capacità di monitoraggio dei genitori e sul rafforzamento delle loro competenze nella risoluzione dei problemi all'interno del nucleo familiare. L'"Incredible Years *advance* parent training series" (6 videocassette) è un supplemento di 10 - 12 settimane, in aggiunta al programma *basic*, che si concentra sui fattori di rischio familiare che includono la depressione, il conflitto coniugale, le scarse capacità di far fronte alle difficoltà o gestire i momenti di rabbia, il sostegno inadeguato. Infine, l'"Incredible Years *supporting your child's education*" (2 videocassette), supplementare al programma *basic*, considera i modi in cui i genitori possono trasferire le competenze ai loro figli, incluso l'aumento della capacità di lettura del bambino e la promozione di forti legami tra casa e scuola.

Programmi  
per insegnanti e  
genitori

Tipologie del  
programma

**Programmi di formazione degli insegnanti:** l'“Incredible Years Teacher Training Programme” è stato progettato per formare gli insegnanti sulle capacità di gestione, nello specifico incoraggiando e motivando gli alunni, attraverso l'uso di incentivi, a rafforzare la competenza sociale, costruire relazioni positive tra pari, ridurre i comportamenti inappropriati, promuovere lo sviluppo di capacità sociali, gestire la rabbia e risolvere i problemi. Le vignette sono utilizzate per stimolare la discussione di gruppo in sessioni di 2 ore per 24 settimane, oppure in laboratori di 6 giorni al mese.

**Programmi di formazione del bambino:** “Dina-dinosaur child training series” insegna ai bambini come fare amicizia, gestire i conflitti, attuare comportamenti appropriati in classe e sviluppare capacità di empatia. Gli strumenti utilizzati consistono in video-registrazioni, giochi di fantasia, marionette, giochi di ruolo, attività pratiche, libri per bambini, tecniche di rinforzo e trasferimento delle capacità acquisite. Le sessioni sono di solito 2-3 volte alla settimana e durano circa 50 minuti.

**Trasferibilità/applicabilità del programma:** una serie di studi con campioni controllati ha mostrato l'efficacia dei programmi Webster-Stratton come trattamento usato in popolazioni specifiche (bambini con diagnosi di disturbo oppositivo e disturbo di condotta) (Webster-Stratton C., Hammond M., 1997; Patterson J. e altri, 2002). Anche le prove di efficacia per interventi preventivi sono ampiamente documentate. In aggiunta, il programma è stato adattato a diversi gruppi culturali (inclusi ispanici, afroamericani, latini) e la sua efficacia è stata dimostrata con diversi studi randomizzati. Gli interventi sono stati realizzati con successo anche negli Stati Uniti, in Canada, in Norvegia e nel Regno Unito.

**Outcome:** problemi di comportamento e problemi di condotta nel bambino, interazione genitore-figli, disciplina punitiva, attitudini parentali, competenza sociale del bambino, abilità di risoluzione dei conflitti (sia nel genitore, sia nel figlio), gestione dei conflitti (si veda, ad esempio, Webster-Stratton C., Hammond M., 1997), coinvolgimento dei genitori nella scuola, stress genitoriale, autostima dei genitori, autoefficacia genitoriale.

**Efficacia:** i programmi Webster-Stratton sono stati valutati molte volte secondo metodi rigorosi di studio (studi controllati randomizzati) che hanno dimostrato l'elevata efficacia per il bambino e il genitore (Webster-Stratton C., 2001). In aggiunta, è stata dimostrata l'efficacia a lungo termine del programma (Webster-Stratton C., Hammond M., 1997; Patterson J. e altri, 2002; Gross D. e altri, 2003).

## Home Start

**Descrizione del programma:** Home-Start è un servizio gestito da volontari che danno aiuto a domicilio a genitori che vivono in situazioni di stress con bambini al di sotto di 5 anni. Il programma è stato sviluppato a Leicester da Margaret Harrison nel 1974. Nel 2003 c'erano 330 progetti in corso in diverse aree dell'Inghilterra e anche in Australia, Canada, Ungheria, Israele, Paesi Bassi e Repubblica d'Irlanda (Home-Start Annual Report, 2003). L'**obiettivo** di Home-Start - che prevede il sostegno, l'amicizia e l'assistenza pratica a famiglie che si trovano in difficoltà - è quello di enfatizzare le forze dei genitori, di promuovere la loro autostima, di incoraggiarli ad ampliare le reti sociali e a utilizzare i servizi presenti nella comunità locale.

In genere i volontari sono essi stessi genitori che frequentano un programma formativo e sono sottoposti a una rigorosa selezione prima di poter offrire servizi di supporto. La popolazione target include genitori con problemi di salute mentale, con disabilità o problemi di salute, famiglie che si spostano di frequente, persone che escono dall'assistenza, famiglie di persone incarcerate, madri adolescenti, padri soli, rifugiati, persone che chiedono asilo politico, famiglie a basso reddito.

Sebbene Home-Start sia stato regolarmente monitorato e valutato, non ci sono ancora molte valutazioni del programma. Le prove di efficacia ricavate da piccoli studi esplorativi indicano che i volontari lavorano in modo efficace con alcune famiglie, anche quelle in gravi difficoltà (Gibbons J., Thorpe S., 1989), mentre un'altra valutazione in Scozia riporta una serie di esiti positivi che comprendono l'aumento della fiducia e dell'autostima da parte dei genitori, la riduzione dei problemi di salute fisica e mentale nei membri della famiglia e la diminuzione dei problemi comportamentali del bambino. Uno studio qualitativo condotto da Frost e altri (1996) ha evidenziato risultati promettenti, incluso il miglioramento della rete sociale, degli atteggiamenti, della percezione e del comportamento genitoriale. Uno studio su Home-Start finanziato dalla Joseph Rowntree Foundation ha impostato valutazioni delle famiglie pre- e post- intervento e un gruppo di controllo. Lo studio analizza costi ed esiti in termini di salute mentale della madre, stress genitoriale, sostegno sociale e autostima della madre, sviluppo del bambino.

Una rassegna di metodi è stata fatta da Boddy e colleghi (2008) per considerare le politiche, le competenze e le prassi professionali relative al sostegno erogato ai ragazzi di età 10-15 anni e alle loro famiglie nel momento in cui diventa necessario l'allontanamento. Il documento "Care Matters Green Paper" del Dcsf ha coniato - per questo gruppo di utenti - la parola "at the edge of care", per indicare che si tratta di persone al limite dell'assistenza. La ricerca ha considerato le politiche e le prassi in uso in 4 Paesi: Inghilterra, Danimarca, Francia e Germania, con l'obiettivo di conoscere quanto accade nelle altre realtà per poi proporre nuove soluzioni al governo inglese. Il tema della ricerca ha un focus diverso rispetto all'obiettivo di questo studio, tuttavia nelle conclusioni sono stati evidenziati alcuni elementi che è utile tenere a mente:

- raccomandazione 1: rinforzare ed estendere la composizione professionale dei gruppi di lavoro già operanti, soprattutto per aumentare la capacità di attivare interventi sia per i ragazzi, sia per le loro famiglie. La ricerca ha evidenziato, in particolare, la pedagogia sociale come competenza da includere per lavorare

Il sostegno del volontariato

La valutazione del programma

Ragazzi al limite dell'assistenza

Competenze: pedagogia sociale e psicologia

con ragazzi e famiglie, e la psicologia, soprattutto per interventi con bambini e adolescenti con problemi di salute mentale;

- raccomandazione 2: rivedere i tempi dei percorsi di assistenza in modo da assicurare il coinvolgimento dei ragazzi e dei genitori nel processo, per avere il loro consenso nel momento della separazione e per attivare un collocamento appropriato per il ragazzo e la famiglia;
- raccomandazione 3: le politiche devono dare priorità allo sviluppo di diversi modelli di assistenza, in modo da poter offrire servizi diversi che rispondono all'eterogeneità della popolazione, considerando non solo l'età, ma anche la storia pregressa di assistenza e le cause del bisogno. Questi servizi possono essere: sistemazioni a breve termine e part-time, che comprendono accesso in emergenza e servizi di sollievo, oppure servizi residenziali e affidamento secondo approcci differenti. In particolare, lo sviluppo dei servizi per questa categoria di ragazzi dovrebbe tener conto del fatto che l'allontanamento dalla famiglia è solo una parte dei servizi erogati.

Si evidenzia la questione dell'inevitabilità – e utilità per ragazzi e famiglie – di un sistema di assistenza “sharp-edged residual care”. In Inghilterra, questo tipo di assistenza è concepito come “ultima spiaggia”, da attuare cioè quando tutte le azioni di prevenzione non hanno ottenuto risultati. Invece, negli altri Paesi considerati dalla ricerca (Danimarca, Francia e Germania), idealmente i bambini vivono e crescono con le loro famiglie e l'allontanamento dalla famiglia viene descritto secondo una prospettiva centrata sui bisogni del bambino e non come ultima possibilità di riuscita dell'intervento. La ricerca inoltre non ha evidenziato soglie di accesso ai servizi più basse rispetto all'Inghilterra. Nei tre Paesi considerati, i modelli diversi di collocamento (inclusa l'assistenza part-time, i servizi di sollievo o altri servizi di questo tipo) rientrano in un continuum di interventi programmati che includono forme di sostegno ai figli e alle loro famiglie.

Secondo questa sistematizzazione, il lavoro con i ragazzi che presentano tali problematiche ha un obiettivo comune (di pedagogia sociale): sostenere la crescita e l'educazione del ragazzo nel senso più ampio del termine.

La ricerca condotta da Moran, Ghate e Van der Merwe (2004) sull'efficacia dei programmi di sostegno alla genitorialità ha considerato quattro categorie:

- ciò che funziona (*what works*);
- ciò che è promettente (*what is promising*);
- ciò che non funziona (*what does not work*);
- esperienze in cui l'efficacia non è ancora conosciuta (*not known*).

Sono state considerate ricerche valutative di tipo sia qualitativo che quantitativo, in modo da fornire una visione globale dell'efficacia dei diversi approcci utilizzati. Sono stati analizzati gli interventi di sostegno ai genitori che mirano a ridurre i rischi e/o promuovere i fattori protettivi per i loro figli, con riferimento al loro benessere sociale (fisico e psichico) e con particolare riferimento a interventi chiamati “mainstream”, ovvero rivolti a risolvere problemi “comuni”, con basso livello di gravità o con un'elevata frequenza. Sulla base dell'analisi di oltre 2.000 articoli e capitoli di volumi pubblicati tra il 1985 e il 2003, gli autori segnalano come utili:

- sia gli interventi precoci, sia quelli tardivi: i primi si dimostrano più duraturi per i bambini; gli altri possono aiutare i genitori in situazione di stress;

Allontanamento  
come ultima  
spiaggia

Cosa funziona nel  
sostegno a fami-  
glie “ordinarie”

- interventi con una forte base teorica e con modelli che possono prevedere i meccanismi di cambiamento: è importante conoscere dove si vuole arrivare e come arrivarci;
- interventi che hanno obiettivi concreti e misurabili all'interno di un obiettivo globale;
- interventi rivolti a tutti (prevenzione primaria nella comunità locale) per dare risposta a bisogni di lieve gravità;
- interventi mirati (rivolti a gruppi specifici di utenti ritenuti a rischio di difficoltà genitoriali) per affrontare bisogni di maggiore gravità;
- interventi che pongono molta attenzione ai fattori che aiutano a “mantenere” e “ingaggiare” i genitori (in attività di tipo pratico, relazionale, culturale ecc.);
- servizi che permettono alle famiglie molteplici vie di accesso;
- interventi che utilizzano più di un metodo (*multi-component*);
- gruppi di lavoro/discussione, in cui le questioni vengono affrontate in pubblico e in cui i genitori possono beneficiare del contatto con altri genitori;
- lavoro con il singolo nel caso di problemi più gravi, o quando non è ancora preparato a lavorare in gruppo;
- interventi erogati da personale adeguatamente formato, sostenuto da una buona organizzazione;
- interventi di durata più lunga – con follow up – per problemi di maggiore gravità e per gruppi di genitori a rischio;
- interventi brevi e “leggeri” per genitori che necessitano di informazioni e orientamento sullo sviluppo e la crescita dei figli;
- interventi di tipo comportamentale, che si focalizzano su specifiche abilità e competenze genitoriali per modificare comportamenti genitoriali più complessi e che hanno un impatto sulla crescita dei figli;
- interventi di tipo cognitivo per modificare credenze, attitudini e autopercezione sulla propria genitorialità;
- interventi che agiscono in parallelo con genitori, famiglie, bambini.

Come abbiamo detto in premessa, sono strumenti approfonditi dalla letteratura anglosassone. Questo ha fatto sì che i programmi fossero molto strutturati e articolati (molti di questi sono chiamati “manualised programmes”). Sulla base di questa constatazione è stata avviata un’analoga ricerca su esperienze non anglosassoni, ad esempio con analisi di buone prassi (Boddy J., 2008). Parallelamente a questo si stanno sviluppando confronti fra Paesi in tema di sostegno alla genitorialità (Berry M., 2007).

Queste esperienze mettono in luce la grande attenzione posta al tema della fragilità familiare e alle possibilità di aiuto da parte dei servizi, ma pongono anche il problema della valutazione delle esperienze, in modo che si possa dire non solo “cosa funziona”, ma anche “per chi funziona” e “a quali condizioni” professionali e di contesto culturale.

## INDICAZIONI DAL GRUPPO DI RICERCA INTERNAZIONALE

Le informazioni raccolte attraverso il gruppo di ricerca internazionale hanno evidenziato tematiche comuni e tematiche specifiche nei diversi Paesi. Relativamente al processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo dalla sua famiglia, si è notato che in tutti i Paesi esso si basa su una valutazione professionale. Di solito questa viene condotta a seguito di una segnalazione o di una diagnosi sul bambino. In alcuni Paesi questo processo è collegato a una normativa specifica; in alternativa sono disponibili linee guida.

In molti Paesi ci sono percorsi di allontanamento che dipendono dal livello di gravità del bambino/ragazzo. Nei casi meno gravi si ricerca il consenso dei genitori. Se il rischio ha carattere di urgenza, il collocamento viene messo subito in atto, di solito a seguito di un'ordinanza del giudice.

Relativamente alla definizione di "bambino a rischio" / "bisogno di servizi integrativi alla famiglia" / "servizi di prevenzione", oppure all'esistenza di una "soglia" per tale decisione, molti Paesi - come Danimarca, Germania, Grecia, Australia e Giappone - evidenziano una carenza di criteri definitivi; altri Paesi come Svezia, Regno Unito, Irlanda, Israele e Slovacchia hanno invece criteri applicabili solo a bambini con molteplici vulnerabilità/bisogni. In **Inghilterra** è in vigore il "Children Act 1989", che alla Section 17 dichiara che il rischio si ha quando: il bambino non arriva a stadi di sviluppo nella salute senza il supporto offerto dai servizi; oppure la salute e lo sviluppo del bambino sono significativamente messi in pericolo senza l'erogazione di servizi; oppure il bambino è disabile. In **Irlanda**, l'"Agenda for Children's Services: A policy handbook" del 2007 indica quattro livelli di servizio in relazione al rischio:

**Livello 1** – Servizi a carattere universale e per lo sviluppo della comunità, disponibili per tutti (bambini e famiglie): le famiglie hanno accesso a servizi quali, ad esempio, il medico di medicina generale, l'infermiere, servizi di prevenzione e promozione della salute, servizi di informazione.

**Livello 2** – Servizi di sostegno per bambini e famiglie in difficoltà: sono richiesti dalla famiglia, ma sono definiti sulla base della valutazione del bisogno e su mandato dell'ente che è responsabile di questi servizi.

**Livello 3** – Servizi per bambini e famiglie con gravi difficoltà, incluso il rischio di danno significativo: in tali interventi l'elemento discrezionale non è opzionale, perché la gravità e le difficoltà della situazione valutata pongono il minore in grave pericolo e il lavoro con la famiglia è disposto per legge dal tribunale.

**Livello 4** – Sostegno e riabilitazione intensiva e di lungo termine: il bisogno all'interno della famiglia è così grave e la capacità di farvi fronte è così debole che un allontanamento di medio o lungo termine può essere l'intervento necessario. In questo caso, i servizi vengono programmati per rispondere ai bisogni di tutela del bambino, ma anche per promuovere il suo benessere e assumere una specifica responsabilità nelle situazioni in cui si valuta un più alto livello di bisogno, ad esempio

Definire  
il bisogno di  
allontanamento

Definire  
il rischio: Irlanda e  
Inghilterra

malattia cronica, disabilità, rifiuto della scuola, devianza, vita senza dimora, isolamento rurale, deficit culturali, povertà.

All'interno delle procedure di tutela sono definite situazioni specifiche di abuso, e, all'interno di queste, è anche precisata una soglia di danno.

Un ulteriore esempio è dato dalla **Francia**, dove tutte le decisioni sono prese sulla base dell'articolo 375 del codice civile: "*Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public*" ("Se la salute, la sicurezza o la moralità di un bambino sono in pericolo, o se le condizioni per la sua educazione o per il suo sviluppo fisico, emotivo, intellettuale e sociale sono seriamente compromesse, possono essere prese misure giuridiche di assistenza educativa da parte del tribunale su richiesta dei genitori o di uno di loro, della persona o del servizio a cui è in carico o del tutore, del bambino stesso o del pubblico ministero").

Negli **Stati Uniti**, il sostegno a bambini e famiglie varia da Stato a Stato (si vedano, ad esempio, gli stati del Maryland e di New York). In generale, i servizi non sono legati al rischio a cui è sottoposto il bambino, ma ai fondi erogati dal Governo federale, che poi ogni Stato utilizza per finanziare propri interventi. Tuttavia, una condizione per ottenere i fondi federali richiede che ogni Stato eroghi una copertura minima di servizi, tenendo conto dei programmi federali. Ad esempio, "Medicaid" è un programma assicurativo sanitario che sostiene le famiglie considerate povere secondo gli standard di povertà emanati dal governo federale. In alcuni casi può erogare assicurazione sanitaria a gruppi di popolazione: ad esempio, una madre incinta ha la copertura assicurativa, così come un bambino in affido, ma non un uomo che vive solo al 100% della soglia di povertà. I servizi per il trattamento delle dipendenze (droga o alcool) sono piuttosto variabili. Il Governo federale eroga fondi per persone e famiglie a basso reddito, ma sono gli Stati a determinare l'importo degli aiuti. Ogni Stato aggiunge fondi ad altri fondi. Ad esempio, uno Stato può inserire una madre con problemi di dipendenza in una lista di attesa per servizi che riceverà in futuro, anche se nella famiglia sono presenti figli piccoli. La prevenzione negli Stati Uniti non ha una specifica definizione, ma in alcune comunità include visite domiciliari da parte di operatori che aiutano le giovani madri. Può includere anche l'accesso ad assistenza pediatrica. L'assistenza attraverso erogazioni economiche attiene ad ogni Stato, che definisce le soglie: può capitare, quindi, che una famiglia possa essere definita povera in uno Stato e non in un altro. Le erogazioni economiche, tuttavia, non consentono a una famiglia di superare il livello di povertà dichiarato dal Governo federale (che è di \$14,500 per una famiglia di due componenti, \$18,310 per una famiglia di tre componenti e così via).

Un altro esempio proviene dalla **Nuova Zelanda Maori**, dove esiste una definizione di rischio, ma usualmente solo per bambini segnalati che hanno bisogno di servizi di protezione. In Nuova Zelanda un bambino è a rischio e ha bisogno di tutela se rientra nelle seguenti categorie:

- a. è, o è probabile che sia, a rischio di danno (fisico, psichico o sessuale), maltrattamento, abuso, grave deprivazione;

Governo federale  
e singoli Stati  
negli USA

Rischio in  
Nuova Zelanda



- b. lo sviluppo e il benessere fisico, psichico, affettivo è, o è probabile che sia, in pericolo o trascurato, e il danno o la trascuratezza sono, o è probabile che siano, gravi ed evitabili;
- c. ci sono ampie differenze tra il bambino e i genitori (o altra persona che ha in carico il bambino) al punto tale che il benessere fisico, psichico e affettivo è a grave rischio di danno;
- d. il bambino/ragazzo si comporta, o si sta comportando, in un modo che:
  - è, o è probabile che sia, dannoso per lo sviluppo fisico, psichico o emotivo del bambino/ragazzo o altri,
  - i genitori o tutori del bambino/ragazzo, o le persone che se ne occupano, non sono in grado o non vogliono controllarlo;
- e. nel caso in cui un bambino tra 10 e 14 anni abbia commesso atti tali, o in un tal numero, da sollevare gravi preoccupazioni per il suo benessere;
- f. i genitori, i tutori o le altre persone che devono occuparsi del bambino/ragazzo non vogliono o non sono in grado di farlo;
- g. i genitori, i tutori o le altre persone che devono occuparsi del bambino/ragazzo lo hanno abbandonato;
- h. la capacità del bambino/ragazzo di creare un attaccamento psicologico significativo alla/e persona/e che lo ha/hanno in carico è, oppure è probabile che sia, danneggiata dal numero di volte in cui il bambino/ragazzo è stato allontanato.

Sulla base delle informazioni raccolte è possibile costruire una prima tabella di sintesi, dove sono inclusi i Paesi europei ed extraeuropei.

Paesi europei										
	Germany	Denmark	France	Greece	Sweden	England	Ireland	Slovakia	Scotland	
Non esiste una definizione ufficiale	✓	✓		✓						
Esiste una definizione, ma limitata a bambini con una serie di rischi/bisogni					✓	✓	✓	✓		
Esiste, ma di solito ristretta a bambini segnalati in bisogno di servizi di tutela			✓				✓		✓	

Paesi extraeuropei										
	Israel	Unites States					Australia			
	United States	New York	Maryland	Kansas	Japan	New South Wales	Queensland	Victoria	New Zealand	Maori
Non esiste una definizione ufficiale	✓			✓	✓	✓				
Esiste una definizione, ma limitata a bambini con una serie di rischi/bisogni	✓		✓					✓	✓	
Esiste, ma di solito ristretta a bambini segnalati in bisogno di servizi di tutela			✓	✓			✓			

Nella maggior parte dei Paesi considerati, i servizi di prevenzione per le famiglie sono erogati gratuitamente. Ad esempio, in **Francia** ci sono due linee di prevenzione. La prima si occupa di bambini da 0 a 3 anni (a volte 6 anni) e prevenzione per le donne in gravidanza ("protection maternelle et infantile", PMI). La seconda opera con assi-

stenti sociali che aiutano i genitori a domicilio, su richiesta dei genitori stessi, su base volontaria o su decisione del giudice ("Aide Educative en Milieu Ouvert ou à Domicile"). In **Grecia** c'è invece un problema di disponibilità: infatti i servizi di prevenzione non sono disponibili su tutto il territorio e ci possono essere famiglie, soprattutto in ambienti rurali o semirurali, che non hanno accesso a questi servizi. Il servizio di prevenzione più diffuso è il sostegno sociale dell'ente locale, ma oltre a non essere disponibile ovunque può anche avere problemi di operatori. Anche i servizi di consulenza alla famiglia ("Family Counselling Services"), gestiti da enti pubblici oppure non profit, sono spesso utilizzati per sostenere le famiglie in difficoltà, ma anche questi non sono distribuiti su tutto il territorio e possono avere scarsità di personale. Nel **New South Wales**, in Australia, in genere sono servizi gratuiti non governativi (inclusi servizi erogati da enti religiosi) finanziati dal governo. Si possono citare, ad esempio, le visite domiciliari, l'assistenza di sollievo (per un tempo limitato di 10 settimane), sistemazioni in caso di crisi, assistenza economica. Attualmente sono state fatte proposte che mirano a spostare i servizi di prevenzione o gli interventi precoci nel settore privato, togliendoli allo Stato.

Nei Paesi in cui questi servizi prevedono la compartecipazione, essa è legata al reddito della famiglia. In **Inghilterra**, talvolta, le agenzie di volontariato chiedono una piccola compartecipazione, ad esempio per la partecipazione a gruppi di genitori. C'è una quota da pagare per i servizi diurni, ma le famiglie povere ricevono un sussidio per questo. È anche prevista una compartecipazione per i servizi di sollievo, stabilita sulla base del reddito. Anche negli **Stati Uniti** sono sia gratuiti, sia a pagamento: ad esempio, i servizi per mantenere l'integrità della famiglia ("Family preservation services") sarebbero gratuiti, ma sono disponibili solo per famiglie segnalate per abuso.

Nella maggior parte dei Paesi considerati, i servizi di prevenzione sono erogati:

1. sulla base di richieste fatte dai genitori o da altri professionisti;
2. sulla base di una valutazione del bisogno;
3. seguendo il mandato a seguito di una segnalazione di maltrattamento.

I servizi erogati

In molti casi, le autosegnalazioni (ad esempio da parte dei genitori) costituiscono la base della valutazione professionale. Il tipico esempio di questi servizi di prevenzione "self-referred" sono i programmi di formazione dei genitori. Ad esempio, in **Inghilterra** si può frequentare un gruppo "Sure Start" per genitori separati; negli **Stati Uniti** può essere la madre (di solito sola) che lavora, ma che ha bisogno di un'integrazione al reddito per i figli. I servizi sono a volte parte di un processo di valutazione della definizione del bisogno di collocamento del bambino.

Il terzo tipo di servizi, ad esempio obbligatori, sono per lo più erogati dopo che è stato determinato il livello di rischio e come parte di un programma di trattamento, di solito al fine di evitare il collocamento.

Paesi europei	Germany	Denmark	Finland	France	Greece	Sweden	England	Ireland	Slovakia	Scotland
Su richiesta dei genitori o degli operatori				✓	✓		✓	✓	✓	
Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		
Su decreto del giudice a seguito di un'indagine					✓		✓	✓	✓	✓

Paesi extraeuropei	Unites States						Australia				
	Israel	United States	New York	Maryland	Conneticut	Kansas	Japan	New South Wales	Queensland	Victoria	New Zealand Maori
Su richiesta dei genitori o degli operatori	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓	✓
Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Su provvedimento del giudice a seguito di un'indagine	✓	✓	✓			✓				✓	✓

Nella maggior parte dei Paesi non esiste un'unica tipologia di operatori che erogano questi servizi: possono appartenere al sistema sociale, sanitario ed educativo. Tipici esempi di tali servizi sono le visite domiciliari (da parte di personale infermieristico), attività extrascolastiche, educazione speciale, centri per le famiglie.

Svezia, Danimarca e Giappone non citano le organizzazioni non governative o il volontariato come fornitori di servizi, mentre nella maggior parte degli altri Paesi questo tipo di organizzazioni erogano una vasta gamma di servizi. È stato perciò difficile generalizzare o individuare un modello per tali servizi. È anche chiaro che molte organizzazioni non governative operano come sub-fornitori di servizi.

Il settore privato è stato citato da Grecia, Stati Uniti e Giappone. In ogni Paese i servizi offerti sono molto diversi.

Nel caso in cui i servizi vengono erogati da soggetti misti, non è semplice individuare le percentuali di impegno dei diversi soggetti. La maggior parte dei servizi è obbligatoria (statutory), ma è difficile differenziare tra servizi erogati direttamente dallo Stato e servizi erogati a seguito di contratti di collaborazione o altre forme di accordo.

Sul tema degli operatori impegnati più frequentemente in questo settore, in tutti i Paesi è emerso che è l'assistente sociale a erogare i servizi di prevenzione. In nessun Paese ci sono équipe che non includano l'assistente sociale. In alcuni Paesi sono coinvolti altri anche operatori (educatori, operatori di comunità, operatori sanitari). In pochi casi le équipe sono condotte da operatori non professionisti. In alcuni Paesi, gli assistenti sociali hanno soprattutto compiti valutativi; in altri sono impegnati sia nella valutazione, sia nell'erogazione dell'intervento (ad esempio, consulenza, lavoro a diretto contatto con l'utenza, gestione del caso, coordinamento di équipe multiprofessionali). In molti Paesi è stato citato l'apporto di soggetti para-professionali: oltre a fornire interventi diretti, come ad esempio sostegno a domicilio alle famiglie, intervengono anche in fase di segnalazione. Di solito, l'operatore para-professionale lavora con la supervisione dell'assistente sociale.

Sono stati citati anche altri professionisti, sebbene non in tutti i Paesi. Alcune esemplificazioni sono le seguenti:

- psicologo, che opera all'interno delle scuole offrendo consulenza;
- operatori sanitari, di solito infermieri, che trattano direttamente o segnalano situazioni nell'area della prima infanzia;
- operatori di comunità, che a loro volta supportano altri operatori, ad esempio nelle scuole;
- "youth worker", che di solito erogano interventi nel dopo-scuola;

Il ruolo delle organizzazioni non profit

Gli operatori impegnati nei servizi di prevenzione

- educatori (presenti in pochi Paesi), che in particolare lavorano con bambini con disabilità.

Laddove si parla del coinvolgimento dei volontari, di solito sono associati a enti non profit, ad esempio organizzazioni come Home Start, oppure la Croce Rossa, che offrono formazione ai volontari generale e specifica.

I dati sui costi dedicati alla tutela del bambino e al sostegno della famiglia nei casi di rischio di allontanamento non sono facilmente reperibili. Per molti Stati il dato non esiste a livello nazionale e le diverse autorità locali usano approcci diversi a causa di differenti allocazioni monetarie. Sono tuttavia emerse alcune indicazioni interessanti dal gruppo di ricerca. Ad esempio, in [Svezia](#) si conosce la spesa per l'assistenza residenziale (poco più di un miliardo di euro all'anno), ma non le cifre della prevenzione. In [Francia](#) la spesa sociale (esclusa la giustizia minorile) ammonta a 5,6 miliardi di euro. Negli [Stati Uniti](#) nel 2006 è stata condotta una ricerca specifica in 50 Stati, da cui è emerso che i costi per l'infanzia ammontano a 25 miliardi di dollari (governo federale e statale). Si pensa che meno del 25% sia considerato spesa per la prevenzione. Nello stato del [Maryland](#) i servizi di prevenzione che offrono formazione ai genitori hanno un budget di circa 500 dollari; se ci sono servizi a domicilio fino a 6 mesi possono contare su circa 2000 dollari al mese. Nello stato del [Queensland](#), in Australia, si calcola che meno del 5% della spesa per l'infanzia sia destinata alla prevenzione o al sostegno della famiglia. Nel [New South Wales](#) in 5 anni sono stati spesi 150 milioni di dollari per servizi di intervento precoci e 613 milioni di dollari per aumentare i servizi di tipo residenziale. In [Giappone](#), il costo complessivo dei servizi di prevenzione e dei servizi di tipo residenziale è di 92,6 miliardi di yen.

I costi degli  
interventi

## Indicatori sociali per Paese

	Italia	Danimarca	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Slovacchia	Svezia	UK
<b>Popolazione</b>										
Popolazione totale (migliaia, 2007)	58.880	5.457	5.289	61.707	82.257	11.193	4.339	5.398	9.148	60.975
Tasso di fertilità totale (anno 2006)	1,35	1,85	1,84	1,98	1,33	1,41	1,90	1,24	1,85	1,84
Mortalità infantile (2006)	3,9	3,8	2,8	3,8	3,8	3,7	3,7	6,6	2,8	5,0
Matrimoni (tasso per 1000 persone)	4,1	6,7	5,4	4,4	4,5	5,2	5,1	4,8	5,0	-
Tasso di divorzio (2005-2007)	0,8	2,6	2,5	2,1	2,3	1,2	0,8	2,3	2,3	2,6
<b>Lavoro</b>										
Tasso di occupazione (% 2008)	58,7	78,4	71,9	64,6	70,2	62,2	68,1	62,3	75,7	72,7
Tasso di disoccupazione (% 2008)	6,8	3,1	6,3	7,4	7,6	7,3	5,3	9,6	6,2	5,4
Incidenza disoccupazione con durata superiore 1 anno (% 2007)	49,9	18,2	23,0	40,4	56,6	50,3	30,3	70,8	13,0	24,7
<b>Povertà</b>										
Tasso di povertà (2005)	11,4	5,3	7,3	7,1	11,0	12,6	14,8	8,1	5,3	8,3
<i>Popolazione complessiva</i>										
<i>Bambini/ragazzi 0-18 anni</i>	15,5	2,7	4,2	7,6	16,3	13,2	16,3	10,9	4,0	10,1
<i>Famiglie con bambini</i>	14,3	2,2	3,8	6,9	13,2	12,1	13,9	10,0	3,6	8,9
<i>Monogenitori</i>	25,6	6,8	13,7	19,3	41,5	26,5	47,0	33,5	7,9	23,7
<b>Istruzione</b>										
Anni medi di scuola (2004)	10,1	13,4	11,2	11,6	13,4	10,9	13,0	12,5	12,6	12,6
Early school leavers (%) <sup>f</sup>										
<b>Spesa sociale</b>										
Spesa sociale pubblica (% Pil, 2005)	25,0	26,9	26,1	29,2	26,7	20,5	16,7	16,6	29,4	21,3
Spesa sociale pubblica per le famiglie (% del Pil, 2005)	1,3	3,2	3,0	3,8	3,0	1,1	2,6	2,1	3,2	3,6
Spesa sociale per childcare and pre-primary (% del Pil, 2005)	0,6	1,2	0,9	1,0	0,4	0,1	0,3	0,4	1,0	0,6

Estratto da OECD database, EUROSTAT database.

	<b>Australia</b>	<b>Japan</b>	<b>Israele*</b>	<b>New Zealand</b>	<b>Uta</b>
<b>Popolazione</b>					
Popolazione totale (migliaia, 2007)	21.017	127.771	7,244	4.228	301.621
Tasso di fertilità totale (anno 2006)	1,81	1,32	2,90	2,01	2,10
Mortalità infantile (2006)	4,7	2,6	3,9	5,2	6,9
Matrimoni (tasso per 1000 persone)	-	5,8	6,3	5,1	7,3
Tasso di divorzio (2005-2007)	-	2,0	2,0	2,4	3,7
<b>Lavoro</b>					
Tasso di occupazione (% 2008)	73,2	70,7	-	74,9	70,9
Tasso di disoccupazione (% 2008)	4,3	4,2	7,3	4,2	5,8
Incidenza della disoccupazione con durata superiore 1 anno (% 2007)	15,5	32,0	24,9	5,7	10,0
<b>Povertà</b>					
Tasso di povertà (2005)					
<i>Popolazione complessiva</i>	12,4	14,9		10,8	17,1
<i>Bambini/ragazzi 0-18 anni</i>	11,8	13,7		15,0	20,6
<i>Famiglie con bambini</i>	10,1	12,5		12,5	17,6
<i>Monogenitori</i>	38,3	58,7		39,1	47,5
<b>Istruzione</b>					
Anni medi di scuola (2004)	12,6	12,4		12,6	13,3
Early school leavers (%) <sup>f</sup>					
<b>Spesa sociale</b>					
Spesa sociale pubblica (% Pil, 2005)	17,1	18,6		18,5	15,9
Spesa sociale pubblica per le famiglie (% del Pil, 2005)	2,9	1,3		2,6	1,3
Spesa sociale per childcare and pre-primary (% del Pil, 2005)	0,4	0,3		0,7	0,4

Estratto da OECD database; \* Dati dal sito di The Central Bureau of Statistics di Israele, 2007

## Selezione di contenuti significativi

### Il processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo

Germania	<p>Se un bambino/ragazzo a rischio viene segnalato all'ufficio di servizio minorile locale, un assistente sociale o un pedagogista sociale deve contattare la famiglia prima possibile. Per la valutazione del rischio non esiste un manuale diagnostico valido per l'intero Paese. Alcuni enti lavorano con check list per valutare la situazione familiare e lo stato fisico e psichico del bambino.</p> <p>Di solito gli operatori cercano di evitare l'allontanamento dalla famiglia. L'assistenza residenziale, che è la principale opzione di collocamento all'esterno della famiglia in Germania, viene suggerita quando la situazione non può essere alleggerita attraverso trattamenti ambulatoriali. La decisione sul tipo di intervento da adottare viene presa dall'assistente sociale in collaborazione con diversi membri della famiglia (genitori/ragazzo).</p>
Danimarca	<p>Secondo la legge sui servizi sociali (§52, 3, 8), un allontanamento avviene sulla base di una valutazione della condizione del bambino e deve "avere un significato importante per il bisogno specifico di sostegno del bambino/ragazzo". Le autorità locali devono definire un progetto (§ 140, 5) che deve indicare lo scopo dell'intervento e le misure necessarie per raggiungerlo. Sulla base della valutazione, devono essere definiti l'obiettivo globale e gli obiettivi parziali collegati allo sviluppo e al comportamento del bambino, alla situazione familiare, alla scuola, alla salute, al tempo libero, agli amici e altri aspetti rilevanti. Inoltre, è necessario sviluppare un progetto per la famiglia durante e dopo l'allontanamento. Infine, deve essere predisposto anche un progetto di sostegno della famiglia. Il piano degli interventi deve essere organizzato prima dell'allontanamento. È inoltre necessario porre attenzione alla situazione del ragazzo e alla scuola che frequenta.</p>
Grecia	<p>I servizi sociali degli enti pubblici (prefetture, comuni), ma anche le organizzazioni non governative, identificano il bisogno attraverso diverse fonti. Gli assistenti sociali visitano la famiglia e discutono il problema con i suoi membri. Lo scopo di tali colloqui è di identificare il bisogno, ma anche le possibilità di mantenere il bambino all'interno della famiglia con una serie di interventi alternativi di supporto. Se non si trovano soluzioni, viene fatta la proposta di allontanamento e collocamento all'esterno della famiglia.</p> <p>La segnalazione ai servizi sociali o al giudice distrettuale viene fatta dalla polizia, dai vicini o dalla famiglia allargata, se si tratta di minore non accompagnato, orfano, con bisogni speciali o disabilità, o costretto a vivere all'interno di un ambiente di vita abusante che mette a rischio la sua salute psicosomatica e il suo benessere. Non sono disponibili soluzioni sostitutive simili alla famiglia.</p>
Svezia	<p>Ci sono due percorsi possibili: 1) il provvedimento del giudice, che viene richiesto dagli enti locali per la tutela dei minori (CWA) e il 2) "collocamento volontario" con il consenso dei genitori.</p>
Inghilterra	<p>Il bambino deve essere definito "in need" e può essere allontanato con il consenso dei genitori (Section 20, Children Act 1989), oppure su ingiunzione del giudice ('Care Order').</p> <p>La valutazione professionale è condotta dagli assistenti sociali dell'autorità locale, ma spesso coinvolge altri operatori e altri enti. La legge richiede che la valutazione – dal momento che si deve verificare se l'allontanamento sarà utile per il bambino – sia fatta coinvolgendo i genitori e anche il bambino, se di età adatta a poter comprendere le questioni.</p> <p>Nei casi in cui sia evidente che il minore è in condizione di grave pericolo (o è probabile che lo sia) e che i genitori non accettino che il figlio sia allontanato, il tribunale emette un "Care Order" che trasferisce la responsabilità genitoriale all'autorità locale.</p>

Il processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo

**Irlanda**

La legge che governa il benessere e la tutela dei minori si chiama "The Child Care Act 1991".

La promozione del benessere dei bambini è il principio che sta alla base della norma, nella quale si evidenzia la funzione dell'"Health Service Executive" (HSE) per promuovere il benessere dei bambini che non stanno ricevendo adeguata assistenza e tutela. L'HSE deve individuare i minori in condizione di bisogno e di rischio, e coordinare le informazioni che li riguardano provenienti da tutte le fonti rilevanti. Il riconoscimento dei diritti e doveri dei genitori (previsto nella Costituzione irlandese) è rilevante, ma è ugualmente rilevante fare attenzione ai desideri del bambino e salvaguardare il principio in base al quale il miglior interesse del minore è crescere all'interno della propria famiglia. La legge rafforza i poteri dell'HSE per dare assistenza al bambino e servizi di sostegno alla famiglia.

Se un bambino ha bisogno di assistenza e tutela, con una presa in carico dai servizi, la responsabilità di tale presa in carico è dell'HSE in base alle disposizioni di legge.

Laddove è evidente che il bambino si trovi in situazione di forte rischio, la polizia irlandese (Garda Síochána) e l'HSE hanno il potere di allontanarlo dalla famiglia e di richiedere un provvedimento di urgenza. La legge mette in grado il tribunale (con idonei provvedimenti) di trovare un collocamento - nel sistema dei servizi di assistenza o sotto la supervisione dell'HSE - per i bambini che sono stati abusati, maltrattati, trascurati o che sono a rischio.

Le linee guida per l'attuazione della legge sono note come "Children's First Guidelines" (1999) e sono disponibili nel sito [http://www.omc.gov.ie/documents/publications/Children\\_First\\_A4.pdf](http://www.omc.gov.ie/documents/publications/Children_First_A4.pdf). (Attualmente sono in corso di revisione). Esse hanno l'obiettivo di sostenere le persone nell'individuare e segnalare i casi di abuso. Vi sono infatti riportate le procedure necessarie affinché HSE, Garda, operatori o altre persone che sono a contatto con i bambini segnalino gli abusi. In sintesi, questo prevede un intervento così articolato: segnalazione, raccolta delle informazioni, valutazione, registrazione presso il "Child Protection Notification System" (un sistema informativo in cui HSE registra e colloca i minori per i quali esiste un'indicazione di tutela a seguito di valutazione preliminare), progetto (strategie di incontro, tutela del bambino, conferenza con la famiglia), consulenza per la definizione di un piano di sostegno per la famiglia, erogazione di servizi di supporto e monitoraggio. La decisione di collocare il bambino all'esterno della famiglia può essere presa in uno di questi incontri.

Le linee guida enfatizzano la responsabilità di HSE nel fornire servizi di sostegno alle famiglie di bambini che possono essere a rischio di abuso e trascuratezza. Viene sottolineata l'importanza degli interventi precoci come mezzo per prevenire sia il peggioramento delle difficoltà sperimentate dalle famiglie, sia gli ingressi evitabili di bambini nel sistema dei servizi.

**Israele**

In Israele, per legge, ogni cittadino deve segnalare alla polizia o agli enti locali casi di trascuratezza o abuso di un bambino. Una volta ricevuta la segnalazione, il "Child Protection Officers" (CPO) conduce le indagini per valutare se ci sono i presupposti per la segnalazione. Se c'è grave rischio per il bambino, il CPO può chiedere al tribunale un'ordinanza di allontanamento. Se non c'è urgenza, il CPO presenta il caso al "Decision Committee", che decide se allontanare il bambino all'esterno della famiglia o se si possano prevedere altre forme di intervento alternative all'allontanamento.

**Slovacchia**

I bambini sono allontanati dalla famiglia per decisione del tribunale, o come misura preliminare, o per un ordine di presa in carico residenziale. Entrambi i provvedimenti sono emanati sulla base di una segnalazione dell'ente di protezione sociale. In caso di emergenza, tutti (istituzione e/o persona) devono fare una segnalazione all'ente che indagherà sulla situazione ed eventualmente segnalerà al tribunale. Per la legge slovacca (Act N. 305/2005 sulla tutela dei bambini), il collocamento in istituto deve essere preceduto da un lavoro sistematico e programmato con la famiglia, in collaborazione con i servizi sociali, il comune e altri soggetti (ad esempio enti non governativi accreditati). Il collocamento dovrebbe avvenire solo dopo che sono state svolte idonee verifi-



Il processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo

che sulla possibilità di rientro in famiglia e sul grado di soluzione dei problemi per il bambino.

Stati Uniti  
(visione  
generale)

Ognuno dei 50 Stati presenta requisiti diversi, ma ogni Stato, per ottenere i fondi, deve attenersi alle indicazioni federali. La prima è che un bambino può essere collocato all'esterno della famiglia volontariamente da un genitore o da chi lo ha in carico, ma si deve passare attraverso il tribunale locale (in genere chiamato "family court", oppure "probate court") per avere l'approvazione sull'allontanamento. Un secondo - e più probabile - tipo di presa in carico avviene quando qualcuno che agisce per mantenere la sicurezza e il benessere del bambino (un ente che si occupa di tutela dei minori su autorizzazione delle autorità locali e statali) va dal tribunale e richiede l'allontanamento. In questa situazione, è probabile che un bambino possa essere allontanato. L'ente per la tutela dei minori, quindi, può ricevere una segnalazione di abuso/trascuratezza o da un membro della famiglia, oppure da persone senza legami di parentela, come l'insegnante di scuola, il medico o l'infermiere, o altri operatori che hanno contatti diretti con il bambino.

Nell'allontanare un bambino, l'ente o l'autorità statale deve provare che sono stati fatti tutti i "tentativi ragionevoli" per mantenere il bambino in famiglia prima della richiesta formale di allontanamento. La sicurezza del bambino ha la precedenza rispetto al mantenere la famiglia unita. Di fatto, se un genitore ha commesso ad esempio un omicidio, un abuso sessuale o altri crimini violenti, non vengono richieste queste verifiche. Se viene stabilito l'allontanamento, il bambino entra in carico allo Stato. È inoltre previsto che anche nei casi di allontanamento venga predisposto un "permanency plan", ossia un progetto finalizzato a mantenere i legami. L'obiettivo è che il bambino abbia una famiglia che dura nel tempo (con caratteri di permanenza). Generalmente ci sono 3 opzioni: riunificazione del bambino con la sua famiglia, collocamento del bambino presso i parenti ("kinship care", affidamento extraparentale) basato sul "permanency plan", oppure vengono tolti i poteri genitoriali e il bambino viene dato in adozione.

Stato di New  
York

1. Segnalazione nel registro centrale di sospetto abuso e trascuratezza. Il caso può essere accettato oppure no.

2. Se accettato, viene avviata un'indagine che porterà a:

- a. chiudere il caso (se non c'è stato abuso);
- b. valutare il caso come circostanziato e chiuso (se c'è stato abuso, ma con basso rischio che accada di nuovo). In questo caso vengono comunque erogati servizi di supporto;
- c. valutare il caso come circostanziato e aperto (c'è stato abuso e c'è alto rischio che accada di nuovo). I bambini vengono allontanati e il tribunale definisce i servizi che sostituiscono la potestà genitoriale.

Un bambino può anche essere allontanato immediatamente se è positivo agli esami tossicologici.

Stato del  
Maryland

Se non ci sono modi ragionevoli per ridurre il rischio di danni successivi ad un abuso (danni che porterebbero il minore a condizioni di cura inadeguate), viene valutata la possibilità di allontanare il bambino dalla famiglia. In situazioni di emergenza, l'operatore può prendere questa decisione immediatamente. Generalmente, però, l'operatore si consulta con il supervisore, oppure prova a riunire velocemente un gruppo di persone (parenti e operatori che conoscono il bambino) per discutere le alternative all'allontanamento.

Stato del  
Kansas

La valutazione del rischio è fatta dall'assistente sociale che può prendere una decisione di allontanamento temporaneo. Questa decisione deve essere convalidata dal tribunale.

Il processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo

Giappone

Esistono due modalità. Nel caso in cui il bambino e la famiglia diano il consenso al collocamento in assistenza pubblica esterna, è il "Child guidance center" che lo decide (si tratta di un'organizzazione della prefettura). Ma quando non c'è consenso, il "Child guidance center" richiede al tribunale per la famiglia ("Family Court") di decidere se allontanare il minore e farlo prendere in carico dai servizi.

Stato di New South Wales, Australia

Un bambino/ragazzo può essere preso in carico dal "Department of Community Services" (DoCS) se viene ritenuto a "rischio di un qualche danno" ("risk of harm"). Ci sono 6 ragioni per questo e sono indicate nella Section 23 del "NSW Children and Young Person's (Care and Protection) Act 1998".

Se un bambino è preso in carico dal DoCS occorre rivolgersi al Tribunale minorile affinché emetta un "Emergency care and protection order" (ECPO) il successivo giorno lavorativo. Poi si prosegue con un "Interim care order" (ICO), un piano assistenziale definito dal DoCS e un'udienza del Tribunale in cui vengono prese le decisioni finali (FO). Nel New South Wales vengono presi in carico dallo Stato 7 bambini su 1.000 (la percentuale più alta tra tutti gli Stati australiani).

Il "Children and Young Person's Care and Protection Act 1998" stabilisce i criteri per definire il bisogno di allontanamento (in particolare, la Part 2 della Section 23 del Care and Protection Act definisce la base per la segnalazione obbligatoria dei casi di "child is at risk of harm" -Allegato 1).

A seguito dell'indagine e della verifica della segnalazione, viene avviata la procedura per il Tribunale minorile, che emana un'ordinanza per l'allontanamento del bambino. I motivi per cui si possono emettere queste ordinanze sono indicate nell'allegato 2 della Part 2, Section 71: tali motivazioni possono essere considerate come la "soglia" per l'allontanamento.

Stato di Queensland, Australia

Quando un bambino/ragazzo viene segnalato per sospetto maltrattamento, o ci sono grosse preoccupazioni per la sua sicurezza, viene fatta un'indagine dai servizi per la protezione del minore.

Se il rischio o il danno è reale e si dichiara che il bambino ha "bisogno di tutela" viene presa in considerazione la possibilità di allontanamento. Il Queensland utilizza gli strumenti di valutazione "Structured Decision Making" (SDM) sviluppati negli Stati Uniti. A seguito del completamento dell'indagine e della valutazione, viene deciso quali sono i servizi più adeguati per dare assistenza e servizi alla famiglia, per ridurre il rischio per il bambino/ragazzo o per erogare interventi che rispondano al bisogno di tutela del bambino e ai suoi bisogni di assistenza. Nel prendere una decisione sulla tipologia di intervento da attuare, vengono presi in considerazione i seguenti aspetti:

- il livello di rischio valutato per il bambino (include anche l'esito della più recente valutazione sulla sua sicurezza e la valutazione del rischio familiare);
- se il bambino è stato valutato come persona che ha bisogno di tutela;
- se i genitori sono in grado e disponibili a collaborare con i servizi per rispondere a bisogni di tutela e di assistenza del figlio.

Ci sono tre tipologie di intervento:

- servizi di sostegno;
- interventi con il consenso dei genitori;
- interventi con un decreto del giudice.

**Servizi di sostegno.** Quando si valuta che il bambino non abbia bisogno di tutela, i servizi avviano interventi con la famiglia attraverso i servizi di sostegno. Un servizio di sostegno è appropriato quando si dichiara che il bambino non ha bisogno di tutela, ma la valutazione del rischio familiare è "elevato" o "molto elevato". La maggior parte dei casi che necessitano di questo tipo di sostegno viene segnalata ad un ente non governativo che eroga i servizi.

**Interventi con il consenso dei genitori.** Di solito si tratta di interventi di breve durata (al massimo

Il processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo

12 mesi) e di natura intensiva, ed è normale che il bambino resti in famiglia durante l'intervento, ma OOHC può essere erogato per un periodo più ampio (non superiore ai tre mesi). Un intervento con il consenso dei genitori è appropriato quando:

- un bambino ha bisogno di tutela, anche in modo indipendente dalla valutazione del rischio familiare;
- sono stati presi in considerazione i punti di vista e i desideri del bambino;
- il desiderio della famiglia di aderire al progetto assistenziale implica che il bambino può rimanere in famiglia;
- il genitore individuato come persona responsabile del danno causato al bambino lo riconosce, è in grado e desidera collaborare con i servizi;
- i genitori hanno aderito a un collocamento del bambino all'esterno della famiglia.

**Interventi su decreto del giudice.** L'intervento su provvedimento del tribunale è appropriato quando il bambino è stato valutato con un bisogno di tutela e la sua protezione e la sua assistenza non possono essere garantite solo con il consenso dei genitori.

In questa situazione, viene chiesto al Tribunale minorile un provvedimento per un'adeguata tutela dei bisogni del bambino. Di solito il provvedimento implica l'allontanamento del bambino dalla sua famiglia.

Stato di Victoria, Australia

Esistono diversi processi possibili che conducono al collocamento del bambino all'esterno della famiglia:

- a) un bambino può essere accolto in una sistemazione affidataria di sollievo ("respite foster care"), o in una struttura di emergenza ("emergency respite care"). La richiesta può avvenire su richiesta del caregiver, oppure su suggerimento dell'operatore in stretta collaborazione con il caregiver: per esempio, quando il caregiver diventa incapace di assumersi la responsabilità per un breve periodo, oppure ha bisogno di intervalli di sollievo regolari (la notte ecc.). Questo utilizzo del "sollievo" è considerato come intervento di prevenzione primaria.
- b) un bambino può essere segnalato (dall'insegnante, dall'infermiera, dal medico, dalla polizia ecc.); di solito questa segnalazione viene fatta alla "State Government Department of Human Services Department Protective Services Unit" dell'area geografica in cui vive la famiglia. Nella maggior parte dei casi viene poi inviato all'operatore "Child First" presso gli enti di servizi territoriali locali (di solito non governativi). Nelle situazioni più gravi può essere coinvolta la polizia con un operatore dei servizi di tutela a cui è stato assegnato il caso: in questa circostanza il bambino viene subito valutato. Se viene individuato un pericolo imminente per il bambino, viene subito presa in considerazione la possibilità di collocamento all'esterno della famiglia. È possibile ottenere un'ordinanza obbligatoria attraverso il Tribunale minorile ("The Children's Court"). Un'opzione può essere l'inserimento del bambino nella famiglia estesa, oppure nella rete parentale. Altrimenti il bambino viene dato in affidamento.

Nuova Zelanda Maori (Hawkes Bay) (North Island)

Possono esserci interventi all'esterno della famiglia, oppure assistenza di sollievo che prepara lunghi o brevi collocamenti in sistemazioni affidatarie. La maggior parte di questi bambini sono già in carico allo Stato ("Wards of the State") secondo il "The Children Young Persons and their Families Act 1989", in attesa del risultato dal Ministero di Giustizia.

In quest'area la procedura è gestita dallo Stato e controllata dal Parlamento attraverso il "Children, Young Persons and their Families Act 1989" (CY&F Act 1989). Nella Section 13 (f) "un bambino può essere allontanato dalla sua famiglia solo se ci sono seri rischi di danno al bambino o al ragazzo".

(Open Home

Il CY&F Act 1989 regola le modalità con cui i bambini/ragazzi vengono presi in carico, o dal "Department of Child, Youth and Family" (CYF - l'ente statale responsabile degli interventi di tutela

### Il processo messo in atto per definire il bisogno di allontanamento del bambino/ragazzo

**Foundation)** per i minori, per la giustizia minorile e le adozioni), oppure attraverso il lavoro di un "Child and Family Support Service" (CFSS), anch'esso regolato dal CY&F Act 1989. In sintesi, tutti i bambini che vengono presi in carico dal CYF o dal CFSS sono quelli individuati come persone con bisogno di tutela e assistenza secondo quanto indicato nella Section 14 del CY&F Act 1989.

### Condizioni di erogazione dei servizi alle famiglie per prevenire l'allontanamento

**Germania** | I servizi sono gratuiti per la famiglia: tra questi, ad esempio, la consulenza (307.800 casi nel 2005) e i servizi intensivi per mantenere integro il nucleo familiare (47.300 casi nel 2005).

**Danimarca** | I servizi sono gratuiti per la famiglia: ad esempio centri famiglie, servizio infermieristico di comunità, consulenza psicopedagogica nelle scuole.

**Francia** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Ci sono due linee di prevenzione: la prima si occupa di bambini da 0 a 3 anni (a volte 6 anni) e di donne incinte ("Protection Maternelle et Infantile, PMI"); la seconda opera con assistenti sociali che aiutano i genitori a domicilio, su richiesta dei genitori stessi, su base volontaria o su decisione del giudice ("Aide Educative en Milieu Ouvert ou à Domicile").

**Grecia** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. I servizi di prevenzione non sono disponibili in modo generico ovunque: ci possono essere famiglie, soprattutto in ambienti rurali o semirurali, che non hanno accesso a questi servizi. Il servizio di prevenzione più diffuso è il sostegno sociale fornito dall'ente locale, sebbene non sempre sia disponibile ovunque o dotato di un numero adeguato di operatori. Anche i servizi di consulenza alla famiglia ("Family Counselling Services"), gestiti da enti pubblici oppure non profit, sono spesso utilizzati per sostenere le famiglie in difficoltà, ma anche questi servizi non sono distribuiti su tutto il territorio e possono avere scarsità di personale.

**Svezia** | I servizi sono gratuiti per la famiglia.

**Inghilterra** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Talvolta le agenzie di volontariato chiedono una piccola compartecipazione (ad esempio per la partecipazione a gruppi di genitori). C'è una quota da pagare per i servizi diurni (le famiglie povere ricevono un sussidio a questo scopo). È anche prevista una compartecipazione per i servizi di sollievo, stabilita sulla base del reddito.

**Irlanda** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Ad esempio: la valutazione multidisciplinare dei bisogni all'interno della famiglia in un progetto che cerca di affrontare problematiche multiple presenti nel sistema familiare; programmi riabilitativi per la dipendenza (droga e alcool) dei genitori, programmi di comunità per madri, sostegno familiare a domicilio (simile al "Nurse Family Partnership").

**Israele** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Ad esempio, centri per bambini e genitori, centri di comunità per genitori e figli fino all'età di 13/14 anni, assistenza diurna multifunzionale, servizi di comunità per bambini 0-3/4 anni, rivolti anche ai genitori.

**Slovacchia** | Si tratta di servizi gratuiti per la famiglia.

**Stati Uniti (visione generale)** | I servizi possono essere gratuiti o a pagamento. La gratuità è prevista per le famiglie povere, tenendo conto della linea povertà identificata dal Governo federale e adattata a cura di ogni Stato. In generale il finanziamento pubblico può coprire fino all'85% del reddito medio previsto. La fonte di finanziamento prevalente è il "Temporary Assistance for Needy Families" (TANF), che eroga assistenza economica alle famiglie povere (in generale si attesta intorno al 75% della linea

## Condizioni di erogazione dei servizi alle famiglie per prevenire l'allontanamento

di povertà). I servizi di supporto alla famiglia ("Family Preservation Services") sono gratuiti per famiglie segnalate per abuso o trascuratezza del bambino.

**Stato di New York** | I servizi possono essere gratuiti o a pagamento: dipende dalla situazione finanziaria dei genitori. Di solito si paga una quota variabile (per esempio, un genitore può pagare da 10 a 20 dollari e il resto è finanziato da Medicaid). Ci possono essere servizi erogati attraverso programmi di contea o statali, ad esempio corsi per genitori, che dipendono anche dall'ambiente in cui si svolgono; essi possono essere intensivi e durare anche 3 mesi.

**Stato del Maryland** | I servizi possono essere gratuiti o a pagamento, ad esempio la famiglia partecipa con una piccola somma per il corso per genitori.

**Stato del Kansas** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Ad esempio, quando il bambino è a rischio di allontanamento vengono avviati servizi intensivi a domicilio per mantenere integra la famiglia ("Intensive Family Preservation service") e il bambino resta a casa.

**Giappone** | I servizi possono essere gratuiti o a pagamento. Ad esempio, centri di consulenza con assistenti sociali, consulenti o psichiatri; servizi di visita a domicilio da parte di assistenti sanitari e/o operatori a domicilio.

**Stato di New South Wales, Australia** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Quando sono erogati da enti non governativi (inclusi quelli religiosi) sono finanziati dal Governo statale. Ad esempio, servizi di sostegno alla famiglia che includono le visite domiciliari, l'assistenza all'infanzia, l'assistenza di sollievo (fino a 10 settimane), sistemazioni in caso di crisi, assistenza economica. L'orientamento è di coinvolgere enti privati nei servizi di prevenzione e negli interventi precoci.

**Stato di Queensland, Australia** | I servizi sono gratuiti per la famiglia. Ad esempio, servizi rivolti a famiglie con figli di età 0-10 anni per prevenire l'intervento dei servizi di tutela ("Referral for Active Intervention", RAI). Si tratta di servizi di prevenzione e intervento precoce che erogano un sostegno intensivo fino a sei mesi. A questi servizi se ne possono aggiungere altri, complementari. Nei casi in cui le segnalazioni sono fatte da enti, questi servizi gestiscono l'intervento finché viene definito il piano operativo. I servizi RAI sono gestiti da organizzazioni non governative.  
Un altro esempio è dato dal "Child and Family Support Hubs", servizi multifunzionali e ad alta flessibilità orientati ad accogliere famiglie con bambini piccoli e a fornire servizi di sostegno. Vengono erogate diverse tipologie di servizi integrati che comprendono anche formazione dei genitori, collegamenti con/per la prima infanzia, servizi di assistenza, servizi sanitari, servizi di informazione e assistenza sanitaria pre e post nascita. Questi servizi sono principalmente inseriti in aree rurali, comprese le comunità indigene. Sono gestiti da organizzazioni non governative.

**Victoria, Australia** | Si tratta di servizi gratuiti per la famiglia.

### Condizioni di erogazione dei servizi alle famiglie per prevenire l'allontanamento

**Nuova Zelanda** | Si tratta di servizi gratuiti per la famiglia, oppure su base assicurativa. Ad esempio, "Open Home Foundation" eroga servizi sociali di prevenzione per famiglie con figli da 0 e 17 anni. In ogni momento l'assistente sociale, con o senza il consenso dei genitori, può richiedere al Tribunale per la famiglia un provvedimento per la presa in carico del bambino che necessita di assistenza e tutela. L'assistente sociale e la famiglia possono anche concordare che il bambino sia preso in carico se ricade tra i requisiti della Section 14 del CYP&F Act 1989. Ad esempio, Barnardos è un'organizzazione che eroga servizi di sostegno domiciliare. Eroga inoltre una vasta gamma di servizi di prevenzione su scala nazionale, incluso il telefono amico per i genitori, corsi per genitori, consulenza, corsi di autostima ecc.

### Modalità di accesso ai servizi di prevenzione per la famiglia

**Germania** | *Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, se una famiglia o un giovane chiede aiuto ai servizi, si valuta se c'è un bisogno educativo. Se tale bisogno esiste, l'operatore può attivare diversi interventi, come la consulenza, il lavoro di gruppo, l'assistenza diurna, l'assistenza intensiva socioeducativa personalizzata, e altro. Gli interventi erogati dipendono dai bisogni educativi della famiglia e dalla sua situazione.

**Danimarca** | *Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, se un insegnante è preoccupato per la condizione di un bambino, ne parla con i genitori e, se necessario, contatta l'assistente sociale dell'ente locale, informandone i genitori. La segnalazione avviene in forma scritta e viene utilizzata dall'assistente sociale per avviare l'azione di aiuto.

**Finlandia** | *Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, i genitori e gli operatori possono avere un ruolo significativo nell'avviare il processo di presa in carico. Tuttavia i servizi non possono essere erogati prima che sia conclusa la fase di valutazione del bisogno. In caso di emergenza, il bisogno viene valutato immediatamente e vengono prese le misure necessarie.

**Francia** | *Su richiesta dei genitori o degli operatori:* per esempio, la "Protection Maternelle et Infantile" per le donne in gravidanza interviene con il servizio sociale e altri operatori di front-line.  
*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* ad esempio quando viene proposto un intervento domiciliare che viene accettato dai genitori.  
*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* ad esempio è il giudice a decidere l'intervento domiciliare.

**Grecia** | *Su richiesta dei genitori o degli operatori:* segue il percorso usuale di presa in carico.  
*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, accade quando si deve valutare se quel particolare bisogno rientra tra gli obiettivi del servizio; a volte è deciso in ospedale con il consenso della madre al momento della nascita del bambino.  
*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* si tratta di una situazione piuttosto rara, ma che può accadere.  
 In molti servizi è possibile trovare la lista di attesa.

**Svezia** | *Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno.*

**Inghilterra** | *Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, frequenza di un gruppo Sure Start per genitori separati.  
*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* ad esempio, sostegno a domicilio da parte di volontari nell'ambito di Home Start.  
*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* per esempio, frequenza di un centro di contatto con supervisore, in modo che i padri separati e segnalati per violenza domestica abbiano con-

Modalità di accesso ai servizi di prevenzione per la famiglia

tatti sicuri con i loro figli.

I servizi di sostegno alla famiglia possono essere disponibili anche quando non ci sono problemi legati al maltrattamento, ma in questi casi non è facile accedervi.

Irlanda

*Su richiesta dei genitori o degli operatori:* ad esempio, gruppi di genitori o gruppi di doposcuola.  
*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* ad esempio bisogni speciali in ambito scolastico, sulla base di valutazione educativa e psicologica.

*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* per esempio, frequenza di un centro per le famiglie per interventi specifici e personalizzati sul bambino, il genitore o la famiglia in difficoltà. La prevenzione e i servizi di intervento precoce sono erogati quando il rischio individuato è di livello 3.

Israele

*Su richiesta dei genitori o degli operatori:* ad esempio, centri per il doposcuola.

*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* ad esempio programmi di educazione dei genitori.

*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* ad esempio, centri figli-genitori.

I servizi sono erogati sulla base della loro disponibilità.

Slovacchia

*Su richiesta dei genitori o degli operatori:* per esempio, nelle sezioni 10 e 11 della legge n. 305/2005 sulla tutela sociale dei minori è inserita la partecipazione a momenti formativi per le famiglie con figli, la mediazione familiare, il rapporto figli-genitori, la capacità di risolvere i problemi e di adattarsi alle situazioni.

*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* ad esempio, partecipazione a interventi di tipo educativo inseriti nella sezione 12 della legge n. 305/2005.

Stati Uniti  
(visione generale)

*Su richiesta dei genitori o degli operatori:* ad esempio, assistenza all'infanzia nel caso in cui la madre (di solito sola) lavora e il suo reddito è tale da richiedere un sussidio per i figli.

*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, visite a domicilio da parte di un operatore o un infermiere. Di solito vengono fatte a famiglie con basso reddito, madri incinte o con bambini al di sotto dei 5 anni.

*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* per esempio, interventi per mantenere integra la famiglia ("family preservation"). Essi sono attivati nei casi in cui ci sono stati contatti con il tribunale, nel tentativo di evitare l'allontanamento del bambino.

Gli interventi possono essere diversi nei singoli Stati.

Stato di New York

*Su richiesta dei genitori o degli operatori:* ad esempio, quando un genitore ne parla con l'assistente sociale della scuola o con altri operatori della comunità.

*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* per esempio, può accadere quando i genitori non sanno a chi rivolgersi. Una volta che il bisogno è stato valutato vengono fatte le richieste e attivati i servizi. Il sostegno può essere organizzato con strumenti diversi. È previsto un referente quando vengono affrontate situazioni multiproblematiche.

*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* quando c'è una richiesta per frequentare un determinato servizio, l'operatore deve monitorare il caso e redigere relazioni sugli esiti del servizio. L'accesso dipende dalla gravità del caso: se c'è abuso sessuale o altro abuso, se i membri della famiglia hanno problemi di salute mentale o problemi sanitari (Aids ecc.), se sono attivati programmi di prevenzione. Ad esempio, il "Center for Family Life in Brooklyn", New York, operativo da almeno 30 anni, ha programmi strutturati tali che il tasso di allontanamento dei minori è molto basso.

Stato del

*Su richiesta dei genitori o degli operatori.*

Modalità di accesso ai servizi di prevenzione per la famiglia

Maryland	<i>Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno.</i>
Kansas	<i>Su decreto del giudice a seguito di un'indagine.</i>
Giappone	<i>Su richiesta dei genitori o degli operatori. Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno.</i>
Stato del New South Wales, Australia	<p><i>Su richiesta dei genitori o degli operatori:</i> ad esempio, assistenza di sollievo, mediazione in caso di crisi, assistenza economica.</p> <p><i>Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:</i> per esempio, assistenza diurna, assistenza di sollievo, sistemazioni di accoglienza.</p> <p><i>Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:</i> ad esempio, possono essere date ingiunzioni per la frequenza a corsi per genitori, servizi terapeutici contro abuso di droga e alcool, consulenza. L'osservanza di queste prescrizioni è requisito necessario per il rientro in famiglia se il bambino è stato allontanato.</p> <p>Negli ultimi dieci anni il numero di segnalazioni è aumentato (317.526 segnalazioni nel periodo 2007-2008, con un aumento del 26% negli ultimi 5 anni). Inoltre, è stato riconosciuto che un'ampia parte di quelle segnalazioni riguardano famiglie che non riescono a far fronte ai problemi che incontrano e hanno bisogno di sostegno. Anche per questo è cresciuta l'attenzione per gli interventi precoci e preventivi, al fine di incrementare la tutela del bambino e ridurre gli allontanamenti. Inoltre vengono attuati approcci interdipartimentali (sanità, scuola, servizi sociali), in modo da dare risposte più globali alle famiglie. Esempi di azioni di questo tipo sono: "Families First" nel New South Wales; "Child First", oppure "Family Support Innovation Projects", nello stato di Victoria; "Keeping them Safe" nel South Australia; "Common Assessment Framework" nell'Australian Capital Territory.</p>
Stato del Queensland, Australia	<i>Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:</i> ad esempio, non ci sono valutazioni dei bisogni standard, ma la maggior parte dei servizi di prevenzione sono limitati e solo poche famiglie riescono ad accedervi.
Stato di Victoria, Australia	<p><i>Su richiesta dei genitori o degli operatori:</i> ad esempio dove sono presenti malattia, disabilità o altri problemi sociali.</p> <p><i>Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:</i> ad esempio dove ci sono malattia, disabilità o altri problemi sociali (dipendenza da droga e alcool, problemi di salute mentale, violenza domestica).</p> <p><i>Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:</i> per esempio dove sono stati individuati problemi di abuso fisico o sessuale.</p>



## Modalità di accesso ai servizi di prevenzione per la famiglia

### Maori NZ (Hawkes Bay)

*Su richiesta dei genitori o degli operatori:* ad esempio quando i genitori o altri membri della comunità segnalano un bambino ai servizi. Gli enti non governativi erogano la maggior parte dei servizi di prevenzione (gli enti che erogano assistenza di tipo residenziale devono essere enti autorizzati). Le Ngo ricevono le segnalazioni dalle famiglie e da altre agenzie di servizi di prevenzione. Questi servizi sono finanziati dal governo attraverso contratti gestiti secondo il "Children, Young Persons and their Families Act 1989". C'è la possibilità di compartecipazione ai costi, tuttavia è richiesta di rado. La consulenza è pagata dagli utenti, a meno che non sia pagata dall'assicurazione ACC ("Accident Compensation Insurance").

*Su richiesta, ma sulla base di una valutazione del bisogno:* in questo caso i servizi seguono una procedura di valutazione per prendere qualsiasi decisione. Anche la maggior parte delle Ngo utilizza un processo di valutazione finalizzato a progetti mirati sui bisogni delle famiglie.

*Su decreto del giudice a seguito di un'indagine:* ad esempio quando al servizio viene richiesto di fare la valutazione dopo aver ricevuto la segnalazione. Il Tribunale della famiglia può richiedere che vengano svolti alcuni interventi, come corsi di autocontrollo, consulenza di coppia, programmi per la prevenzione della dipendenza. Le Ngo possono avere un contratto per erogare alcuni servizi alle famiglie che sono state valutate a rischio secondo il CYF. Tuttavia, il modo principale attraverso il quale le famiglie accedono ai servizi è basato su ordinanze del giudice.

Il "cuore" del "Children Young Persons Act 1989" è costituito dalla "Family group conference". I progetti conseguenti a questi incontri possono prevedere che certi servizi o compiti da parte dei genitori/tutori siano fatti prima del rientro in famiglia.

## SITI WEB ANALIZZATI

### Australia

[www.aihw.gov.au](http://www.aihw.gov.au)

The Australian Institute of Health and Welfare is Australia's national agency for health and welfare statistics and information

[www.pc.gov.au](http://www.pc.gov.au)

The Productivity Commission is the Australian Government's independent research and advisory body on a range of economic, social and environmental issues affecting the welfare of Australians

[www.childsafety.qld.gov.au](http://www.childsafety.qld.gov.au)

Child Safety Services is dedicated to protecting children and young people from harm or who are at risk of harm, and whose parents cannot provide adequate care or protection for them

[www.dhs.vic.gov.au](http://www.dhs.vic.gov.au)

The Department of Human Services (DHS) is committed to enhancing and protecting the health and well being of all Victorians, emphasising vulnerable groups and those most in need

[www.anglicarevic.org.au](http://www.anglicarevic.org.au)

Anglicare Victoria exists to protect the vulnerable in our community – a child suffering from abuse, a homeless young person, a women escaping domestic violence, an impoverished couple unable to feed their family – people who desperately need our help

[www.mackillop.org.au](http://www.mackillop.org.au)

MacKillop Family Services one of the largest providers of services to children, young people and families in Victoria, Australia

[www.vacca.org](http://www.vacca.org)

Victorian Aboriginal Child Care Agency

[www.goodshepvic.org.au](http://www.goodshepvic.org.au)

Good Shepherd Youth and Family Service continues the work of the Sisters of the Good Shepherd. The agency seeks to build and promote a fair, just and caring society with a commitment to integrity and ethical service delivery to children and families

[www.community.nsw.gov.au](http://www.community.nsw.gov.au)

The NSW Department of Community Services (DoCS) promotes the safety and wellbeing of children and young people and works to build stronger families and communities

[www.centrelink.gov.au](http://www.centrelink.gov.au)

Australian Government statutory agency, delivering a range of Commonwealth services to the Australian community

[www.barnardos.org.au](http://www.barnardos.org.au)

For over 120 years Barnardos has been at the forefront of child welfare service provision and has embraced a tradition of innovation and holistic approach in our quest to find real, permanent solutions for Australian children in desperate need

[www.bensoc.org.au](http://www.bensoc.org.au)

The Benevolent Society works with individuals and communities in New South Wales and in Queensland

[www.burnside.org.au](http://www.burnside.org.au)

Uniting Care Burnside has a clear commitment to social justice and achieving positive social change

[www.thesmithfamily.com.au](http://www.thesmithfamily.com.au)

The Smith Family is a national, independent, social enterprise that supports disadvantaged Australian children to create a better future through education

[www.legislation.nsw.gov.au](http://www.legislation.nsw.gov.au)

This is the official NSW Government website for online publication of legislation and is provided and maintained by the Parliamentary Counsel's Office

#### Danimarca

[www.social.dk](http://www.social.dk)

Ministero degli Interni e degli affari sociali danese

[www.bornsvilkaar.dk](http://www.bornsvilkaar.dk)

Diritti dei bambini vulnerabili in Danimarca

[www.sfi.dk](http://www.sfi.dk)

Il Centro nazionale danese per la ricerca sociale

#### Finlandia

[www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Legislazione e giurisprudenza Finlandese

[www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Istituto di ricerca e sviluppo "Salute e benessere"

[www.lapsiasia.fi](http://www.lapsiasia.fi)

The basic duty of the Ombudsman for Children is to promote the implementation of children's rights in Finland

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

The Ministry of Social Affairs and Health

#### Germania

[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

[www.destatis.de](http://www.destatis.de)

The Federal Statistical Office provides statistical information on societal, economic and ecological phenomena, trends and connections as part of a basic information supply

#### Grecia

[www.kep.gov.gr](http://www.kep.gov.gr)

È un sito per la guida al cittadino Greco

[www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)

È il sito del Ministero della Salute e della Solidarietà sociale greco

[www.ekka.org.gr](http://www.ekka.org.gr)

Il Centro Nazionale per la solidarietà sociale (E.K.K.A.) del Ministero della Salute e della Solidarietà sociale

[www.anthropos.gr](http://www.anthropos.gr)

È il primo portale per i volontari delle ONG su Internet

[www.synigoros.gr](http://www.synigoros.gr)

The Greek Ombudsman is a constitutionally sanctioned Independent Authority. The principal mission of the Greek Ombudsman is to mediate between the public administration and citizens, in order to help citizens exercise their rights effectively

[www.O-18.gr](http://www.O-18.gr)

Nel sito web del Mediatore europeo per i bambini si possono trovare informazioni circa le nostre leggi sui diritti del fanciullo

#### Irlanda

[www.omc.gov.ie](http://www.omc.gov.ie)

The Office of the Minister for Children and Youth Affairs (OMCYA) is part of the Department of Health and Children

[www.hse.ie](http://www.hse.ie)

The Health Service Executive (HSE) is responsible for providing

Health and Personal Social Services for those living in Ireland

[www.irishstatutebook.ie](http://www.irishstatutebook.ie)

The Irish Statute Book database comprises the Acts of the Oireachtas, Statutory Instruments and Legislation Directory (Chronological Tables) of the Statutes for the period 1922-2005

[www.dohc.ie/](http://www.dohc.ie/)

The Department of Health and Children's statutory role is to support the Minister in the formulation and evaluation of policies for the health services

[www.archways.ie](http://www.archways.ie)

Archways is a national organisation promoting and researching the use of evidence based programmes as an intervention for young people experiencing social, emotional, and behavioural difficulties and also as a means to prevent such difficulties

[www.barnardos.ie](http://www.barnardos.ie)

Barnardos supports children whose well-being is under threat, by working with them, their families and communities and by campaigning for the rights of children. Barnardos, established in Ireland in 1962, is Ireland's leading independent children's charity

[www.ispcc.ie](http://www.ispcc.ie)

The Irish Society for the Prevention of Cruelty to Children (ISPCC) was founded in 1889. It is Ireland's oldest and most well-known children's charity

[www.omc.gov.ie](http://www.omc.gov.ie)

The Office of the Minister for Children and Youth Affairs (OMCYA) is part of the Department of Health and Children. The role of the OMCYA is to improve the lives of children under the National Children's Strategy and bring greater coherence to policy-making for children

[www.archways.ie](http://www.archways.ie)

Archways is a national organisation promoting and researching the use of evidence based programmes as an intervention for young people with emotional and behavioural difficulties and also as a means to prevent such difficulties arising in the first place

## Israele

<http://www.molsa.gov>

Ministero degli Affari sociali in Israele

## Nuova Zelanda

[www.msdc.govt.nz](http://www.msdc.govt.nz)

The Ministry of Social Development is structured to provide the best service possible to New Zealanders in need

[www.nzfamilies.org.nz](http://www.nzfamilies.org.nz)

The Families Commission provides a voice for New Zealand families and whānau. Established in 2004, we are an autonomous Crown agency governed by a board of commissioners

[www.legislation.govt.nz](http://www.legislation.govt.nz)

New Zealand Legislation: Acts (Acts are laws made by Parliament)

[www.cyf.govt.nz/Publications](http://www.cyf.govt.nz/Publications)

Child, Youth and Family produces a range of publications, research reports, brochures and videos

[www.ohf.org.nz](http://www.ohf.org.nz)

The Open Home Foundation of New Zealand provides social services from 13 Service Centres throughout Aotearoa

[www.familyworks.org.nz](http://www.familyworks.org.nz)

Family Works Northern (formerly known as James familyTM) is

	the child and family services division of Presbyterian Support Northern
<a href="http://www.maorihealth.govt.nz">www.maorihealth.govt.nz</a>	Addressing māori health
<b>Regno Unito</b>	
<a href="http://www.oneparentfamilies.org.uk">www.oneparentfamilies.org.uk</a>	Gingerbread is the leading national charity working to help the UK's 1.9 million lone parents and their children
<a href="http://www.lboro.ac.uk/research/ccfr">www.lboro.ac.uk/research/ccfr</a>	The Centre for Child and Family Research (CCFR) is an independent research unit based in the Department of Social Sciences at Loughborough University
<b>Slovakia</b>	
<a href="http://www.usmev.sk">www.usmev.sk</a>	Tutela i diritti dei bambini abbandonati e orfani, ai sensi della Dichiarazione dei diritti del fanciullo e la Convenzione sui diritti del fanciullo
<a href="http://www.employment.gov.sk">www.employment.gov.sk</a>	Ministero del Lavoro, Affari Sociali e della Famiglia della Repubblica Slovacca
<b>Stati Uniti</b>	
<a href="http://www.childtrendsdatbank.org">www.childtrendsdatbank.org</a>	Child Trends is a nonprofit research organization dedicated to improving the lives of children and families by providing research and data to inform decision-making that affects children
<a href="http://www.urban.org/children">www.urban.org/children</a>	The Urban Institute gathers data, conducts research, evaluates programs, offers technical assistance overseas, and educates Americans on social and economic issues
<a href="http://www.aecf.org">www.aecf.org</a>	Founded in 1948, the primary mission of the Annie E. Casey Foundation is to foster public policies, human-service reforms, and community supports that more effectively meet the needs of today's vulnerable children and families
<a href="http://www.acf.hhs.gov">www.acf.hhs.gov</a>	The Administration for Children and Families (ACF), within the Department of Health and Human Services (HHS) is responsible for federal programs that promote the economic and social well-being of families, children, individuals, and communities
<a href="http://www.frccn.org">www.frccn.org</a>	Family Resource Center Coalition of Nebraska Inc. (FRCCN) is a nonprofit consulting and advocacy organization
<a href="http://www.breakingfreeinc.org">www.breakingfreeinc.org</a>	Founded in 1975 as the Citizens Advisory Board, Breaking Free is truly a grassroots organization. Currently we are an organization that serves families in DuPage, Grundy, Kane, Kendall and Will
<a href="http://www.efrconline.org">www.efrconline.org</a>	The Exceptional Family Resource Center (EFRC) is a community-based collaborative agency, staffed by parents and professionals
<a href="http://wctf.state.wi.us">wctf.state.wi.us</a>	The Wisconsin State Legislature created the Children's Trust Fund as a public-private partnership in July 1983
<a href="http://www.familyresourcecenter.org">www.familyresourcecenter.org</a>	Family Resource Center is an innovative nonprofit agency that fosters partnerships, increases access to health and human services

and builds the capacity of agencies to serve the community

[www.elnidofamilycenters.org](http://www.elnidofamilycenters.org)

El Nido Family Centers, a social service non-profit agency, provides counseling, family life education and service coordination to children, adolescents and families to disadvantaged communities throughout Los Angeles County

[www.cflsp.org](http://www.cflsp.org)

Center for Family Life is a neighborhood-based family and social services organization with deep roots in Sunset Park, Brooklyn

[www.family.umaryland.edu](http://www.family.umaryland.edu)

Ruth H. Young Center for Families and Children - University of Maryland School of Social Work

[www.cwla.org](http://www.cwla.org)

Funding Resources for Child Welfare

#### Svezia

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

The National Board of Health and Welfare is a government agency under the Ministry of Health and Social Affairs

#### Altri siti di area europea

[eesc.europa.eu](http://eesc.europa.eu)

Comitato economico e sociale europeo

[www.childoneurope.org](http://www.childoneurope.org)

The European Network of National Observatories on Childhood carries out activities of analysis and research and of documentation and communication

[www.eurochild.org](http://www.eurochild.org)

Eurochild is an active network of organisations and individuals working in and across Europe to improve the quality of life of children and young people

[www.efsc-eu.org](http://www.efsc-eu.org)

The European Federation for Street Children (EFSC) is a Brussels-based association committed on a non-profit basis to the improvement of the rights and situations of children at risk

[www.childfocus.be](http://www.childfocus.be)

Child Focus, the European Center for Missing and Sexually Exploited Children, is a foundation of public utility

[www.outcome-evaluation.org](http://www.outcome-evaluation.org)

International association for outcome-based evaluation and research on family and children's services

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agathonos-Georgopoulou H., Tsibouka V., Skoubourdi A. (2008), *Bambini problematici e in difficoltà: una sfida per gli operatori*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Aldgate J., Rose W., McIntosh M. (2007), *Changing Directions for Children with Challenging Behaviour and their Families: Evaluation of CHILDREN 1ST Directions Projects*, CHILDREN 1<sup>ST</sup>, Edinburgh.
- Altman J.C. (2005), *Engagement in children, youth and family services: Current research and promising approaches*, in G. Mallon & P. Hess (Eds.), *Child Welfare for the Twenty-First Century: A Handbook of Practices, Policies and Programs*, Columbia University Press, New York, pp. 72-86.
- Andrews P. (2004), *The heart of the family*. Community Care, 34-35.
- Andrews P. (2007), *The Homebuilders model in England*, Unpublished paper.
- ARCH National Respite Network and Resource Center (2006), ARCH 5.2. Chapel Hill: ARCH National Respite Network and Resource Center, Chapel Hill Training Project, Inc.
- Ashley C. (a cura di) (2006), *The Family Group Conference Toolkit-a practical guide for setting up and running an FGC service*, Family Rights Group, London.
- Asscher J.J., Hermanns J.M.A., Deković M. (2008), *Effectiveness of the Home-Start parenting support program: Behavioral outcomes for parents and children*, Infant Mental Health Journal, 29, pp. 95-113.
- Barth R.P., Greeson J., Guo S., Hurley S., Sisson J. (2008), *Indici di efficacia tra ragazzi in assistenza residenziale e ragazzi che seguono una terapia intensiva a domicilio: la propensity score analysis*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Berry M. (edited by) (2007), *Identifying Essential Elements of Change. Lessons from International Research in Community Based Family Centres*, Acco, Leuven.
- Biehal N. (2005), *Working with adolescents at risk of out of home care: the effectiveness of specialist teams*, Children and Youth Services Review, 27,9, pp. 1045-1059.
- Biehal N. (2005), *Working with Adolescents: Supporting Families, Preventing Breakdown*, BAAF, London.
- Biehal N. (2006), *Preventive services for adolescents: exploring the process of change*, British Journal of Social Work, Advance Access doi: 10.1093/bjsw/bcl352.

- Boddy J., et al. (2008), *International perspectives on parenting support: Non-English language sources*, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Boddy J., Statham J., McQuail S., Petrie P., Owen C., (2008), *Working at the 'edges' of care? European models of support for young people and families*, TCRU, University of London.
- Borduin C.M., Mann B.J., Cone L.T., Henggeler S.W., Fucci B.R., Blaske D.M., Williams R.A. (2001), *Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence*, Journal of Consulting and clinical psychology, 63, pp. 565-578.
- Brousseau M. (2000), *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Thèse de doctorat. Québec: Laboratoire de recherche, École de service social, Université Laval, 158.
- Byford S., Mc Daid D., Sefton T. (2003), *Because it's worth it. A practical guide to conducting economic evaluations in the social welfare field*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Cabinet Office (2007), *Reaching Out: Think Family. Analysis and themes from the Families at Risk Review*. London, Social Exclusion Task force.
- Center for Economic Performance, London School of Economics (2007), *The Cost of Exclusion. Counting the cost of youth disadvantage in the UK*, Prince's Trust, London.
- Chass K.A., Wensierski H.J. (Hg.) (2002), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage*, Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Child maltreatment*, The Lancet, 3/2008.
- ChildOn, European Network of National Observatories on Childhood (2005), *Family mediation in the European Union*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- ChildOn, European Network of National Observatories on Childhood (2007), *Review on national systems of statistics and registration on child abuse*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Christiansen Ø., Moldestad B. (2008), *Valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Clarke H., Hughes N., Morris K. (2008), *Gli approcci globali alla famiglia: rispondere e affrontare stili di vita complessi?*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Clement E. (2009), *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2007*, Etudes et Résultats, 682.
- Cole S.A., Wehrmann K.C., Dewar G., Swinford L. (2005), *Crisis nurseries: A vital component in the system of care for families and children*. Children and Youth Services Review, 27, pp. 995-1000.
- Colla H., Gabriel Th., Millham S., et al. (Hg.) (1999), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*, Luchterhand Verlag, Neuwied.



- Conley A., Duerr Berrick J. (2008), *Prevenzione dell'abuso a livello comunitario. Esiti associati a un programma di risposta differenziale in California*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Connolly M. (2005), *Differential responses in child care and protection: Innovative approaches in family-centered practice* [Special Edition: Differential response in child welfare], *Protecting Children*, 20 (2 & 3), pp. 8-20.
- Crampton D. (2007), *Research Review: Family group decision-making: a promising practice in need of more programme theory and research*, *Child and Family Social Work* 12(2), pp. 202-209.
- Crnici K.A., Greenberg M.T. (1990), *Minor parenting stresses with young children*. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- D'Amour D., et al. (2005), *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*, *Journal of interprofessional care*, Supplement 1.
- Dagenais C., et al. (2009), *Brief and intensive family support program to prevent emergency placements: lesson learned from a process evaluation*, *Children and Young Services Review*, 31.
- Davidson G., Barry A.M. (2003), *Assessment of benefits and costs of out of school care*, *Scottish Executive Education Dept*, 5.
- Davies M. (2008), *L'uso della ricerca azione per avviare lo sviluppo di un cambiamento culturale nel servizio di crisi per le famiglie e per quanti richiedono*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- DePanfilis D., Dubowitz H., Kunz J. (2008), *Assessing the cost-effectiveness of Family Connection*, *Child Abuse & Neglect*, 32(3), pp. 335-351.
- DfES (2006), *Making it Happen: working together for children, young people and families*, DfES, London.
- Dufour S., Chamberland C. (2004), *The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: enhancing the well-being of children who live at home*, *Child and Family Social Work*, 9, pp. 39-56.
- Edelson J. (1999), *Children's witnessing of adult domestic violence*, *Journal of Interpersonal Violence*, 14(5), pp. 839-870.
- Epstein N.B., Baldwin L.W., Bishop D.S. (1983), *The McMaster family assessment device*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), pp. 171-180.
- Farrington D., Gottfredson D., Sherman L., Welsh B. (2002), *The Maryland Scientific Methods Scale*, in Sherman L., Farrington D., Welsh B., Mackenzie D. (Eds.), *Evidence-based crime prevention*, Routledge, London.
- Fernandez E. (2004), *Effective Interventions to Promote Child and Family Well-being*, *Child and Family Social Work*, 9(1), pp. 91-104.
- Fernandez E. (2007), *Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support*. *Children and Youth Services Review*, Volume 29, Issue 10, pp. 1368-1394.

- Forgey M.A. (1999), *Social work assessment in intimate partner violence: Integrating the empirical knowledge base*, Journal of Applied Social Sciences, 24 (1), pp. 3-16.
- Forgey M.A., Allen M., Hansen J. (2008), *Quanto efficace è la valutazione della violenza domestica tra coniugi nel proteggere i minori a rischio? Un confronto transnazionale*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Gaspar M.F., Seabra-Santos M.J. (2008), *Risultati preliminari dalla traduzione, implementazione e ricerca dello strumento Webster-Stratton Incredible Years*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Gaudin J.M., Dubowitz H. (1997), *Family Functioning in neglectful families: Recent research*, in Berrick J.D., Barth R.P., Gilbert N. (Eds.), *Child Welfare Research Review*, 2, pp. 28-62.
- Ghate D., Hauari H., Hollingworth K., Lindfield S. (forthcoming 2008), *Key elements of effective practice in parenting support in the youth justice context: source document*. London: Youth Justice Board.
- Gibbons J., Thorpe S. (1989), *A Useful Part of the Community: Family Projects in Local Areas, Report to the Joseph Rowntree Memorial Trust*, National Institute for Social Work, London.
- Goodman R. (1997), *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(5), pp. 581-586.
- Grietens H. (2008), *Quali prospettive europee a proposito di interventi 'evidence based' per bambini e ragazzi a rischio e le loro famiglie*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Gross D., Fogg L., Webster-Stratton C., Garvey C., Julion W., Grady J. (2003), *Parent training with families of toddlers in day care in low-income urban communities*, Journal of Consulting & Clinical Psychology, 7, pp. 261-278.
- Gutbrandsson B. (2006), *Rights of children at risk and in care*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Hartley R. (2008), *Respire care literature review*, Report.
- Henggeler S.W., Melton G., Brondino M.J., Scherer D.G. (1997), *Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (5), pp. 821-833.
- Henggeler S.W., Schoenwald S.K., Borduin C.M., Rowland M.D., Cunningham P.B. (1998), *Multisystemic Treatment of Antisocial behaviour in Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York.
- Ireys H., Divet K., Sakawa D. (2002), *Family support and education*, in Burns B., Hoagwood K. (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders*, Oxford University Press, New York, pp. 154-176.

- Jones T., Prinz R. (2005), *Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review*, *Clinical Psychology Review*, 25, pp. 341-363.
- Kazdin A.E. (1997), *Parent management training: Evidence, outcomes and issues*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 1349-1356.
- Katz I., Pinkerto J. (edited by) (2003), *Evaluating Family Support - Thinking Critically, Thinking Internationally*, Wiley, Chichester.
- Kemp S.P., Marcenko M.O., Vesneski W. (2008), *Coinvolgere i genitori naturali nei servizi per l'infanzia: strategie efficaci e opportunità politiche*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Knitzer J., Kreader J.L. (2004), *Strategic community and state action to promote the well-being of infants and toddlers: Lessons from the real world. Infants and Young Children*, Vol. 17, No. 4., pp. 318-326.
- Lacluyse K., Grietens H., Hellinckx W. (2007), *Signaallijst ernstige opvoedingsproblemen: Ontwikkeling van een werkinstrument voor het onderkennen van ernstige opvoedingsproblemen, ter ondersteuning van hulpverleners werkzaam binnen de Integrale Jeugdhulp*. KU Leuven, Research report.
- Leavitt S., Booth C. (2008), *Implementazione transnazionale del modello Homebuilders®. Esperienze, sfide ed esiti*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Lightburn A., Warren-Adamson C. (2009), *An integrated practice model for family centers*, in Roberts A. (Ed.), *The Social Worker's Desk Reference*, Oxford University Press, New York.
- Loots G., Van Puyenbroeck H., Grietens H., Jacquet W. (2006), *Crisishulp aan Huis in Vlaanderen. Rapportering van een uitkomstonderzoek*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- Manchester Metropolitan University (2008), *Economic evaluation of young carers' interventions. Crossroads caring for carers and the princess royal trust for carers*, Manchester Metropolitan University.
- Manolo V. (2008), *Understanding practice principles and service delivery: the implementation of a community-based family support program*, *Children and Young Services Review*, 30.
- Marsh P. (2007), *Developing an enquiring social work practice: Practitioners, researchers and users as scientific partners*, Utrecht, Bohn Stafleu van Loghum, Netherlands.
- Marsh P. (2008), *Le Family group conferences e il miglioramento del processo decisionale incentrato sulla famiglia*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Marsh P., Crow G. (1998), *Family Group Conferences in Child Welfare*. Oxford: Blackwell Science.
- McAuley C., Knapp M., Beecham J., McCurry N., Slead M. (2004), *Young Families Under Stress: Outcomes and Costs of Home-Start Support*, Joseph Rowntree Foundation, York.

- McKay M.M., Bannon W.M. (2004), *Engaging families in child mental health services*, Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 13(4), pp. 553-566.
- Michael Foster E., et al. (2008), *The costs of public health infrastructure for delivering parenting and family support*, Children and Young Services Review, 30.
- Miller I.W., Kabacoff R.I., Epstein N.B., Bishop D.S., Keitner G.I., Basldwin L.M., Van der Spuy H.I.J (1994), *The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning*. Family Process, 33, pp. 53-69.
- Miller R., Asquini C. (2008), *Riformare il sistema dei servizi: considerazioni sulle politiche secondo una prospettiva australiana*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Moran P., Ghate D., Van der Merwe A. (2004), *What works in parenting support: a review of the international evidence*. London: DfES RR574.
- Morris K., Hughes N., Clarke H., et al. (2007), *Whole Family Approaches: A Review for the Social Exclusion Task Force*, Cabinet Office, London.
- Munro E., Stein M., Ward H. (2005), *Comparing how different social, political and legal frameworks support or inhibit transitions from public care to independence in Europe, Israel, Canada and the United States*. International Journal of Child and Family Welfare, 8(4), pp. 197-198.
- NSW Commission for Children and Young People (2004,), *Families First Out-comes Framework NSW Data Report. Population Outcome measures for children, families and communities in NSW*, Australia.
- O'Leary K.D., Smith Slep A.M., O'Leary S. (2000), *Co-occurrence of partner and parent aggression: Research and treatment implications*. Behavior Therapy, 31, pp. 631-648.
- Parish S., Cloud J.M. (2006), *Child care for low-income school-age children: Disability and family structure effects in a national sample*, Children and Young Services Review, 28.
- Patterson J., Barlow J., Mockford C., Klimes I., Pyper C., Stewart-Brown S. (2002), *Improving mental health Through parenting programmes: Block Randomised Controlled Trial*, Archives of Diseases in Childhood, Vol. 87, pp. 472-477.
- Prinz R., Sanders M. (2007), *Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions*, Clinical Psychology Review 27, pp. 739-749.
- Quinton D., et al. (2005), *Supporting Families: Messages from Research*, JKP, London.
- Richardson J., Joughin C. (2002), *Parent Training Programmes for the Management of Young Children with Conduct Disorders: Findings from Research*. Gaskill, London.
- Rivkin D. (2008), *La valutazione dei centri di trattamento figli-genitori in Israele*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

- Rose W., Aldgate J. (2008), *Cambiare gli orientamenti del lavoro con i bambini difficili e le loro famiglie*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Rutgers A.H., Hoffenaar P.J., Asscher J.J., Deković M., Hermanns J.M.A. (2008), *Efficacia a lungo termine del programma Home-Start di supporto*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Sanders M.R. (1999), *Triple P-positive parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behaviour and emotional problems in children*, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (2), pp. 71-90.
- Sanders M.R., Cleghorn D., Shepherd R.W., Patrick M. (1996), *Predictors of clinical improvement in children with recurrent abdominal pain*, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, pp. 27-38.
- Sanders M.R., Markie-Dadds C., Turner K.M.T. (2003), *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*, *Parenting Research and Practice Monograph*, 1, pp. 1-21.
- Small A., Coney S., O'Connor (2009), *Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-based Prevention Programs*, *Family Relations*, 58, pp. 1-13.
- Social Exclusion Task Force (2007), *Reaching Out: Think Family*, London: Cabinet Office.
- Sociale services improvement agency, Asiantaeth Gwella'r Gwasanaethau Cymdeithasol, *What works in promoting good outcomes for children in need in the community?*
- Statham J., Holtermann S., Winter G. (2001), *Supporting families. A comparative study of outcomes and costs of services for children in need*, Institute of Education, University of London, London.
- Swartz H.A., et al. (2007), *Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques from motivational interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation*, *Professional Psychology: Research and practice*, 38(4), pp. 430-439.
- Temple J.A., Reynolds A.J. (2007), *Benefits and costs of investments in preschool education: Evidence from the Child-Parent Centers and related programs*, *Children and Young Services Review*, 26.
- Thoburn J., et al. (2000), *Family Support in cases of emotional maltreatment and neglect*. Department of Health, London.
- Thomas S. (2007), *The Victorian Family Support Innovation Projects: Final Evaluation Overview Report*. Monash University.
- Tilbury C. (2005), *Counting family support*, *Child and Family Social Work*, 10, pp. 149-157.
- Tillard B., Rurka A., *Du placement à la suppléance familiale. Actualité des recherches internationales*, L'Harmattan, Paris.

- Tunstall J. et al. (2006), *Improving Children's Services Networks: Lessons From Family Centres*. JKP, London.
- Turner K., Sanders M. (2006), *Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach*, *Aggression and Violent Behavior*, 11, pp. 176-193.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families/Children's Bureau and Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (2003), *National study of child protective services systems and reform efforts: Review of state CPS policy*. (Washington, DC: U.S. Government Printing Office).
- Utting D., Monteiro H., Ghate D. (2007), *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. London: Policy Research Bureau.
- Utting D., Monteiro H., Ghate D. (2007), *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. London: PRB/Department of Health.
- Van Bueren G. (2008), *Child rights in Europe*. Strasbourg: Council of Europe.
- Van den Bruel B. (2008), *Sostegno alla genitorialità coinvolgendo il bambino e la famiglia: verso interventi più efficaci*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Van Puyenbroeck H., Loots G., Grietens H., Jacquet, W. (2007), *Crisishulp aan Huis Vlaanderen: een uitkomstonderzoek*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46 (2007), pp. 78-89.
- Van Woudenberg K., McKay L. (2008), *Valorizzare i giovani genitori – Prassi collaborative nel lavoro con genitori adolescenti a Sidney secondo un modello di intervento*, in in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T. (2007), in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J. (edited by), *Promoting competence in children and families. Scientific perspectives on resilience and vulnerability*. Eusarf, Leuven.
- Veerman J.W., De Kemp R.A., Ten Brink L.T., Slot N.W., Scholte E.M. (2003), *The implementation of Families First in the Netherlands: A one year follow-up*. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(3), pp. 227-243.
- Warren-Adamson C., Lightburn A. (2006), *Developing a community-based model for integrated family centre practice*, in Lightburn A., Sessions P. (edited by), *The Handbook of Community-Based Clinical Practice*, New York: Oxford University Press.
- Washington State Institute for Public Policy (2006), *Intensive family preservation programs: Program fidelity influences effectiveness*.
- Webster-Stratton C. (1992), *The Incredible Years. A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Aged 3-8*. Toronto: Umbrella Press.
- Webster-Stratton C., Hammond M. (1997), *Treating Children with early on-set conduct problems: A comparison of child and parent training interventions*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), pp. 93-109.

- Webster-Stratton C., Reid M., Hammond M. (2001), *Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start*, *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), pp. 283-302.
- Whitelaw Downs S., et al. (2000), *Child Welfare and Family Services. Policies and Practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Whittaker James K. (2008), *Lo scenario degli interventi evidence-based per bambini e ragazzi in gravi difficoltà: come conoscere ciò che funziona e come utilizzarlo*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- World Health Organization (2004), *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options*, Who, Geneva.
- Zeira A. (2004), *Policy Digest, Child & Family Social Work*, Volume 9, Issue 3, pp. 305-307.





**RISC**

**R**ischio per l'**I**nfanza e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

**SEZIONE 2**

**AREA ITALIANA**  
ANALISI RAGIONATA DI LETTERATURA  
E DI ESPERIENZE



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## L'EVOLUZIONE DELLE POLITICHE PER L'INFANZIA, L'ADOLESCENZA E IL RISCHIO EVOLUTIVO

### Da dove

Negli anni '70-'80 del Novecento il dibattito sui "diritti dei minori" è stato molto intenso, al punto da diventare problema di interesse sociale generale. Non è facile oggi comprendere questa attenzione privilegiata ai diritti dell'infanzia in un periodo, come quello attuale, in cui l'agenda sociale è occupata da altre questioni, quali la non autosufficienza, la sostenibilità della spesa di welfare, l'invecchiamento della popolazione. Le ragioni ci sarebbero: la bassa natalità, la povertà delle famiglie con più figli, la crescita dei fenomeni di disagio e di disadattamento in età evolutiva ecc., ma questo non basta per far diventare questione di interesse generale i diritti e le opportunità da garantire alle nuove generazioni.

Al contrario, nella seconda metà del Novecento una società molto più giovane di quella attuale, più povera, con un sistema sociale da costruire, dopo la seconda guerra mondiale, e con tanti altri problemi, di fatto è stata capace di interrogarsi sul proprio futuro biologico, civile e di pari opportunità tra generazioni, a partire dai più giovani, a partire dalla loro esclusione che costringeva a vivere molti bambini e ragazzi, allontanati dalla famiglia, in condizioni di vera e propria segregazione.

Una concausa di questa condizione è la modalità di risposta dominante in quel tempo, l'istituto assistenziale, dove molti bambini e ragazzi erano ricoverati per mancanza dei genitori, per loro incapacità, per povertà, per disadattamento e devianza. Il termine "minori" aveva, come oggi, una valenza giuridica e, nello stesso tempo, simboleggiava una condizione di subalternità esistenziale, conseguente a una sistematica riduzione e/o negazione di diritti fondamentali.

In questo ambiente culturale e sociale si sviluppano numerose risposte, in una società con un welfare da costruire, se per welfare si intende capacità solidale di farsi carico dei bisogni, di garantire servizi, di esercitare tutela, di dare risposte assistenziali e, soprattutto, promozionali. L'approccio prevalente, come vedremo ben rappresentato in letteratura, è di tipo assistenzialistico, burocratico, istituzionalizzante, e quindi problema da affrontare e superare.

È in questo terreno, apparentemente arido e pieno di contraddizioni, che invece si creano condizioni culturali, etiche e politiche per sviluppare nuove soluzioni, sperimentarle, dare loro legittimazione culturale e giuridica, nel sistema delle risposte pubbliche di welfare. Ciò avviene in un momento in cui la legislazione è ancora fortemente centrata sugli enti statali e su un'organizzazione settoriale delle responsabilità e delle competenze. Le soluzioni nuove prendono forma in modi spesso volontaristici, in assenza di programmazione, in mancanza di vere e proprie scelte politiche. Queste soluzioni sono di diversa natura:

Diritti dei minori

- **residenziali:** per i bambini e ragazzi che non hanno famiglia e per quanti di loro possono stare nella propria famiglia, con soluzioni alternative all'istituzionalizzazione tradizionale;
- **specializzate:** con gli enti nazionali, le risposte del Ministero di grazia e giustizia e dei tribunali per i minorenni, coesistono le nuove forme di intervento, quali ad esempio focolari, gruppi famiglia, comunità alloggio;
- **centrali:** quindi impegnate a garantire in tutto il territorio nazionale le stesse risposte (frutto dell'impegno centrale) e, nello stesso tempo, volte non solo al ricovero in istituto, ma impegnate anche su versanti sperimentali, quali i quartieri popolari, contesti lavorativi e altre situazioni in cui il sostegno alla famiglia o ai ragazzi possa rivelarsi utile. Si tratta, in un certo senso, di Lea "primitivi", se per livelli essenziali di assistenza si intende l'impegno a dare uniformità di intervento nel territorio nazionale, a partire dai medesimi problemi;
- **professionali:** in quanto non mancano professioni (educatori, medici di medicina generale, assistenti sociali, giudici specializzati, psicologi, neuropsichiatri infantili ecc.) impegnate nella costruzione di risposte integrate. Il punto originale è che molti professionisti sviluppano un impegno civile oltre che professionale, non quindi solo per mandato professionale, ma anche per opzioni etiche e politiche finalizzate a dare risposte ai problemi dei più deboli, identificati soprattutto nei molti bambini e ragazzi che vivono in condizioni istituzionalizzanti e senza adeguata speranza di futuro.

Soluzioni nuove

In questo sistema di risposte, a regia nazionale frammentata, non è difficile riconoscere quelli appena descritti come Lea primitivi, cioè livelli essenziali di assistenza per l'infanzia, di fatto quantificati in termini di finanziamento e di capacità di risposta, soprattutto sul versante dell'allontanamento dalla famiglia e sul versante di alcune modalità di trasferimento economico.

Lea primitivi

In questo contesto, di dibattito e di conflitto sociale, l'enfasi è sulla deistituzionalizzazione, non ancora quindi sul ritorno a casa. Non poteva essere diversamente, visto il grande numero di bambini e ragazzi allontanati dalle famiglie, presi in carico da istituzioni pubbliche e private, senza ragionevole speranza di poter tornare a vivere con i propri genitori. Lo sforzo dominante è volto a una diversa gestione dell'allontanamento, investendo in due prospettive:

- a) l'allontanamento in un'altra famiglia, cioè un allontanamento basato sulla solidarietà e la disponibilità all'accoglienza di famiglie interessate a vivere una diversa esperienza di famiglia;
- b) l'allontanamento seguito dall'accoglienza in strutture residenziali di piccole dimensioni, a carattere familiare, interessate a riprodurre, per quanto possibile, le principali dinamiche familiari.

L'analisi di letteratura ci consegna un quadro molto variegato che è di pensiero e di azione. Se consideriamo alcuni testi del tempo, organizzati nella successiva selezione, notiamo un costante interesse a coniugare teoria e prassi, pensiero e azione, per non fare solo analisi dei problemi, ma per trasformare i risultati dell'analisi in superamento dei problemi e sperimentazione di nuove soluzioni. È un carattere trasversale agli esempi di letteratura che seguono. Tra loro ne sceglieremo alcuni da commentare all'interno di un percorso ragionato di analisi.

- AA.VV. (1984), *Quattro mura di umanità. Convegno nazionale sul ruolo delle comunità alloggio*, Regione Piemonte, Torino.
- AA.VV., *Deistituzionalizzazione e strutture comunitarie in psichiatria, nell'assistenza ai minori e nelle tossicodipendenze*, Prospettiva, n. 5/1984
- Battistacci G., Caffo E., Cattabeni G., Tavassi M.T., Vernò F. (1985), *L'abuso e la violenza all'infanzia*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Bonini M.C., Carugati F., De Paolis P., Emiliani F., Palmonari A. (1976), *Diventare uguali. I minori dall'istituto ai gruppi-appartamento*, Coines Edizioni, Roma.
- Bracco P. e altri (1985), *È possibile un progetto-obiettivo adolescenti?* Fondazione Zancan, Padova.
- Brugnone G., D'Alberton F., Zambon A., Zane L. (1976), *Alternative concrete al ricovero dei minori in istituto*, ed. Prospettive assistenziali, Torino.
- Busnelli C. (1960), *La riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche*, Annali della sanità pubblica, Roma.
- Busnelli C. (1969), *I ragazzi difficili*, Sales, Roma.
- Busnelli C., *L'attività dei cmpp dell'Enpmf per i minori assistiti dall'Enaoli*, rivista "Ragazzi d'oggi", Roma 1966.
- Busnelli E., Del Conte L., Cattabeni G., Santone G., Tonizzo A. (1985), *Dal ricovero all'affidamento: cambia una legge o una mentalità?*, Fondazione Zancan, Padova.
- Busnelli E., Moro A.C., (1990), *Minori e giustizia*, Fondazione Zancan, Padova.
- Capocaccia A.F. (a cura di) (1969), *Il Centro Medico Psico Pedagogico*, AAI, Roma
- CNCA (1984), *Tra utopia e quotidiano: il coordinamento delle comunità di accoglienza*, EGA, Torino.
- Comitato Internazionale Problemi Infanzia (1985), *Minori: linee di indirizzo per una politica unitaria*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Il servizio sociale per i minorenni con manifestazioni antisociali*, 1972, AAI, Roma
- Maurizio R., Peirone M. (1984), *Minori, comunità e dintorni*, EGA, Torino.
- Meucci G.P., Scarcella F. (1984) *La tutela dei diritti dei minori*, NIS, Roma.
- Moro A.C. (1982), *I diritti del minore in Italia*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Moro A.C. (1988), *Erode fra noi*, Mursia, Milano.
- Regione Veneto in collaborazione con l'Associazione Italiana dei Giudici per i minorenni (1975), *Per una politica regionale dei servizi sociali a tutela dei minori*, Atti convegno di Abano 24-26 gennaio 1975.
- Vecchiato T., (1983), *Le comunità per minori fra ipotesi e realizzazioni, fra esperienza e professionalità*, Annali Scuola Superiore di Servizio Sociale, Trento.
- Vecchiato T., *Integrating Professional ad Community Resources for Young Persons*, in Hudson J., Galaway B. (a cura di) (1989), "The State as Parent", Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Vecchiato T., *La comunità alloggio: un modello polivalente di intervento sociale*, Bambino Incompiuto, 3/86.
- Vernò F., (a cura di) (1989), *Minori: un impegno per la comunità locale*, Fondazione Zancan, Padova.

Come detto sopra, alcune di queste pubblicazioni si prestano a ripercorrere un itinerario di pensiero e di ricerca caratterizzante quel periodo, per capire da dove è par-

Itinerario di pensiero e di ricerca

tita buona parte dell'innovazione, anche recente, in tema di politiche per l'infanzia e su quali problemi si è maggiormente concentrata.

Nel volume di Bonini, Carugati, De Paolis, Emiliani, Palmonari (1976), **DIVENTARE UGUALI. I MINORI DALL'ISTITUTO AI GRUPPI APPARTAMENTO**, Coines, Roma, troviamo una sintesi efficace di come venivano affrontati i problemi e le possibili soluzioni.

“Ora che sono noti, senza possibilità di smentita, gli effetti dannosi, inibitori e massificanti, della pratica del ricovero in istituto sullo sviluppo della personalità, si pone urgente il problema di creare le condizioni non solo operative, ma anche culturali perché se ne metta in atto l'effettiva smobilitazione. Un tale processo non potrà però trascurare interventi riparativi nei confronti degli ex ricoverati e di profonda riqualificazione per gli operatori che costituiscono gli staff direttivi ed esecutivi degli istituti”.

C'è quindi consapevolezza di dover intervenire a sostegno delle diverse parti in gioco, personale compreso. Questa consapevolezza non genera opzioni certe, da assumere ad ogni costo, per l'effetto di spinte ideali e ideologiche. Guarda al movimento anti-istituzionale, alla sua capacità di mettere in discussione e superare alcuni dei baluardi storici del sistema assistenziale minorile, basato su istituzioni assistenziali. Nel contempo, gli autori sollevano il dubbio contenuto nella domanda: le nuove soluzioni di accoglienza residenziale, a carattere comunitario, basate su piccoli nuclei di convivenza, sono una soluzione effettiva, oppure rappresentano una semplice riduzione di scala? Sono, o possono, diventare modalità di intervento che riproducono logiche istituzionalizzanti? La risposta non è facile. Viene cercata nel confronto e nello scambio, anche dialettico, fra quanti sono chiamati a modificare i propri modi di essere e di operare.

“Abbiamo visto che i gruppi-appartamento sono sorti con lo scopo di rispondere in modo non riduttivo a precise e ben individuate condizioni di bisogno. Tuttavia, da quanto abbiamo detto finora, non risulta chiaro se essi costituiscano veramente delle strutture che operano in senso alternativo alla logica assistenziale tradizionale, oppure se siano soltanto interventi più adeguati, al passo con le nuove esigenze.

...

Vi è sempre stata la possibilità di comunicazione diretta fra gli educatori e il responsabile politico dei gruppi-appartamento. Vedremo che questa comunicazione si è instaurata nel momento di progettazione dei gruppi stessi, facilitata dalla presenza di un tecnico del servizio che gestiva l'iniziativa e che in pratica rivestiva il ruolo di “persona di fiducia” del responsabile politico”.

La consapevolezza che le nuove soluzioni siano “mezzi” migliori e non risultati positivi in quanto tali è importante. È anzi vista come antidoto necessario per le facili semplificazioni, per evitare l'illusione che basti cambiare forma senza intervenire nei caratteri sostanziali delle prassi istituzionalizzanti.

“Non si può allora pensare che i gruppi-appartamento siano la soluzione a tutti i problemi che fino a questo momento hanno provocato l'istituzionalizzazione dei minori. Se non si defi-

nisce una politica per la famiglia, indirizzata ad affrontare i bisogni sociali più complessivi, gestita e controllata democraticamente, che impieghi i beni disponibili (ora suddivisi nei bilanci dei vari enti, dall'Enaoli alle migliaia di opere pie), interventi come quelli che abbiamo illustrato sono velleitarie fucilate contro le dighe. Sono, secondo la critica di molti, sforzi illusori di costruire isole felici in un oceano di ingiustizie. Accettato tutto questo, noi riteniamo che i gruppi-appartamento significhino comunque qualcosa.

Nella prospettiva di una politica sociale di prevenzione, costituiscono punti di riferimento (non modelli) per affrontare situazioni estreme di disgregazione e di conflittualità familiare. D'accordo sui nidi e sulle scuole d'infanzia, d'accordo sul tempo pieno nella scuola rinnovata dalla partecipazione delle forze sociali, d'accordo sugli affidamenti e sulle adozioni, d'accordo su una politica nuova del territorio e della casa: resteranno pur sempre situazioni in cui il modello familiare della socializzazione non regge. E allora, per venire incontro ai bisogni concreti della situazione specifica, si potrà pensare a un intervento non istituzionale che si rifaccia, senza copiarla, all'idea dei gruppi-appartamento. D'altra parte, anche la politica di prevenzione più seria non potrà trascurare la necessità degli interventi riparativi nei confronti dei danni provocati, sia sul tessuto sociale sia sui singoli internati, dalle istituzioni totali".

La sintesi proposta riproduce alcuni caratteri significativi del dibattito degli anni '70, che vede coinvolti vari centri di responsabilità: ricercatori, magistrati, operatori, responsabili di enti pubblici e privati. Vengono costruite occasioni e luoghi di incontro tra diversi soggetti, che insieme hanno interesse a confrontarsi sui problemi e le possibili soluzioni.

I successivi tre esempi ripropongono altrettanti punti di aggregazione, pensiero e ricerca, con potenzialità e contraddizioni. Sono:

Tre esempi

- il convegno di Abano, 24-25-26 gennaio 1975, organizzato dalla Regione Veneto, in collaborazione con l'Associazione italiana dei giudici per i minorenni, sul tema **"PER UNA POLITICA REGIONALE DEI SERVIZI SOCIALI A TUTELA DEI MINORI"**.
- il seminario di Catania, 20-21 marzo 1982, sulla **"DEISTITUZIONALIZZAZIONE E STRUTTURE COMUNITARIE IN PSICHIATRIA, NELL'ASSISTENZA AI MINORI E NELLE TOSSICODIPENDENZE"**.
- il Convegno nazionale sul ruolo delle comunità alloggio, organizzato dalla Regione Piemonte, dalla Provincia e dal Comune di Torino sul tema **"QUATTRO MURA DI UMANITÀ"** (Torino, 27-28-29 settembre 1984).

Vediamo con maggiori dettagli alcuni elementi di sintesi dal documento predisposto dall'Associazione italiana dei giudici per i minorenni: **"PER UNA POLITICA REGIONALE DEI SERVIZI SOCIALI A TUTELA DEI MINORI"** (Convegno di Abano, 1975).

Il convegno di Abano

"Il tribunale per i minorenni, soprattutto dopo l'entrata in vigore della legge n. 431 del 1967 sulle adozioni, è divenuto in modo ben più globale che in passato il garante di diritti fondamentali dei minori: i diritti che hanno la loro radice fondante nella Costituzione; che il codice

civile ora – dopo la legge 431 – specifica e il tribunale per i minorenni, appunto, per gran parte tutela nei casi di inadempienza e conflitto.

Secondo l'art. 30 della Costituzione, il mantenere, l'istruire e l'educare i figli, anche se nati fuori dal matrimonio, è un dovere ed è un diritto dei genitori: un dovere cui essi non possono sottrarsi; un diritto che non possono quindi alienare. Trattandosi di un diritto costituzionalmente sancito, la famiglia beneficia delle misure economiche e delle altre provvidenze atte ad agevolarla nell'adempimento dei suoi compiti (art. 31).

...

Dopo studi affermatasi negli anni '40 in poi, confortati da validissime documentazioni raccolte e pubblicate fin dagli anni '50 anche da organi internazionali assai qualificati, deve ritenersi ormai scientificamente acquisito che la presenza della figura materna e di quella paterna – originaria o sostitutiva che sia, secondo le circostanze – è indispensabile perché nella psicologia del minore si costruiscano le strutture portanti dello sviluppo e dell'equilibrio della personalità. Tale affermazione rischia di essere accettata, sì, dal profano, ma a livello di banale verità, mentre noi attestiamo che essa, per le sue conseguenze mentali e comportamentali, riveste una relevantissima validità scientifica e pratica. L'Istituto, lontano di fatto ed educativamente assente dalla famiglia, non può quindi porsi come un effettivo servizio sociale per essa; diviene anzi un surrogato, se non l'antagonista, che nega di fatto ciò che la Costituzione richiede per i figli.

...

Le soluzioni dipendono in buona parte dalle Regioni; per il resto possono spesso essere da queste sollecitate, tanto più quanto più esse avranno favorito in seno alle comunità, costituite in unità locali dei servizi, una larga politica di partecipazione popolare alla gestione degli interessi localmente emergenti. Un'attenzione tutta particolare anche e soprattutto da parte degli organi delle Regioni meritano, in questo particolare momento, la scuola e i suoi nuovi organi partecipativi.

...

Dal punto di vista del bene e della tutela dei minori tanto meglio sarà quanto più si concentreranno gli obiettivi da perseguire sui bisogni educativi e si stringerà così l'area del bisogno emergente e dell'intervento assistenziale. Ed eccone molte:

nidi di infanzia, scuole materne, iniziative per il tempo libero - ricreative, creative, culturali -; centri di consultazione psico-pedagogica, di formazione e di elevazione culturale per i familiari, di igiene mentale; all'oggi i servizi per ragazze madri o madri sole, prestazioni domiciliari per la famiglia; comunità-alloggio per i piccoli gruppi di giovani, agenzie di servizio sociale ecc.

...

Solo nei casi di invincibile inadeguatezza della famiglia, e previa valutazione del giudice, o nei casi di certi handicap rilevanti, sarà necessario ricorrere a strutture alternative, pur con il coinvolgimento, in quanto possibile, della famiglia di origine.

...

In questo senso si dovrebbe:

- a) accertare il numero dei minori istituzionalizzati;
- b) esaminare le possibilità presenti di soluzioni alternative all'istituto;
- c) assicurare agli aventi titolo l'accesso preferenziale alle prestazioni economiche da parte degli enti, oltre alla realizzazione di interventi assistenziali opportunamente differenziati in favore della famiglia;
- d) favorire validi servizi educativi di tipo integrativo;



- e) realizzare un piano di avvicinamento alle famiglie di minori attualmente istituzionalizzati lontano da esse ed anche fuori regione, attraverso una stretta intesa con gli enti e gli organi oggi competenti”.

Nelle considerazioni finali di Alfredo Carlo Moro, Presidente dell'Associazione italiana dei giudici per i minorenni, si sottolinea la necessità di tutelare un diritto che non sempre viene del tutto riconosciuto: **“il diritto del minore non ad avere una famiglia, ma ad avere innanzitutto la sua famiglia”**:

“Ora, mi sembra che possiamo notare che, nell'ambito dell'intervento pubblico, questo diritto del minore ad avere la sua famiglia non sia stato quasi mai pienamente riconosciuto e che anzi la linea di tendenza sia una linea di tendenza verso un'espropriazione continua del minore dalla propria famiglia”.

Nelle considerazioni finali degli atti del seminario di Catania **“DESTITUZIONALIZZAZIONE E STRUTTURE COMUNITARIE IN PSICHIATRIA, NELL'ASSISTENZA AI MINORI E NELLE TOSSICODIPENDENZE”** – (a cura di) Di Nuovo, Palermo, Palumbo e Piccini, pubblicati in “Prospettiva. Rivista di dibattito e collegamento nella realtà sociale e sanitaria siciliana”, n. 5 monotematico, luglio 1984 - si afferma:

Il seminario di Catania

“Il dato più interessante del Seminario e più entusiasmante è stato certamente la presenza di strutture comunitarie e cooperative che da tutta Italia sono intervenute. La loro presenza dimostra lo sviluppo nel nostro Paese di una nuova cultura e di una nuova progettualità politica che tende a dare risposte ai nuovi bisogni e alle esigenze di nuovi rapporti con forme organizzative autogestionali. Lo sviluppo, in particolare, di forme di cooperazione che coinvolgono ad un tempo operatori e utenti dei servizi può rappresentare uno strumento importante per lo sviluppo di forme e strutture organizzative nuove e diverse”.

Come si può notare, l'enfasi sull'apporto di diverse soggettività sociali e giuridiche, pubbliche e private, prefigura quello che negli anni successivi troverà espressione nella presenza organica del volontariato organizzato, della cooperazione sociale e più in generale del non profit.

Un tono diverso è presente nelle conclusioni del Convegno nazionale sul ruolo delle comunità alloggio, organizzato dalla Regione Piemonte, dalla Provincia e dal Comune di Torino sul tema **“QUATTRO MURA DI UMANITÀ”** (Torino, 27-28-29 settembre 1984):

Il convegno di Torino

“L'aspetto più rilevante emerso dal Convegno e che può essere constatato leggendo i documenti finali che ogni gruppo ha autonomamente elaborato, è senza dubbio la consapevolezza che gli indirizzi indicati nelle introduzioni sono quelli che rispondono in modo più adeguato alle sollecitazioni che vengono dal mondo dell'emarginazione, e che la strada imboccata con la Comunità Alloggio e comunque con servizi “ad personam” sul territorio, di dimensioni familiari, è una risposta valida per il recupero e il reinserimento nella comunità sociale di quanti sono colpiti da handicap o comunque da condizioni di emarginazione”.

L'assetto dei servizi in Piemonte, diversamente dalla Sicilia, vedeva una robusta presenza istituzionale da parte degli enti locali, che poi caratterizzerà anche successivi momenti di dibattito pubblico a Torino, Aosta e in altre sedi. È in questa tensione tra responsabilità pubbliche e impegno sociale che si sviluppa un dibattito fertile, ben rappresentato nel volume a cura del CNCA (Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza), **“TRA UTOPIA E QUOTIDIANO. PER UNA STRATEGIA DELLA SOLIDARIETÀ”**, Edizioni Gruppo Abele, 1985.

“Se guardiamo alla condizione dell'infanzia non è difficile osservare uno scarto tra affermazioni che la descrivono al centro dell'interesse collettivo, e realtà fatta il più delle volte di disinteresse, insofferenza, quando non di abuso, di abbandono, di strumentalizzazione. Così, spesso, i minori possono essere considerati categoria “a rischio” per l'incapacità degli adulti di assolvere nei loro confronti la funzione di educatori attenti ai bisogni e disponibili allo stare insieme per crescere. Troppo spesso le cose prendono il posto delle parole, della relazione.

La disgregazione di molte famiglie rende i figli spettatori, pur se coinvolti, di vicende incomprensibili che nessuno li aiuta a decifrare. Oltre agli abbandoni eclatanti si diffondono sottili forme di semiabbandono, di trascuratezza sul piano affettivo, di non comprensione delle difficoltà e dei sentimenti. L'abuso all'infanzia assume così forme diverse e spesso sotterranee, dietro facciate di benessere fisico e materiale.

Per i minori in stato di abbandono ancora troppe volte il ricorso agli istituti rappresenta la soluzione inevitabile in assenza sia di strutture alternative, sia di un tessuto di solidarietà che renda diffusa la pratica dell'affidamento o, prima ancora, sostenga concretamente i nuclei familiari o il singolo genitore in difficoltà”.

Il successivo percorso operativo e culturale del CNCA è stato coerente con queste premesse ed è espresso dai successivi documenti pubblicati. Tra quelli recenti, l'audizione alla Commissione parlamentare per l'infanzia sul processo di deistituzionalizzazione dei minori (incontro con i coordinamenti nazionali di strutture residenziali Cnca – Cncm – Uneba), Roma, 4 marzo 2008.

Il percorso culturale del Cnca

Nel periodo che stiamo considerando non manca uno sforzo di sintesi più generale. È quello curato dalla Direzione generale dei Servizi Civili (DGSC) del Ministero dell'Interno che, con il quaderno **“MINORI: LINEE DI INDIRIZZO PER UNA POLITICA UNITARIA”** (1985), sintetizza e diffonde le proposte del Comitato interministeriale per i problemi dell'infanzia, costituito con decreto del Presidente del Consiglio nel 1982. Proponiamo qui una tavola di sintesi del quaderno:

Uno sforzo di sintesi più generale

“Parte I – Per una migliore tutela dei diritti dei minori:

- 1) tutela dagli abusi e dalle violenze;
- 2) diritto ad essere educato nel proprio ambiente;
- 3) diritto alla difesa giudiziaria dalle condotte pregiudizievoli dei genitori;
- 4) tutela nei casi in cui la potestà dei genitori sia stata limitata o tolta;
- 5) rappresentanza efficace nei procedimenti che comportano decisioni di affidamento, separazione o divorzio;
- 6) tutela dei figli dei migranti.

Parte II – Per un'efficace difesa della salute dei minori:

- 1) assistenza e tutela del bambino ospedalizzato;
- 2) prevenzione degli incidenti stradali e domestici dei minori;
- 3) diffusione dell'educazione sanitaria e motorio-sportiva delle famiglie e dei minori dai primi anni;
- 4) difesa dai rischi per quanto concerne la patologia neurologica e psichiatrica.

Parte III – Per condizioni e strumenti più favorevoli all'educazione e socializzazione dei minori:

- 1) diritto al “minimo vitale” dei minori in famiglie con difficoltà economiche;
- 2) tutela dal rischio di vivere in una famiglia con gravi conflitti psico-sociali;
- 3) famiglie multi problema;
- 4) diritto del minore a vivere con un'esperienza formativa unitaria, coerente e continuativa;
- 5) diritto del minore ad un'esperienza formativa differenziata e personalizzata;
- 6) diritto a fare attività motoria e sportiva nell'infanzia in ambito scolastico ed extra-scolastico;
- 7) prevenzione del lavoro minorile in violazione di leggi;
- 8) inserimento dei minori nella vita attiva;
- 9) prevenzione del disadattamento degli adolescenti;
- 10) diritto del minore ad essere seguito da insegnanti e operatori sociali, sanitari, sportivi professionalmente qualificati;
- 11) diritto del minore ad un buon ruolo educativo dei genitori”.

Emerge dunque una visione d'insieme, che guarda oltre gli approcci settoriali tipici di quel tempo e presenti ancora oggi in alcuni contesti territoriali. Sono prefigurati alcuni temi poi destinati a diventare dominanti nell'opinione pubblica e nelle attenzioni degli addetti ai lavori: ad esempio, l'abuso e la violenza all'infanzia, la tutela dei figli delle persone immigrate, la tutela del bambino ospedalizzato, le famiglie multiproblematiche.

Si guarda, inoltre, alla questione delle infrastrutture organizzative e professionali necessarie per dotare ogni territorio di una capacità autonoma di affrontare i problemi, senza interventi sovraordinati, e rendere possibile una migliore presa in carico dei problemi dell'infanzia e della famiglia.

“Un migliore ed efficiente impegno viene richiesto ora perciò ai servizi sociali locali – da rendere attivi non solo nei centri urbani, ma anche e soprattutto (per le esigenze di riequilibrio e di prevenzione) nelle periferie metropolitane, rurali, montane – come evidenziato da diverse schede, con particolare riferimento al completo dispiegarsi delle funzioni dei Consultori familiari e di un apposito Servizio di assistenza sociale in ogni zona, con efficaci interventi personalizzati nel Comune e nei Distretti socio-sanitari di base. Va previsto anche, nelle Unità locali, un Ufficio di pubblica tutela e un effettivo esercizio delle funzioni di vigilanza sulle istituzioni per minori e sull'applicazione della legge sull'adozione e sull'affidamento. Un'attenzione particolare deve essere portata ai minori con handicap o comunque in difficoltà”.

A queste raccomandazioni fa eco il volume di Busnelli Fiorentino e Vecchiato, **“LA PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICO-FISICO NELL'ETÀ EVOLUTIVA. OPPORTUNITÀ DI CRESCITA: COMPITI DI SVILUPPO, RUOLO DEI SERVIZI”**, Centro studi Ministero della Sanità/rapporti, Roma 1991. La centratura è sul distretto di base socio-sanitario e sui servizi che possono essere orientati ai bisogni dell'infanzia e della famiglia.

“In questo senso il distretto di base non intende porsi come modello statico e definitivo. Esso infatti è un ambiente e una situazione operativa per promuovere la globalità del processo prevenzione-cura-riabilitazione, che rappresenta la novità più significativa nella legge di riforma, ed è una modalità particolare di far ruotare tra di loro cultura, soggetti, bisogni, prestazioni in una strategia volta al cambiamento sociale. ...

Per quanto attiene più nello specifico all'assetto dei servizi per l'età evolutiva, si tratta di guardare ad essi in termini di area omogenea di risorse e di interventi, indipendentemente dalla loro appartenenza istituzionale e organizzativa. Se infatti assumiamo il punto di vista dell'ente gestore, le differenze e le separazioni possono avere ragioni per essere. Se invece assumiamo il punto di vista del minore in difficoltà o della sua famiglia, le stesse separazioni sono difficilmente comprensibili e giustificabili in senso politico e in senso tecnico. Infatti la proposta che questo volume presenta nei capitoli 4 e 5 è quella di un modello operativo integrato che trova proprio nel distretto un suo luogo privilegiato di applicazione”.

## Percorsi di ricerca

I percorsi di ricerca più rilevanti ai fini del progetto RISC sono riconducibili ad alcune domande che accompagnano il dibattito: cosa intendere per condizione di rischio, quali modelli di accoglienza e di intervento, cosa intendere per famiglie multi-problema, come organizzare l'ascolto e la prima valutazione del bisogno, come sviluppare una nuova cultura di impegno professionale e sociale.

Sulle questioni inerenti la definizione della condizione di rischio psicosociale entra nel merito il volume di Battistacci, Caffo, Cattabeni, Tavassi, Vernò, **“L'ABUSO E LA VIOLENZA ALL'INFANZIA”**, Fondazione E. Zancan, Padova, 1985; in particolare il contributo di Cattabeni propone una definizione articolata di “rischio”:

“Mi pare quindi che si potrebbero elencare tre tipi di indicatori di rischio:

- A) i segnali che comunicano una difficoltà che il gruppo ha nell'integrare funzionalmente i bisogni di tutti i componenti;
- B) l'esistenza nel sistema di bisogni particolarmente rilevanti o per quantità o per qualità;
- C) il livello di maturità e sanità psicoaffettiva, intellettuale e culturale degli adulti.

Sotto le tre categorie elenco alcuni indicatori, in gran parte individuati già nei lavori di gruppo.

*Indicatori della categoria A:*

- la richiesta di ricovero del bambino in Istituto;
- la designazione del bambino come paziente (è sbagliato, va cambiato);
- lunghi periodi di assenza del bambino dalla famiglia (compreso asilo nido, scuola materna ecc.);

- fughe del minore da casa;
- gravi disturbi comportamentali del minore (disadattamento familiare e/o sociale);
- iperadattamento (passività, depressione);
- ritardo evolutivo (intellettivo, affettivo, culturale);
- difficoltà scolastiche significative;
- le violenze subite.

*Indicatori della categoria B:*

- conflitti coniugali;
- separazione dei genitori;
- convivenza dopo matrimonio;
- difficoltà economiche;
- disadattamento sociale dei genitori;
- figlio con handicap;
- emarginazione o isolamento sociale del nucleo;
- emigrazione per lavoro di uno dei genitori;
- scuola non collaborante e selettiva;
- malattie fisiche gravi croniche di alcuni componenti.

*Indicatori della categoria C:*

- disturbi psichiatrici di uno o entrambi i genitori;
- tossicodipendenza di uno o entrambi i genitori;
- prostituzione;
- incapacità di provvedere con lavoro regolare ai bisogni della famiglia;
- assenza cronica del padre dalla vita familiare per disinteresse;
- insufficienza intellettuale di uno o entrambi i genitori;
- grave deficit culturale dei genitori".

L'autore ipotizza la possibilità di utilizzare costellazioni di indicatori per identificare le condizioni di rischio e ottenere una graduatoria di gravità. Aggiunge che nella sua esperienza la presenza di due indicatori di rischio appartenenti a due delle tre categorie elencate è già un segnale di allarme o, quantomeno, un indice di necessità di esame approfondito della situazione.

Lo stesso problema è affrontato in un seminario internazionale a Firenze, Istituto degli Innocenti, 20-23 febbraio 1991. I risultati sono pubblicati nel volume **"MINORI. STUDI E RICERCHE SULL'INFANZIA E L'ADOLESCENZA. POLITICHE SOCIALI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA"**, a cura del Ministero dell'Interno, Direzione Generale dei Servizi Civili, Edizioni Unicopli.

"La nozione di rischio psico-sociale si è recentemente affermata fra gli studiosi delle scienze sociali ed umane proprio per identificare, nella nostra società, le situazioni in cui, al di là della specificità dei fattori in gioco, i riti "regolatori" dello sviluppo della persona sono ostacolati o distorti. E questa nozione che potrà essere utilizzata con profitto nel progetto perseguito. Si parla di rischio psico-sociale riferendosi ad una molteplicità di fenomeni suscettibili di fungere sia da determinanti, sia da precursori o moderatori di un disagio. Il limite di un tale modo differenziato di usare la nozione è quello di impoverirla, ed al limite annullarla, mettendola

in rapporto con troppe situazioni. Ci sono negli studi sull'argomento, tuttavia, elementi sufficienti per superare un tale ostacolo concettuale.

Prima di tutto si può parlare di rischio psico-sociale soltanto quando ci si riferisce a fattori dinamici che possono bloccare o distorcere un processo evolutivo in atto. Con il termine processo evolutivo intendiamo riferirci ad ogni dinamica di cambiamento (da una posizione sociale occupata da un gruppo ad un'altra; da un ruolo sociale ad un altro, da una posizione ideologica ad un'altra, da un livello di crescita ad un altro) che delinea, sin dal momento in cui si attiva, una precisa meta da raggiungere. Il processo in questione sarà a rischio quando interverranno forze suscettibili di moltiplicarsi per bloccarlo, intralciarne o deviarlo. Per uscire dal generico possiamo tentare di mettere a punto una definizione utilizzabile a proposito dei problemi di cui stiamo discutendo: in via del tutto provvisoria, definiamo il rischio psico-sociale come quella situazione in cui l'attore sociale, per il sentimento di deprivazione relativa che sperimenta, giunge ad elaborare progetti di azione e condotte sociali tesi esclusivamente a soddisfare i bisogni indotti dalla pressione culturale al conformismo, senza porre in tale impegno alcun contenuto innovativo nei confronti della realtà esistente. Vale la pena, a questo punto, portare alcuni esempi concreti:

- un individuo (un bambino, nel quadro di riferimento che ci è proprio) è affetto da deficit cognitivi o da handicap di vario tipo, o da disturbi dell'affettività, oppure:
- un bambino vive in un contesto familiare particolarmente problematico: per mancanza di uno o di tutti e due i genitori, oppure per l'alta conflittualità fra gli stessi genitori, per il loro completo disinteresse nei suoi confronti, per l'abuso cui è sottoposto.

Affinché lo sviluppo del soggetto in questione si realizzi in modo normale partendo da tali condizioni, dovranno essere messi in atto sistemi di sostegno sociale particolarmente efficienti e gratificanti (dal sostegno alla famiglia carente alla completa sostituzione di essa, da programmi ad hoc per il recupero fisico o cognitivo al sostegno emotivo continuo nel corso della realizzazione di tali programmi).

Nella letteratura, infatti, è dimostrato che un forte sistema di sostegno sociale può giovare alla psico-immunizzazione (Caplan, Killilea, 1976), in quanto avvenimenti molto stressanti combinati con un elevato sostegno sociale si dimostrano molto meno patogeni che avvenimenti altrettanto stressanti, ma combinati con un sostegno sociale debole o nullo”.

Nel contempo, prosegue la riflessione aperta a partire dagli anni '70 sulle funzioni e caratteri originali delle comunità di accoglienza e sui modelli di intervento. Il problema è sintetizzato nel volume di Roberto Maurizio e Mariella Peirone, **“MINORI, COMUNITÀ E DINTORNI”**, Ega, Torino, 1984. La sintesi di Carugati riassume tono e contenuti del dibattito ed esprime la ricerca di soluzioni, avendo attenzione a non confondere i mezzi (le comunità di accoglienza) con le condizioni di efficace risposta ai bisogni dei minori.

Modelli di  
intervento

“Siamo di fronte ad una situazione paradossale: nel momento in cui gli enti locali si trovano responsabili di gran parte della politica sociale verso i minori ma, praticamente, sommersi da una miriade di “casi” riversati dai famigerati enti inutili e da ministeri vari, gli enti locali stessi rischiano di proseguire, consapevolmente o meno, la medesima politica di intervento degli enti disciolti con lo strumento di sempre: il ricovero in istituto.

...

Noi crediamo che questo stato di cose derivi in larga misura dal sottosviluppo culturale che ancora avvolge i temi dell'assistenza, in particolare ai minori, e al diffuso vezzo di dissertare

su questi temi con un armamentario concettuale grossolanamente ideologico: enfatizzando acriticamente la bontà della famiglia, salvo poi disperderne i figli in istituti ai quattro venti, oppure concependo tutto il settore dell'assistenza come un grande ricettacolo di "emarginazione" dimenticato da Dio e dagli uomini; dimenticando che nel 1977 sono stati tratti dalla busta-paga dei lavoratori dipendenti oltre 40 miliardi che, attraverso l'Inps, sono passati nelle casse dell'Enaoli, l'ente che fino agli inizi del 1979 ha gestito l'assistenza agli orfani dei lavoratori stessi. Allora il discorso deve asciugarsi delle parole di commiserazione e affrontare il settore con un complesso apparato di studi, di ricerche e di realizzazione di progetti-pilota in grado di fornire elementi di valutazione sull'effettiva efficacia e produttività sociale dei servizi offerti".

Il problema dei modelli di intervento e il senso dei diversi tipi di intervento è particolarmente sentito. L'idea guida è "ai diversi bisogni diverse risposte", ma non è facile interpretarla: per la scarsità di risorse, per la pressione della domanda (visti i molti bambini e ragazzi in condizione di disagio e di esclusione sociale), per la necessità tecnica e professionale di cercare soluzioni appropriate. La monografia sul tema **"MODELLI DI ACCOGLIENZA FAMILIARE E COMUNITARIA PER MINORI IN DIFFICOLTÀ"** (Servizi Sociali n. 1/1998) affronta queste questioni con una sintesi, frutto di una riflessione teorica e pratica. Rappresenta in un certo senso una risposta ai dubbi di Carugati, condivisi anche da molti altri studiosi e operatori.

La proposta nasce dall'esigenza di identificare soluzioni idonee a superare l'istituzionalizzazione e, nel contempo, dare risposte adeguate ai bisogni dei genitori e dei figli in difficoltà, promuovendo la permanenza in famiglia.

Gli interventi residenziali alternativi all'istituto hanno assunto forme diverse: focolari, gruppi famiglia, comunità alloggio, gruppi appartamento, case famiglia ecc. Questo non basta ed è comunque risposta basata sull'allontanamento. Si conviene che non è facile discriminare tra modelli di intervento e caratterizzare in senso proprio le diverse modalità di accoglienza, dal residenziale al domiciliare: da una parte la responsabilità professionale e di servizio, dall'altra la solidarietà di molte famiglie, al centro i problemi e le decisioni da prendere, tenendo conto delle titolarità, delle competenze, dei compiti di tutela.

"Le idee guida che hanno ispirato il lavoro ruotano attorno ad alcune questioni. In primo luogo la necessità di evitare l'uso indiscriminato delle soluzioni disponibili, senza chiedersi se esse sono appropriate, se esse sono correlate ai bisogni, se esse producono dipendenza assistenziale, se esse allontanano la possibilità di interventi più efficaci.

Un secondo gruppo di problemi ruota attorno alla questione delle responsabilità professionali, familiari e comunitarie: di chi sono i problemi del bambino? Chi deve interpretarli? Quali collaborazioni sono necessarie per una presa in carico più efficace? Come agire individuando un progetto globale per il minore?

Un terzo gruppo di problemi considera più direttamente il punto di vista del bambino: il suo bisogno di famiglia, di condividere spazi di vita con i suoi coetanei, di avere riferimenti affettivi certi, tra molti adulti che si occupano di lui, di sperimentare continuità nella sua identità personale e familiare, pur avendo a che fare con esperienze di separazione e di sofferenza protratta per lungo tempo.

Ai diversi bisogni  
diverse risposte

Il lavoro ha preso le mosse dalla differenza tra strutture di accoglienza e famiglie che accolgono, cioè tra essere servizio e svolgere funzioni di servizio, fra tutela istituzionale e responsabilità familiari per una presa in carico più efficace”.

Interessante ai nostri fini è la classificazione delle diverse forme di sostegno alle responsabilità familiari per facilitare la permanenza a casa dei figli e la prevenzione del rischio di allontanamento.

Definizione	Natura bisogno	Età	Figure profess. e non	Elementi caratterizzanti
Educativa territoriale	Carenze educative dei genitori; difficoltà di relazione, di comportamento e apprendimento del minore.  Carenze educative dei genitori e partecipazione del minore a gruppi a rischio di devianza.	bambini  preadolescenti, adolescenti	educatore professionale  educatore professionale	1. Interventi educativi individualizzati in grado di compensare carenze educative dei genitori, finalizzati al sostegno, al miglioramento dei rapporti con l'ambiente, all'inserimento sociale. L'educatore è presente nei luoghi di vita del minore e collabora con la famiglia e la scuola. 2. Interventi educativi rivolti a gruppi di ragazzi raggiunti nei luoghi di aggregazione (educatore di strada). Ha lo scopo di incidere sui fattori di rischio, creando le condizioni per produrre cambiamenti utili a un miglioramento dei rapporti e delle relazioni tra individuo e ambiente e viceversa.
Assistenza domiciliare	Difficoltà organizzative e gestionali della famiglia che comportano carenze di accudimento per il minore.	bambini preadolescenti	assistente domiciliare	Interventi di aiuto alle figure genitoriali per la gestione della quotidianità.
Affido familiare diurno	Impossibilità della famiglia ad occuparsi del figlio nelle ore diurne; e/o necessità di affiancamento nel compito educativo.	bambini preadolescenti	volontariato familiare	Sostegno e cura del minore attraverso l'accoglienza diurna presso singolo o famiglia.
Centro aperto	Esigenze di socializzazione, relazionali e formative.	bambini preadolescenti adolescenti	educatori, animatori, operatori dal volontariato e odc	Organizzazione spazio educativo aperto al territorio; presenze eterogenee dei minori; frequenza libera; vasta gamma di opportunità in riferimento ai programmi di attività e alle finalità dei singoli enti.
Centro diurno	Problematiche sul piano psico-relazionale, socio-educativo, culturale di minori con famiglie in difficoltà a provvedervi.	preadolescenti adolescenti	educatori professionali, animatori; volontari; odc	Interventi di prevenzione e cura del disagio con finalità educative e terapeutiche su segnalazione e progetto dei servizi sociali e costantemente verificati; piccolo gruppo che si riunisce in modo sistematico in locali appositamente costituiti allo scopo; frequenza vincolante obbligatoria; apertura all'esterno per coinvolgimento e utilizzo risorse del territorio; presenze eterogenee dei minori.
Servizio per la socializzazione al lavoro	Difficoltà di accedere alle normali opportunità	adolescenti assolto obbligo scolastico	insegnanti, tecnici, datori di lavoro	Centri occupazionali che utilizzano il lavoro come strumento di approccio relazionale a valenza terapeutica (centro agrot terapeutico;



Definizione	Natura bisogno	Età	Figure profess. e non	Elementi caratterizzanti
	di formazione al lavoro e di inserimento lavorativo.		ro, educatori, volontari, odc	centro occupazionale); percorsi individualizzati nelle sedi formative; inserimenti lavorativi attraverso tirocini e borse lavoro.

Famiglie multiproblema

Strettamente connesso al tema della valutazione del rischio e della necessità o meno di allontanamento dei figli dai genitori è il tema della coesistenza nello stesso nucleo familiare di diversi problemi. Per esprimere questa condizione, abbastanza diffusa nelle famiglie che vengono a contatto con i servizi, si utilizza il termine “famiglie multiproblema” (anche se oggi è più facile vedere utilizzato il termine “famiglie multiproblematiche”). Una definizione si trova nel documento pubblicato dal Ministero dell'interno, Direzione Generali dei servizi civili, 1985, sul tema “**MINORI: LINEE DI INDIRIZZO PER UNA POLITICA UNITARIA. RELAZIONE DEL COMITATO INTERMINISTERIALE PER I PROBLEMI DELL'INFANZIA**”.

Nel testo, da una parte si giustifica la rilevanza del fenomeno e la necessità di considerarlo in modo sistematico e, dall'altra, ci si interroga su come alimentare una conoscenza di merito, con proposte di intervento.

“a) *Giustificazione della sua rilevanza:* con questo termine si intendono indicare tutte quelle famiglie che si trovano al centro di una convergenza di problemi gravi: situazioni di miseria, di disagio e carenza a livello psicologico e culturale, di sradicamento, di cattive condizioni di salute, di assenza di uno dei due genitori, di condizioni abitative malsane e mortificanti per l'affollamento e la promiscuità.

Queste famiglie si trovano principalmente nelle periferie delle grandi città, nei centri storici degradati, nelle aree economicamente depresse, nelle zone montane di spopolamento.

All'interno di esse più facilmente si riscontrano fenomeni di devianza minorile, di istituzionalizzazione come rimedio alla miseria e alle difficoltà, di sfruttamento dei minori, di maggiore morbilità e mortalità infantile, di stati di abbandono fisico e morale soprattutto dei componenti con handicap, di casi di maltrattamento e di abuso.

b) *Fonti di conoscenza:* il tema è stato trattato nei lavori delle Commissioni di studio della Commissione nazionale per l'A.I.B.

Inoltre, nella ricerca affidata dal Ministero dell'Interno al CENSIS “Qualità dell'offerta dei servizi sociali e livelli di soddisfazione delle famiglie con figli in età 0-5 anni” una parte è dedicata alle famiglie-problema (1).

c) *Proposte di intervento:* nel breve termine è da prevedere che un atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni evidenzia la necessità che, nell'ambito della politica locale dei servizi sociali, il Servizio di assistenza sociale provveda a:

- una conoscenza puntuale a livello territoriale di tutti quei casi che presentano caratteristiche di multiproblema;
- un rafforzamento del nucleo familiare per evitare quanto più possibile l'istituzionalizzazione come risposta ai problemi”.

Insieme alle questioni di natura culturale, politica e operativa, nel dibattito trovano spazio anche i problemi più strettamente incidenti sull'attività delle professioni di aiuto e sul loro modo di operare. In particolare, già nel 1969 si solleva la questione di cosa intendere per “diagnosi sociale”, vista la dominanza dell'approccio medico e sanitario che influenzava pesantemente il modo di sintetizzare i bisogni e i problemi

Diagnosi sociale

da parte degli operatori sociali. Si tratta di una questione che non è risolta neanche ai nostri giorni, anche se non si possono negare i passi avanti che nel tempo sono intervenuti. Si parte da una domanda: “Cosa intendere per diagnosi sociale?”.

“Per la diagnosi sociale, non staremo ad elencare analiticamente le notizie che l'assistente sociale deve procurarsi, ma basterà sottolineare il fatto che tali notizie non devono costituire una lista slegata di dati, bensì debbono essere usate per costruire un canovaccio socio-antropologico-culturale, nelle cui trame il minore e la sua minorazione o disadattamento possano trovare il giusto posto nel disegno generale dell'ambiente. Si tratta, cioè, di mettere in luce quanto le situazioni ambientali (assenza di uno od entrambi i genitori, dissociazione familiare, personalità disturbate dei genitori, miseria, promiscuità, antisocialità ecc.) possano in quel caso aver giocato come cause patogenetiche determinanti o aggravanti. Non sarà quindi una pura e semplice rilevazione anamnestica, ma un lavoro diagnostico vero e proprio, in quanto l'assistente sociale dovrà interpretare i dati della situazione patologica individuale collegandoli a quelli della indagine socio-culturale.

La tecnica professionale specifica dell'inchiesta sociale consiste in una peculiare capacità di approccio e di colloquio sia con i minori che con i loro familiari e va corredata da ampie nozioni di psicopatologia dell'età evolutiva e di psicologia sociale. Questo operatore deve saper svolgere un colloquio “guidato”, che non susciti nel cliente il sospetto di un interrogatorio, con le conseguenti resistenze, e il suo atteggiamento deve apparire pieno di umanità, di comprensione, di disponibilità, ma allo stesso tempo sufficientemente distaccato e professionale, per non creare fin dall'inizio rapporti transferali troppo intensi, che possano compromettere i successivi tempi del trattamento” (“IL CMPP CENTRO MEDICO PSICO PEDAGOGICO”, Sussidi tecnici per i servizi sociali – n. 15, anno 1969, Ministero dell'Interno).

Tra le azioni raccomandate si prevede la predisposizione di un apposito progetto-obiettivo per interventi integrati e qualificati di natura economica, psicologica e sociale su più fronti (occupazione, casa, utilizzazione dei servizi) per meglio affrontare le difficoltà delle famiglie multiproblema.

Nel dibattito si intrecciano questioni di principio, di politica sociale, di metodo e di strategia. Sul versante delle strategie prende forma un interesse privilegiato per “il progetto obiettivo”. In sostanza, si pensa alla necessità di creare un contenitore flessibile e finalizzato per meglio governare responsabilità e risorse in vista di un traguardo comune.

In questo senso, il progetto obiettivo sembra avere i requisiti necessari, in quanto è certamente un contenitore per organizzare le diverse presenze, per legittimarle, per orientarle, vincolarle agli accordi contrattuali derivanti dall'adesione al progetto.

È inoltre flessibile, per sua stessa natura. Si tratta infatti di un “progetto”, che ha un inizio e una conclusione, che identifica responsabilità in ordine ai risultati da raggiungere, che non ha bisogno di organizzazioni stabili, ma di soluzioni funzionali, in ragione dei problemi da affrontare.

È poi finalizzabile per definizione, perché si tratta di “progetto”, non di intervento corrente. Pertanto obiettivi, risorse, risultati attesi, sistema delle responsabilità dipendono dalle scelte costitutive del progetto obiettivo e vengono esercitate solo nell'arco temporale necessario alla sua attuazione.

#### Progetto obiettivo

Considerando questi e altri caratteri complementari della metodologia di lavoro per progetti, si guarda con interesse a questo strumento e alle possibilità inedite che esso mette a disposizione all'interno di istituzioni ed enti a difficile ricambio generazionale, con forti resistenze al cambiamento, con regole di funzionamento inadeguate, spesso in contrasto con le innovazioni auspiccate. La formula del progetto obiettivo è stata esplorata nelle sue potenzialità di misurarsi con i problemi dell'infanzia e dell'adolescenza, a partire dalla domanda **"È POSSIBILE UN PROGETTO-OBIETTIVO ADOLESCENTI?"**. Questa domanda è anche il titolo di un volume curato da Santone, Pozzobon, Maurizio, Butelli e Bracco, edito dalla Fondazione E. Zancan, Padova, nel 1985. Ne vediamo alcuni elementi sintetizzati nella parte finale del testo.

Il progetto  
adolescenti

**"Finalità di un progetto adolescenti**

Sotto il profilo generale un progetto giovani potrebbe essere finalizzato:

- al superamento delle condizioni che contribuiscono ad alimentare l'emarginazione giovanile;
- alla promozione del protagonismo giovanile inteso soprattutto come possibilità di "esserci" nei confronti delle scelte che riguardano la propria vita e quella collettiva;
- al miglioramento complessivo delle condizioni di vita dei giovani in termini di opportunità, occasioni, esperienze significative;
- a promuovere la partecipazione e l'impegno sociale dei giovani nel territorio di appartenenza;
- a favorire l'aggregazione giovanile spontanea e organizzata;
- a realizzare un'azione di prevenzione del disagio;
- ad affiancare le agenzie educative (scuola, famiglia) che già operano nei confronti dei giovani".

Nello stesso anno troviamo pubblicato anche un altro volume, curato da Busnelli, Del Conte, Cattabeni, Santone e Tonizzo, **"DAL RICOVERO ALL'AFFIDAMENTO: CAMBIA UNA LEGGE O UNA MENTALITÀ?"**, Fondazione E. Zancan, Padova, 1985. Questo volume è utile ai nostri fini perché, partendo da questioni che riguardano l'allontanamento dei figli dai genitori, di fatto finisce per considerare congiuntamente i problemi della tutela dei figli e dell'aiuto ai genitori in modo che la famiglia possa ricomporsi. È questione tecnico metodologica, ma è soprattutto questione di cultura, anzi di salto di mentalità, verso nuove configurazioni di welfare. È un tema di riflessione che prende corpo in diversi modi, anche enfatizzando i rischi che molti bambini e ragazzi corrono nel momento in cui sono costretti a vivere con adulti inadeguati. È soprattutto la provocazione che Alfredo Carlo Moro propone con un suo libro, **"ERODE FRA NOI"**, Mursia, Milano, 1988.

Cambia una legge  
o una mentalità?

"Abbiamo già accennato alla dolorosa realtà di un ragazzo che non sempre trova nell'ambito del proprio ambiente familiare quell'affetto e quella comprensione che gli sono indispensabili per maturare adeguatamente; anzi non infrequentemente il ragazzo, proprio nel chiuso delle pareti domestiche, finisce con l'essere oggetto di gravi sevizie, di drammatici sfruttamenti, di profonde deviazioni educative. E più puntualmente esamineremo, nei capitoli che seguiranno, una realtà familiare in cui il bambino trova, anziché un sostegno a crescere, forti incomprensioni, rigide programmazioni, rilevanti trascuratezze, precoci e dannose adultizzazioni, pesanti sfruttamenti, distruggenti sevizie sul piano fisico o nell'ambito sessuale.

Dobbiamo qui fermarci un momento a riflettere su come mai la famiglia, sempre ritenuta un ideale nido d'amore, possa trasformarsi in un luogo in cui una tenera personalità in formazione viene spesso annientata, in cui il bambino può essere sottoposto a inaudite sofferenze, in cui carenti risposte ai suoi fondamentali bisogni possono avere effetti devastanti.

...

Se si vuole prevenire, e restaurare, è perciò indispensabile uscire da un'ottica meramente assistenzialistica che rischia di esaurirsi in un intervento sulle situazioni patologiche già esplose e di risolversi in interventi "tamponi" che attenuano la sofferenza ma non risolvono veramente i problemi.

Di fronte alla violenza all'infanzia non è perciò essenziale moltiplicare servizi, ma piuttosto riorganizzare quelli esistenti, in una logica di forte integrazione tra essi e al tempo stesso di forte integrazione tra servizi, istituzioni educative e risorse comunitarie.

Del resto è venuto il momento di riconoscere che i servizi – che restano fondamentali e indispensabili – non possono da soli dare risposte appaganti alla domanda di vita che il ragazzo esprime”.

Non è facile trovare nella letteratura di quel tempo, e in quella successiva, un'analisi così lucida, capace di far coesistere le componenti positive e negative della vita familiare, attenta alle diverse dimensioni di rischio che un bambino può incontrare, quando vive in un contesto inadeguato, con genitori incapaci di essere tali.

“L'ordinamento italiano ha preso atto del fatto – intuitivamente avvertito da tutti e confermato dai risultati di innumerevoli ricerche condotte dalle scienze umane – che l'infante prima ed il ragazzo dopo hanno un assoluto bisogno di essere stabilmente inseriti in un ambiente familiare per realizzare un'adeguata crescita umana. La famiglia infatti costituisce la comunità personalizzante e socializzante per eccellenza: nell'affetto dà a chi si affaccia alla vita la percezione di essere amabile ed amato e perciò lo aiuta a costruirsi un'identità; nel dialogo interpersonale che realizza lo aiuta ad evitare il pericolo di ripiegarsi narcisisticamente su se stesso; nella sicurezza della stabilità dei rapporti umani lo aiuta a superare quelle situazioni di perenne ansia che impediscono un armonico sviluppo di personalità; nella partecipazione ad una vita comunitaria molto articolata e complessa abituata, da una parte, all'oblatività, e dall'altra a quella capacità di iniziativa e libertà di giudizio che è fondamentale per partecipare in modo costruttivo a tutta la vita sociale; nell'accettazione della quotidianità costruisce personalità capace di accettare senza velleitarismi la gradualità dei processi costruttivi.

...

La comunità tutta tende a delegare ai tecnici dell'assistenza un compito che essa deve in primo luogo assolvere. Non ci si può illudere che i concreti e fondamentali bisogni dei minori possano essere soddisfatti solo con illuministiche operazioni di ingegneria sociale o enfatizzando il ruolo del diritto e dell'organizzazione dei servizi. Il bisogno di affetto, di amicizia, di adeguati rapporti interpersonali – la cui carenza è sempre alla base delle distorsioni del processo educativo – non può essere appagato dall'ordinamento giuridico o dai servizi. Il primo può indicare gli strumenti giuridici per ovviare alle carenze e può sanzionare comportamenti scorretti o inadeguati, ma non può assicurare da solo un'opera di profondo sostegno affettivo al minore in difficoltà. E i servizi possono risolvere alcuni problemi assicurando la sopravvivenza o migliori condizioni materiali di vita, ma non possono da soli realizzare la crescita umana delle persone.

Gli uni e gli altri possono, anzi devono, promuovere un modo di essere degli uomini tra di loro che ritorni a privilegiare il rapporto personale e il sostegno delle persone tra loro, che consenta spazi e momenti di incontro, che responsabilizzi le persone e superi la tradizionale risposta tecnicistica ai problemi dell'uomo, che alimenti una partecipazione della comunità non di mero controllo, ma di diretta assunzione di responsabilità nella solidarietà. Solo così i diritti dei minori potranno essere non solo declamati, ma anche concretamente vissuti”.

## La famiglia problema e risorsa

Gli anni '70 del Novecento sono caratterizzati da due modalità di considerare la famiglia. Prevalde la tesi che essa sia causa e primo momento di disadattamento sociale: le ragioni sono individuate nelle relazioni patologiche tra genitori e figli e nelle difficoltà economiche della famiglia.

Il quadro è ben delineato in tre momenti di confronto e di elaborazione culturale, sintetizzati nei numeri 3-4/1970 della Rassegna di Servizio Sociale:

- il seminario di Bienne (Svizzera), nel 1970, sul tema delle "famiglie socialmente carenti";
- i materiali di un ciclo di studi nel quadro del Programma Europeo di Sviluppo Sociale, sul tema delle "famiglie socialmente emarginate" (entrambi organizzati dall'Ufficio Europeo delle Nazioni Unite) lo testimoniano abbondantemente;
- il seminario di studio sul tema "Il servizio sociale e la famiglia", organizzato dalla Fondazione E. Zancan a Malosco (Trento), dal 13 al 17 settembre 1969.

Il profilo delle famiglie svantaggiate è strettamente connesso alla stratificazione sociale che le colloca agli ultimi gradini della scala sociale con carenze di istruzione, cultura, lavoro, reddito, salute (fisica e mentale). Si crea un circolo vizioso in cui una privazione genera l'altra e, insieme, alimentano un circuito negativo da cui è difficile uscire. In questo modo, difficilmente una famiglia riuscirà a liberarsi da una situazione di miseria.

Il seminario è stato organizzato dall'Ufficio Europeo delle Nazioni Unite nell'ambito del Programma europeo per lo sviluppo sociale, in collaborazione con il Dipartimento federale svizzero dell'industria, arte, artigianato e lavoro. Suo scopo programmatico era quello di esaminare un aspetto significativo della situazione sociale dei Paesi industrialmente progrediti: la graduale esclusione di certi gruppi di popolazione dai benefici sociali e materiali derivanti dallo sviluppo economico e l'influenza di ciò nella vita familiare e nella corretta integrazione delle famiglie stesse nel più ampio contesto sociale.

“Il particolare significato che viene dato al termine “socialmente carente”, come la stessa lettura dei saggi che seguono renderà evidente, ha posto in sostanza i partecipanti al seminario di Bienne di fronte al ben noto e complesso fenomeno dei gruppi e delle famiglie che in Italia più comunemente chiameremmo “emarginate”, dall'azione sociale da svolgere in loro favore e più in generale per l'eliminazione di tutte le situazioni di emarginazione comunque presenti.

Il tema dei due articoli è perciò di estrema attualità e validità per l'ambiente italiano, anche alla luce dello stesso dibattito in corso sull'argomento.

Il seminario di Bienne

Nel pubblicarli ci proponiamo pertanto di favorire la conoscenza del loro contenuto, nonché la loro maggiore e più capillare diffusione, presso tutti gli operatori sociali periferici ai quali non perviene in genere abbondante materiale di informazione e di ripensamento sui problemi e sulle questioni di maggiore interesse per il loro lavoro.

L'azione da svolgere a favore delle famiglie emarginate non deve essere più concepita come "terapia di ambienti poveri", come adattamento delle stesse alla situazione esistente, bensì come azione comunitaria globale, come lotta costante per un capovolgimento di abitudini e mentalità, come miglioramento radicale di tutta la società.

La relazione presenta poi un'esperienza, indubbiamente interessante e suggestiva, anche se in parte discutibile, di un attivo movimento volontario impegnato in un'azione comunitaria di base a contatto con le famiglie più povere e più escluse della società; uno stimolante esempio di impegno attivo e responsabile per la realizzazione di una società migliore.

Pur senza entrare nel merito delle tesi sostenute dall'autore circa la funzione del volontariato nel campo dell'azione comunitaria, sottolineiamo come estremamente valida la costante riaffermazione che egli fa del dovere di ogni cittadino, a qualunque livello e in qualsiasi attività sia impegnato, di agire per il miglioramento delle condizioni di vita della società e per l'eliminazione delle disuguaglianze sociali. È un'affermazione che ci trova totalmente d'accordo, e che sottoponiamo alla meditazione di tutti i lettori".

La prima preoccupazione è la definizione del concetto di "famiglie socialmente carenti". Il Gruppo di lavoro delle Nazioni Unite ne ha così formulato la descrizione:

Le famiglie socialmente carenti

"Ad una certa tappa dello sviluppo di una società, l'interesse si rivolge alle famiglie emarginate. Questo si verifica quando la società raggiunge quella fase in cui la sua relativa prosperità provoca simultaneamente due fenomeni:

a) da un lato, la società offre ai suoi membri possibilità e compiti nuovi, diversi e mutevoli, mentre ne esige l'adattamento.

Inevitabilmente alcuni non possono beneficiare di queste nuove possibilità che restano fuori dalla loro portata, oppure non sono capaci di soddisfare le rinnovate esigenze. È questo il gruppo che più facilmente rischia di rimanere emarginato;

b) d'altra parte la società percepisce la necessità di rimediare a questo fenomeno e riconosce di dover dedicare a questo scopo le risorse disponibili.

Entrambe le tendenze rendono urgente tanto l'individuazione di questi gruppi, la definizione della natura e l'ampiezza delle loro difficoltà, quanto l'estensione di norme e provvidenze per diminuire il divario tra le famiglie socialmente carenti e il contesto sociale.

...

Nel descrivere la nozione di famiglia socialmente carente, vale la pena di menzionare particolarmente alcuni elementi:

1) Il "contesto sociale". Le famiglie socialmente carenti non sono più considerate al di fuori del loro contesto sociale, come solitamente è accaduto finora in relazione alle "famiglie-problema".

Riferendoci al termine di Philp, le difficoltà "delle famiglie con problemi", quanto quelle delle famiglie socialmente carenti, sono considerate come aspetti di elementi strutturali della società e in funzione degli stessi.

2) Le difficoltà incontrate dai “reietti” non sono più ormai attribuite esclusivamente a cause intrinseche delle famiglie stesse, quali le caratteristiche di questa famiglia, o come risultato di un fallimento familiare o di un cattivo funzionamento.

I veri problemi sono da ascrivere alle grandi questioni di politica sociale: i problemi dell'ineguaglianza e dell'ingiustizia sociale.

3) La parola inevitabile, che compare sotto la voce a) nell'estratto del rapporto del Gruppo di lavoro dell'O.N.U. citato prima, crea delle perplessità. Un lettore critico potrebbe in effetti chiedere: perché è inevitabile che certe persone regrediscono mentre altre si sviluppano? Quali i motivi che rendono incapaci di soddisfare le richieste e il ritmo di sviluppo imposti dalla società? Perché a queste famiglie e ai loro membri, sono precluse le occasioni più importanti per uno sviluppo umano?”.

Nel secondo caso si indicano tre indicatori di base, individuati dalle ricerche in Europa, per descrivere i bisogni insoddisfatti delle famiglie:

- a) insufficienza di reddito;
- b) alloggio inadeguato;
- c) insufficiente socializzazione dei figli.

“Spesso, dice, sono situazioni drammatiche, complicate dall'ignoranza dei genitori, dalla difficoltà a stabilire relazioni affettive valide, dalla tensione sociale, da negligenza educativa, dal senso di insicurezza e di ansia che deriva dall'insufficiente soddisfazione dei bisogni materiali dei figli, dalla fatica della gestione familiare complicata da problemi economici e da condizioni di abitazione sfavorevoli.

Le cause che favoriscono il formarsi delle famiglie socialmente emarginate sono molte e diversificate: dipendono dalla località; dalle condizioni storiche, economiche, culturali e sono poste a diversi livelli; deficienze biologiche; disordini della personalità (privazioni precoci delle strutture di base della personalità dovute a carenze educative, affettive e insufficienti stimoli culturali); conflitti tra i gruppi componenti zone subculturali; condizioni sfavorevoli prolungate (penuria di alloggi, isolamento geografico, disoccupazione, crisi agricola, analfabetismo); crisi sociale (recessione economica, catastrofi, naturali ecc.).

Serve un'azione che non deve essere più concepita come “terapia di ambienti poveri”, come adattamento delle stesse alla situazione esistente, bensì come “azione comunitaria globale”, come lotta costante per un capovolgimento di abitudini e mentalità, come miglioramento radicale di tutta la società. In questa prospettiva la soluzione dei problemi non consiste semplicemente in un aumento dei servizi; e neppure in un corpo di servizi analoghi alle istituzioni esistenti per gli altri cittadini. Si devono fornire i mezzi per lottare a coloro che non li hanno mai posseduti. Non si deve solamente insegnare ai poveri, agli emarginati quale deve essere la loro lotta, bisogna mettersi semplicemente al loro servizio perché un giorno essi abbiano la capacità e la possibilità di scegliere liberamente da se stessi”.

Ciclo di studi  
“Famiglie  
socialmente  
emarginate”

Si tratta di un estratto dalla relazione di Milena Canevini Diomede al seminario di studio sul tema: "Il servizio sociale e la famiglia", organizzato dalla Fondazione E. Zancan a Malosco (Trento), dal 13 al 17 settembre 1969, pubblicata in Rassegna di Servizio Sociale, n. 3-4/1970.

Seminario della  
Fondazione  
Zancan

"Diamo ora un breve sguardo alla posizione del servizio sociale di fronte alla famiglia, vedendone l'evoluzione che ha portato all'attuale impostazione, precisando comunque che, come per le parti precedenti, anche questo vuole semplicemente fornire un richiamo, una traccia per un ripensamento e non una trattazione esauriente sull'argomento.

Si deve subito dire che sino a qualche tempo fa, e per gran parte del servizio sociale italiano ancora oggi, parlare del servizio sociale e della famiglia voleva dire accedere subito mentalmente al "case-work" familiare. La famiglia interessava (e dovremmo usare il tempo presente per l'Italia) per il trattamento dell'individuo e del suo problema.

Il servizio sociale di  
fronte alla  
famiglia

Si può fare anche un'altra considerazione: l'approccio del servizio sociale alla famiglia è stato costantemente influenzato dall'evoluzione delle scienze sull'uomo e la società.

Volendo schematizzare, si possono ritrovare delle fasi di questo processo.

Una prima fase può essere considerata quella in cui, sotto la forte influenza della psicanalisi, l'enfasi della diagnosi e del trattamento nel case-work sono tutte centrate sugli aspetti psicologici, guardando all'individuo estrapolato dall'ambiente e dalla sua famiglia, accentuando massimamente la considerazione delle condizioni emotive del cliente. È questo un periodo che grossolanamente può essere compreso fra il '30 ed il '50.

In una seconda fase, ancora influenzata dalla psicanalisi ma aprendosi alle componenti sociali della personalità ed alla scoperta del processo di socializzazione, il servizio sociale del caso individuale supera la neutralizzazione o la subordinazione dei fattori sociali agli aspetti psicologici ed insieme alla psicoanalisi scopre che l'aiuto dato per qualche ora ad un individuo è neutralizzato dal tempo passato fra le pareti domestiche, per cui si tende, specie nel trattamento dei minori, ad allargare il trattamento verso la sua famiglia, cominciando nel caso del trattamento dei bambini ad includere prima la madre, poi il padre e quindi l'insieme della famiglia.

Sono gli anni in cui cominciano ad uscire in forma ampia gli studi sui gruppi e la loro dinamica. È l'epoca in cui si parla di: individuo e la sua famiglia. Siamo fra il '50 ed il '60.

Una terza fase va dal '60 ai nostri giorni ed è caratterizzata dalla scoperta della famiglia come gruppo. È suturata la dicotomia "individuo-famiglia" e si tende a vedere "l'individuo nella sua famiglia", per arrivare negli ultimi orientamenti (tanto vicini allo sviluppo ed agli orientamenti della psicoterapia di gruppo) a considerare la famiglia nel suo insieme come oggetto di diagnosi e di trattamento. Siamo alle esperienze di Don Jackson, della Satir, di Ackerman, del servizio sociale e degli altri metodi di aiuto che scoprono la necessità dell'approccio interdisciplinare ai problemi.

Il grande sviluppo delle scienze sociali consente di collocare la famiglia nel contesto socio-culturale. I concetti di personalità, status e ruolo, norme, modelli di comportamento, valori ecc. entrano direttamente ad influenzare un diverso approccio alla famiglia insieme all'applicazione delle scoperte intorno alla terapeuticità dei gruppi.

Gli enti specificatamente rivolti all'aiuto alla famiglia fondono nel servizio sociale familiare le tecniche proprie del case-work con quelle del social group-work e la letteratura professionale si arricchisce di tre importanti opere: il già citato volume della Satir, il volume "Exploring the Base for Family Therapy" ed il testo della Youngusband "Social Work with Families" e



sempre più numerosi, specie negli ultimi tre anni, sono gli articoli sull'argomento apparsi sulle riviste specializzate”.

Un ulteriore elemento caratterizzante la ricerca di coniugare teoria e soluzioni a servizio dei problemi è idealmente sintetizzato nel contributo di Giorgio Battistacci, che analizza la famiglia in rapporto alla legge n. 405 del 1975 sui consultori. Egli esprime la consapevolezza che i problemi che compaiono e i bisogni che si esprimono nel rapporto di coppia e in quello adulto-minore sono in misura limitata puramente interni alla famiglia e solo parzialmente possono trovare una risposta all'interno della famiglia. Sono infatti condizionati da un contesto sociale in certi casi inadeguato e deficitario, e dai limiti della politica del territorio, dell'abitazione, dell'occupazione ecc., che insieme contribuiscono a un distorto e disordinato sviluppo sociale, personale, culturale, economico che influisce sulla vita di tutti. La società cioè, nel suo insieme, esercita sempre più la sua influenza nella vita della famiglia e dei minori, mentre appare sempre più evidente che i bisogni di ciascuno sono legati a quelli degli altri e tutti i bisogni interagiscono tra loro.

Perciò, continua l'autore, qualunque sia la concezione di famiglia da cui ci si muova, anche quella della morte della famiglia, non si può negare che molti problemi delle persone si manifestano o si scaricano nel contesto familiare, per cui tale contesto non può essere ignorato, perché rimane pur sempre un ambiente di socializzazione nel quale i bisogni fondamentali possono trovare una risposta.

Tenendo conto di questo, il consultorio, come indica la legge 405, dovrebbe porsi come riferimento essenziale all'interno dell'unità locale dei servizi sanitari e socio-assistenziali. In sostanza, il consultorio dovrà costituire un momento sociale di riferimento e di approccio per i problemi che insorgono in una famiglia, in una coppia, soprattutto in ordine all'educazione dei figli, in modo da aiutare la famiglia, la coppia, a realizzare la sua integrazione e soprattutto porla in grado responsabilmente di procreare, di allevare e di educare i suoi figli (Politiche sociali e servizi, 43, G. Battistacci, 1979).

Questa prospettiva è uno dei punti di forza del dibattito italiano sulle forme di sostegno e di servizio alla famiglia e testimonia di una ricerca in buona parte affidata ai professionisti e non altrettanto ad altri centri di responsabilità. Ulteriori criteri di rischio proposti in un articolo di “Esperienze di Rieducazione” sono basati sulla seguente classificazione:

a) Famiglie invischiate: cioè in crisi aperta, che tentano di coinvolgere l'osservatore in una serie di richieste contraddittorie e pressanti di intervento e aiuto. In queste famiglie vi è la prevalenza di un dissidio aperto o occulto di un genitore, la forte responsabilizzazione dei genitori nei confronti del figlio quando questo opera in loro presenza, mentre non interessa ciò che fa all'interno della famiglia. Il figlio tende ad assumere comportamenti che scandalizzano e stupiscono i genitori.

b) Famiglie disimpegnate: sono famiglie in cui ognuno vive per sé, indipendentemente dagli altri componenti. Il figlio soffre di una forte frustrazione e tenta di lanciare segnali che cadono nel vuoto. Questo può portare ad una fuga da casa e al vagabondaggio del ragazzo che ormai vive solo al di fuori della famiglia.

La famiglia in rapporto alla L. 405/1975

c) Famiglie con capro espiatorio: sono famiglie in cui nei casi di disadattamento si tende a scaricare sul più debole (il tossicodipendente) le contraddizioni interne. La famiglia tende così allora alla stabilità, questa si rompe e la crisi ricomincia se il figlio tossicodipendente torna alla normalità" (E.R., 5, Marasco, Rosi, Scardaccione, 1979, p. 47).

In sintesi, molti autori di questo periodo sono concordi nel considerare la famiglia come concausa di disadattamento, per deprivazioni e carenze affettive tra figli e genitori, spesso in difficoltà nello svolgere i ruoli genitoriali. Insieme alla famiglia, anche la scuola non viene risparmiata dalle critiche: viene descritta come selettiva, classista, tesa a privilegiare la competizione piuttosto che l'integrazione.

I fattori di multiproblematicità sono descritti in termini di disadattamento e/o di deprivazione e anche di condizioni strutturali derivanti dall'impossibilità per numerose famiglie di allevare i figli per ragioni materiali ed economiche e non necessariamente per incapacità educativa.

Anche per questo l'istituzionalizzazione è, in certi casi, vista come via d'uscita legittimata culturalmente a protezione del bambino o del ragazzo e non per segregarlo. Il dualismo tra spiegazioni che vedono il disadattamento come frutto di contraddizioni sociali e altre che lo caratterizzano come conseguenza di problemi personali, relazionali e psicosociali ha animato un dibattito particolarmente intenso. Ha, ad esempio, portato a definire i ragazzi multiproblematici come caratteriali, con temperamenti antisociali, con tratti psicopatici, fannulloni, sbandati, delinquenti precoci, con disturbi di carattere, con difetti di intelligenza, con sindromi psicotiche, con minorazioni fisiche o sensoriali, mettendo insieme dimensioni profondamente diverse tra loro.

Nel contempo, c'è una grande attenzione ai diritti del bambino e del ragazzo, alla necessità di un salto culturale, oltre che tecnico e professionale, nelle modalità di presa in carico dei bisogni dell'infanzia. Sono questioni viste e vissute come sfida sociale, professionale, politica ed etica. Anche in forza di questo è stato possibile un incontro così ampio di punti di vista e di centri di responsabilità.

Il passaggio dal dibattito degli anni '70 e '80 del Novecento ai due decenni successivi (cioè fino ai nostri giorni) può essere rappresentato utilizzando due strumenti. Il primo è la nascita della rivista **"BAMBINO INCOMPIUTO"**, curata da Renata Gaddini, Presidente dell'Associazione italiana "Prevenzione Abuso all'Infanzia".

Un difficile  
passaggio

"Nel promuovere la nascita di una Rivista interdisciplinare rivolta ai bisogni del bambino, il Direttivo della nostra Associazione ha raccolto di buon grado l'idea di chiamarla "Bambino incompiuto".

Perché "incompiuto"? Perché appunto questo è l'intento della nostra rivista: quello di tentare di rendere compiuto il bambino nel pensiero di un organismo che si propone di prendersene cura globale e di integrare i diversi aspetti, spesso molto validi ma parziali, secondo i quali egli è stato seguito fino ad oggi: quello pediatrico, psicologico, pedagogico, psichiatrico, sociologico e giuridico.

Questi suoi diversi aspetti sono, in genere, distribuiti tra operatori di discipline diverse, che studiano, e anche approfondiscono, l'aspetto che è di loro competenza, a scapito degli altri, e anche del bambino, che si sente non compreso e incompiuto. E ineluttabile, d'altra parte, che chi si occupa di un bambino in difficoltà - il bambino "abusato" lo è per eccellenza - abbia la

sensazione di incontrarsi con aree di cui non può farsi carico in prima persona, compresa, a volte, la sua stessa famiglia. Dai genitori in giù, sarebbe invece utile che ogni operatore potesse "sapere" ciò che l'altro sa, nel momento in cui cerca di capire come possono essersi svolte le cose "a monte" del disagio (o della tragedia) che hanno portato il bambino alla sua attenzione, evitando così di sentirsi, come il bambino, fuori del proprio raggio di competenze, e quindi incompiuto.

La salute di cui l'individuo dispone alla nascita è tanta: grandi sono i suoi potenziali totali, vale a dire di una salute che è fisica e mentale al tempo stesso. Nostro compito è quindi, in primis, quello di custodirla in questo senso di totalità e di interdipendenza, e di favorirne il recupero se viene a mancare, cercando di mantenere dentro di noi questa immagine di totalità, così aliena dal senso di frammentazione in cui cade il bambino quando si trova, invece, in difficoltà.

Sono argomenti semplici, vitali, diretti, che meritano di essere affrontati in un modo semplice e originale, possibilmente diretto e non accademico, con l'intento di riuscire ad avere l'attenzione di molti".

Alla domanda "perché questa nuova rivista?" risponde anche il suo direttore, Alfredo Carlo Moro:

"Il titolo della rivista è "Bambino incompiuto": la nostra indagine non sarà però limitata ai problemi dell'infanzia, come del resto emerge chiaramente anche dal sottotitolo della rivista: "per una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza". Abbiamo fatto riferimento al bambino non solo o non tanto perché nella nostra lingua, al contrario che in altre, manca un termine unitario per indicare tutta la fascia dell'età evolutiva (il termine usualmente utilizzato di "minore", oltre ad essere troppo connotato sul piano giuridico, non risulta appagante perché, equivocamente, sottolinea una condizione di "minorità" che dobbiamo rifiutare). Ci sembrava soprattutto utile far riferimento al bambino perché tutte le difficoltà dell'età adolescenziale trovano spesso la loro vera radice proprio nell'incompiutezza del processo educativo e socializzatore dell'infanzia.

...

Non possiamo sottrarci al compito di dare una risposta alla domanda, che sorge spontanea, se è proprio necessaria una nuova rivista sui problemi dell'infanzia e dell'adolescenza. Noi abbiamo ritenuto di sì per due fondamentali ragioni.

È innanzitutto vero che esistono nel nostro paese molte riviste, anche di notevole valore, che si occupano autorevolmente dei problemi dei nostri ragazzi. Ma sono tutte riviste che affrontano le tematiche giovanili secondo ottiche specialistiche - il diritto, la pedagogia, la pediatria, la psicologia, la psichiatria, la sociologia e via dicendo - o per particolari settori di attività - il gioco, lo sport, i mezzi di comunicazione di massa - e che quindi di necessità si aprono solo occasionalmente all'interdisciplinarietà. La conseguenza, tra l'altro, è che tali riviste circolano principalmente, se non esclusivamente, tra gli "addetti ai lavori" dei vari settori professionali che si occupano anche dell'infanzia, il che accentua quella incomunicabilità tra esperienze professionali diverse che rende estremamente difficile quell'effettiva collaborazione interdisciplinare senza la quale rischia di diventare più povero il globale approfondimento culturale della realtà unitaria del bambino, e quindi meno adeguata la risposta alle esigenze del ragazzo in difficoltà.

La mancanza di un serio e continuo incontro interprofessionale rende infatti più difficile vedere il ragazzo nella globalità dei suoi bisogni e non solo in quelli emergenti nel momento

patologico (il bambino malato, il bambino abbandonato, il bambino con turbe di personalità, il bambino disadattato, il bambino ritardato e così via); creare tra i vari operatori, che pur si ripiegano sullo stesso ragazzo anche se secondo angolature professionali diverse, un linguaggio e una cultura comune e quindi anche una reciproca comprensione delle diverse mentalità ed esigenze; realizzare infine un controllo e un confronto reciproco delle eccessive certezze che i singoli settori professionali vanno autonomamente elaborando, evitando così che sul soggetto più debole della nostra collettività si abbattano le onnipotenze dottrinarie delle varie categorie professionali.

Questa nuova rivista nasce invece proprio da un incontro interprofessionale proficuamente sperimentato all'interno dell'Associazione per la Prevenzione dell'Abuso all'Infanzia, incontro che attraverso la rivista dovrebbe ulteriormente approfondirsi e completarsi.

Vi è inoltre un altro motivo che rende, a nostro parere, assai utile questa nuova rivista. Si vanno oggi moltiplicando servizi per l'infanzia o che comunque hanno occasioni di operare anche nei confronti dei ragazzi. Ma gli operatori di questi servizi - come del resto gli operatori delle agenzie di socializzazione del ragazzo, prima fra tutte la scuola - sono oggi del tutto privi di uno strumento editoriale, non settoriale, che li tenga costantemente informati non solo dell'elaborazione culturale che sulle tematiche minorili si viene effettuando nei vari settori, ma anche delle proposte, delle esperienze operative, delle iniziative legislative che su un tema così delicato si vanno compiendo nel nostro e in altri paesi. Un aggiornamento culturale e un'adeguata informativa appare invece essenziale in un momento storico in cui i servizi - non più specializzati sulla base delle caratteristiche esistenziali dei vari utenti e dei loro particolari bisogni - rischiano di ignorare, o quanto meno di non conoscere adeguatamente, la specificità dei problemi minorili, il loro reale spessore, l'insorgere di bisogni che non possono essere verbalizzati, da chi non è in grado di esprimere una chiara richiesta di aiuto, il tipo di risposte più utili ad appagare esigenze non compiutamente avvertite. Di fronte alle pressanti, e talvolta perentorie, richieste dei soggetti adulti che si rivolgono ai servizi, vi è il concreto rischio che la sconoscenza della reale dimensione del bambino porti a far ritenere bisogni del bambino quelli che sono solo bisogni degli adulti che con lui hanno a che fare.

E un simile aggiornamento culturale ci sembra essenziale anche per i molti volontari che, nelle varie strutture, si occupano generosamente dei ragazzi in difficoltà, ma che, per non rendere velleitaria la propria azione, hanno un estremo bisogno di un quadro di riferimento, anche culturale, della realtà giovanile con i suoi complessi problemi: le buone intenzioni, senza una sia pur minima professionalità, possono essere infatti del tutto controproducenti.

...

Il nostro impegno sarà quello di porci dalla parte del ragazzo, per cercare di dare voce alle sue più vere necessità, per dar spazio - in questa nostra società fortemente corporativa e connotata da una continua rivendicazione di diritti a cui raramente corrisponde l'accettazione di doveri - all'"unica" corporazione", anche se particolarmente numerosa, che non ha modo di esigere l'appagamento dei suoi diritti".

Si vede chiaramente come emerga un'attenzione orientata a vedere le diverse componenti dei problemi, negli aspetti positivi e di potenzialità, ma anche nelle criticità e contraddizioni. Alcuni dei temi affrontati dalla rivista dal 1984 al 1996 sintetizzano altrettante questioni su cui si è concentrata l'attenzione, il dibattito e la ricerca di soluzioni.

- 3/1984 Moro Alfredo Carlo, *Non mitizziamo l'affido*, pp. 27 – 30;  
Cattabeni Guido, *L'affido educativo: una nuova frontiera per operatori, servizi, minori in difficoltà*, p. 31 – 41;  
Dell'Antonio Anna Maria, *Il bambino di fronte al suo affidamento familiare*, 42 – 53;
- 1/1985 Moro Alfredo Carlo, *La riforma del diritto di famiglia dieci anni dopo*, pp. 5 – 17;  
Rezza Emiliano, *Particolari forme di maltrattamento del bambino dovute a collaborazione tra medico e genitore*, pp. 49 – 59
- 2/1985 Battistacci Giorgio, *Abusi sui minori e strumenti di tutela*, pp. 5 - 8  
Moro Alfredo Carlo, *Per una migliore protezione del minore: l'ufficio di pubblica tutela*, pp. 9 - 25  
Dossier: violenza intrafamiliare e tutela del minore  
Pfanner Pietro, *La famiglia abusante*, pp. 79 - 83  
Caffo Ernesto, *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino come fattore causale dell'abuso all'infanzia*, pp. 85 – 106
- 3/1985 Sacchetti Lamberto, *Dall'adozione all'affidamento familiare. Coscienza di una crisi e di una prospettiva*, pp. 147 – 156
- 1/1986 Busnelli Fiorentino Elda, *L'adolescenza a rischio: bisogni e risposte*, pp. 145 - 161
- 2/1986 Donati Pierpaolo, *Esiste una "normalità" infantile? Riflessioni a partire dalla "de-normalizzazione" della famiglia*, pp. 15 - 22  
Barbero Avanzini Bianca, *Intervento specialistico o generale negli abusi all'infanzia?*, pp. 23 - 32  
Caffo Ernesto, *L'abuso sessuale all'infanzia: considerazioni cliniche e proposte preventive*, pp. 33 – 49
- 3/1986 Beria di Argentine Adolfo, *Le cause del disadattamento giovanile*, pp. 5 – 11
- 1/1987 Moro A. Carlo, *La riforma dell'ordinamento minorile: una utopia o una realtà?*, 5 – 15
- 2/1987 Battistacci Giorgio, *L'abuso all'infanzia: un problema di tutti*, pp. 5 - 11
- 3/1987 Fadiga Luigi, *La protezione dell'infanzia in Italia*, pp. 5 – 18  
Cappello Valerio, Consolini Renza, *La famiglia con un solo genitore*, pp. 53 - 62  
Cigoli Vittorio, *Il visitatore del povero e il visitatore bisognoso. Gli operatori sociali al domicilio delle famiglie*, pp. 139 – 153
- 1/1988 Sacchetti Lamberto, *La tutela dei minori e le famiglie premature*, pp. 69 - 73  
Battistacci Giorgio, *Violenze e abusi sessuali nei confronti dei minori*, pp. 87 - 94
- 2/1988 Dossier: separazione dei genitori e problemi dei figli  
Dell'Antonio Annamaria, *Separazione dei genitori: situazione di rischio*, pp. 45 - 50  
Vico Giuseppe, *L'educazione del bambino in una situazione familiare difficile*, 63 – 69
- 3/1988 Dusi Paolo, *Funzione amministrativa e funzione giurisdizionale di tutela del minore: rapporti e conflitti*, pp. 49 - 59  
Martorelli Maurizio, *Maltrattamento del bambino e formazione degli operatori socio-sanitari*, pp. 145 – 150
- 1/1989 Capece Giuseppe et al., *Abuso psicologico a scuola: il ruolo del medico scolastico*, pp. 105 – 108

- 2/1989 Parisi Carla, Bernabei Paola, *Sul rischio psicopatologico nei figli di genitori con problemi psichiatrici*, pp. 89 - 100  
Del Conte Luisanna, *Abuso da parte delle istituzioni: come si disgrega un minore*, pp. 135 - 146  
Ghezzi Dante, *Il bambino che sta male a casa sua. La qualità dell'intervento degli operatori*, pp. 149 - 157
- 3/1989 Caffo Ernesto, *Conoscenze e prospettive sulla prevenzione dell'abuso ai minori*, 123-148
- 2/1990 Andria Pasquale, *I diritti sociali del minore*, pp. 33 - 42
- 3/1990 Furniss Tilman, *L'abuso sessuale del bambino nella famiglia: intervento e terapia*, pp. 59 - 67  
Lanza Luigi, *Il comportamento della moglie / madre nell'incesto padre / figlia: dall'estraneità alla partecipazione collusiva*, pp. 81 - 86
- 2/1991 Donati Pier Paolo, *Famiglia e infanzia in una società rischiosa: come leggere e affrontare il senso del rischio* pp. 5 - 30  
Andreoli Vittorino, *Famiglie con genitori tossicodipendenti*, pp. 151 - 161
- 3/1992 Moro Alfredo Carlo, *Società rischiosa e preadolescenza*, pp. 7 - 20  
Fava Vizziello G., Colucci R., Disnan G., *Il rischio psico-patologico in famiglie con genitori psicotici*, pp. 43 - 55
- 1/1993 Levi Gabriel, Haddad Anna, *Rischio psicopatologico e rischio di abuso in età evolutiva*, pp. 19 - 28
- 6/1993 Roccia Cristina, Foti Claudio, *Pedofilia: dal bambino abusato all'adulto perverso*, 9-21  
Mendorla Giuseppina, Castorina Salvatore, *Punizioni fisiche maltrattanti e incidenti nell'adolescenza*, pp. 23 - 34  
Moro Alfredo Carlo, *La disciplina della famiglia di fatto*, pp. 47 - 48
- 1/1995 Rogialli Sandra, Teodori Maria Pia, *Sviluppo umano e quotidianità: il bambino, la famiglia, la comunità*, pp. 13 - 23  
Della Giustina Luciana, De Renoche Ida, *La separazione dei genitori e il vissuto del bambino nella fase di latenza*, pp. 25 - 37
- 2/1995 Vecchiato Tiziano, *La mediazione nelle esperienze di altri Paesi*, pp. 27 - 40
- 3-4/95 *Esigenze e diritti di gestanti, madri e neonati in difficoltà*, pp. 17 - 28
- 5/1995 Dallanegra Paola, Gasparini Marina, Meazza Claudio, *Un luogo protetto per il riavvicinamento tra minori e adulti in situazioni conflittuali*, pp. 43 - 52
- 3-4/1996 Magno Giuseppe, *Quale protezione per i minori stranieri*, pp. 9 - 17  
Zorzella Nazzena, *I diritti del minore straniero in Italia*, pp. 19 - 29

Per concludere questa prima parte, riportiamo una selezione di articoli estratti da riviste che più di altre hanno dato spazio a problemi di interesse dello studio.

AAVV, *Alternative concrete al ricovero dei minori in istituto*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1/1977.

AAVV, *Famiglie socialmente carenti e azione comunitaria*, Rassegna di Servizio Sociale, 3-4/1970.

AAVV, *Istituzionalizzazione: quali alternative?*, Prospettive Assistenziali, 68/1984.

- AAVV, *L'abbandono del minore e la risposta della comunità locale*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5-6/1983.
- AAVV, *La lotta contro l'emarginazione dei minori non è più un obiettivo prioritario?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 20/1977.
- AAVV, *Minori in pericolo di ritardo mentale dipendente da fattori socio-culturali: loro individuazione precoce e stimolazione*, Problemi Minorili, 1-2-3/1978.
- Ajello L., *Disadattamento minorile e servizio sociale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3/1971.
- Argento E., *Il gruppo strumento di rieducazione*, Esperienze Sociali, 1/1974.
- Aspe, *L'infanzia maltrattata*, Aspe, 10/1983.
- Aspe, *Ragazzi di strada*, Aspe, 22/1984.
- Barbero Avanzini B., *Sistema familiare comportamento giovanile deviante*, Studi di sociologia, 1976.
- Battistacci G., *Adolescenza a rischio: ripensare globalmente la legislazione minorile*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5/1984.
- Baviera I., *Non sottrazione dei figli ai genitori ma protezione della infanzia più indifesa*, Prospettive Assistenziali, 45/1979.
- Bertolini M., Neri F., *Genitori brutali bambini maltrattati*, Gli Argonauti, 10/1981.
- Bisogni e risposte per l'età evolutiva*, Servizi sociali, 4/1986.
- Brunetta G., *L'emarginazione dei giovani nel mondo del lavoro*, Aggiornamenti sociali, 96/1974.
- Butturini E., *Scuola ed emarginazione dei giovani*, Aggiornamenti sociali, 1/1979.
- Canevaro A., Radaelli V., *La XIV sessione del gruppo di esperti Vipe per i problemi della gioventù disadattata*, Esperienze di Rieducazione, 3/1970.
- Carpello G., *I percorsi dell'emarginazione nel passato ed oggi*, Promozione Sociale, 1/1977.
- Cividali I., *Il concetto di abbandono nell'infanzia*, Promozione Sociale, 11/1972.
- Coppola C., *Disadattamento minorile: servizi di base o specializzati?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 6/1971.
- Coppola C., *Disadattamento minorile: un impegno urgente per tutta la società*, La rivista di servizio sociale, 1/1970.
- Coppola C., *Disagio giovanile e politica dei servizi sociali territoriali*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 16/1982.
- Coppola C., e altri, *I servizi per minori disadattati, ruolo del Ministero di Grazia e Giustizia e degli Enti Locali*, Esperienze di Rieducazione, 4/1977.
- Coppola C., *Riforma dei servizi per disadattati e riforma dei servizi sociali*, Assistenza d'Oggi, 3/1970.
- Dalle diverse adolescenze alla rete di interventi nel territorio*, Servizi sociali, 3/1987.
- De Angeli A., Buratti G., *Prevenzione del disadattamento*, Promozione Sociale, 2/1976.
- De Leo G., *Effetti negativi della istituzionalizzazione dei minori*, Problemi Minorili, 3/1974.
- Di Gennaro G., *I giovani disadattati*, Promozione Sociale, 7-8/1973.
- Esposito G., *Dal disadattamento sociale all'esclusione: note sulla difesa della salute e superamento dell'assistenza*, La rivista di servizio sociale, 4/1979.
- Ferrari Bravo G., Reale E., Russo M., *L'esclusione necessaria. Note sulla genesi del disadattamento minorile*, La rivista di servizio sociale, 3/1977.

- Ferrari M.B., *Le famiglie socialmente emarginate*, Assistenza d'Oggi, 1/1971.
- Forte F., *Le colpe della scuola media e il disadattamento minorile*, Esperienze di Rieducazione, 1/1976.
- Forte M., *Scuola media e disadattamento minorile*, Problemi Minorili, 1-2/1975.
- Gaudio S., *I problemi dei minori nell'ambito della sicurezza sociale*, Solidarietà umana, 8-9/1974.
- Gigante N., Saraz M. (a cura di), *Minori abbandonati*, Promozione Sociale, 7-8/1974.
- Granger E., *I figli abbandonati, non sempre il peggio è inevitabile*, Vita Sociale, 1979.
- Grossi B., *La protezione delle fasce marginali della popolazione nella programmazione regionale*, Comunità e salute, 2-3/1981.
- Gruppo Abele, *Una prospettiva alternativa al problema del disadattamento giovanile*, Esperienze di Rieducazione, 4/1971.
- I progetti adolescenti: una lettura della dimensione educativa - Organi di protezione del minore: come sono e come dovrebbero essere*, Servizi sociali, 4/1988.
- Il progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva*, Servizi sociali, 2/1982.
- La famiglia in rapporto al fenomeno droga*, Servizi sociali, 1-2/1987.
- Luciani C., *Per un rilancio sociale dei problemi inerenti all'emarginazione dei minori*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 8/1974.
- Marcon P., Fara N., *Per una nuova politica del disadattamento minorile*, La rivista di servizio sociale, 2/1971.
- Meucci G., *Le situazioni di crisi della famiglia: interventi del giudice e della società*, Esperienze di Rieducazione, 1/1976.
- Occulto R., *Per una politica regionale dei servizi sociali a tutela dei minori*, La rivista di servizio sociale, 3/1975.
- Pagliari Taccani T., *Fatti e riflessioni in tema di disadattamento*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5/1974.
- Paolucci G., *Perché le donne abbandonano i figli*, Inchiesta, 49-50/1981.
- Perico G., *Due alternative all'istituto per minori*, Aggiornamenti sociali, 2/1975.
- Pirrone V., *Disadattamento e criminalità nella dinamica della personalità giovanile*, Problemi Minorili, 4-5-6/1978.
- Radaelli V., *Il lavoro dei fanciulli e la loro tutela penale e civile*, Problemi Minorili, 4-5-6/1977.
- Rao C., *Disadattamento minorile*, Solidarietà umana, 17-18/1975.
- Rischio, disagio e devianza nell'adolescenza. Promozione della comunità locale nelle politiche giovanili*, Servizi sociali, 4/1990.
- Santucci Martino F., *Disadattamento minorile*, Solidarietà umana, 17-18/1972.
- Serpico Persico L., *Scuola media e minori disadattati*, Problemi Minorili, 3-4-5-6/1976.
- Sprini G., *Gli interventi nel disadattamento*, Promozione Sociale, 5/1976.
- Tibozzo M., Pesce G.C., *Prevenzione del disadattamento*, Promozione Sociale, 7-8/1973.
- Tortello M., Santanera F., *Il ruolo del volontariato nel campo delle alternative al ricovero in istituto*, Prospettive Assistenziali, 64/1983.
- Van Peype Ph. D., *Famiglie socialmente carenti e azione sociale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3-4/1970.
- Viani F., *Le carenze affettive e la dissociazione familiare come causa di disordini della personalità nell'età evolutiva*, Problemi Minorili, 4-5/1973.
- Vicinelli G., *Una nuova politica per i disadattati*, Solidarietà umana, 13-14/1970.



Zappella M., *Disadattamento scolastico ed esclusione istituzionale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3/1971.

Zecca O., *Violenza, scuola e famiglia*, Problemi Minorili, 4-5/1973.

## Verso dove

Le principali linee di investimento culturale e tecnico che hanno caratterizzato gli ultimi 20 anni possono essere così sintetizzate:

- da centrale a locale (a partire dal Dpr n. 616/77 e fino ai più recenti provvedimenti sul federalismo);
- da residenziale a piccole residenze, secondo un'articolazione funzionale delle risposte;
- verso la famiglia (forme di sostegno alla genitorialità, centri per le famiglie, altre forme di supporto);
- con modalità familiari (in armonia con quanto previsto dalla legge n. 184/83 e dalle norme successive sull'argomento);
- nel territorio (quartiere, comunità locale, distretto sociosanitario, ambiti di gestione associata dei servizi alle persone ecc.);
- con nuove professionalità o evoluzione di professionalità presenti nei servizi;
- con nuove forme di tutela (pubblico tutore, amministratore di sostegno ecc.);
- con nuove modalità di servizio (mediazione ecc.) e nuovi setting operativi (spazi neutri ecc.).

Nel contempo, alcuni contenuti di bisogno che più di altri hanno attirato l'attenzione sociale e professionale sono centrati sulle condizioni di intervento in emergenza (per contrastarla e prevenirla) e sulle forme di presa in carico del bisogno e di valutazione di efficacia. In particolare:

- le forme di pronto intervento utili a contrastare la violenza, l'abuso e il maltrattamento;
- la gestione della continuità genitoriale e familiare, dopo la fase di separazione dei genitori, in particolare nei casi di separazione conflittuale;
- i criteri e le condizioni di valutazione stessa del bisogno, strettamente connessi alla necessità di poter utilizzare criteri condivisi per la valutazione del rischio;
- i criteri e le condizioni di intervento e presa in carico, intesi come assunzione di responsabilità e ricerca di soluzioni e non solo in termini di erogazione di risposte professionali "appropriate";
- gli strumenti e le condizioni per fare valutazione di efficacia, come elemento di effettiva tutela dei diritti del "minore", passando dall'enfasi sulle buone prestazioni ("prassi") alle condizioni per la loro efficacia.

La letteratura su questi argomenti è vasta, anche se non sempre centrata sui bisogni e sui diritti dell'infanzia.

A partire dagli anni '90 del Novecento sono prevalse le ragioni dell'efficienza gestionale, del controllo dei costi, dei risultati produttivi: tutti elementi certamente utili

per ottimizzare l'uso delle risorse, ma di fatto penalizzanti gli interventi e i finanziamenti per dare risposte ai bisogni e diritti dell'infanzia e della famiglia.

Hanno preso il sopravvento prima i problemi connessi al contrasto delle tossicodipendenze e successivamente quelli conseguenti all'invecchiamento della popolazione, con uno spostamento sostanziale di risorse e di impegno di welfare nei confronti dell'ultima fase della vita anziché della prima.

In sostanza, c'è un cantiere avviato per promuovere i diritti dell'infanzia, ma incompiuto e sospeso a partire dagli anni '90. Malgrado questo, la riflessione ha continuato a dare frutti che oggi possono essere meglio apprezzati e utilizzati. Alcuni esempi evidenziano aree in cui la riflessione si è concentrata, oltre che sui nuovi problemi connessi a tossicodipendenza, Aids, immigrazione minorile, anche sui problemi inerenti i processi di intervento di rete, i progetti per giovani e adolescenti. Molta attenzione è stata assorbita dal lavoro di rete, dal governo dei processi e dai progetti.

Alcune tematiche considerate in letteratura:

AA.VV, *L'affido a dieci anni dalla legge 184: come aiutare i minori e le famiglie in difficoltà*, Famiglia Oggi, marzo 1993.

Busnelli E., Vecchiato T., (1991) *La promozione del benessere psico-fisico nell'età evolutiva*, Ministero della Sanità, Roma.

Cendon P. (a cura di) (1991), *I bambini e i loro diritti*, il Mulino, Bologna.

Maurizio R. (a cura di) (1995), *La prevenzione del disagio in riferimento alle esperienze di aggregazione tra adolescenti*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.

Ministero dell'Interno (1996), *La costruzione di un progetto adolescenti. Saperi e pensieri... per fare*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.

Ministero dell'Interno (1996), *La prevenzione del disagio e delle dipendenze con gli adolescenti. Premesse culturali e teoriche ed esiti della sperimentazione nazionale*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.

Ministero dell'Interno (1996), *Sperimentazione nazionale coordinata di progetti adolescenti con finalità preventiva*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.

Ministero dell'Interno Direzione generale dei servizi civili (a cura di) (1991), *Politiche sociali per l'infanzia e l'adolescenza*, Unicopli, Milano.

Ministero dell'Interno Direzione generale dei servizi civili (a cura di) (1991), *Minori: linee di indirizzo per una politica unitaria*, Roma.

*Modelli di accoglienza familiare e comunitaria per minori in difficoltà*, Servizi sociali 1/1998.

Moro A.C. (1991), *Il bambino è un cittadino*, Mursia, Milano.

Moro A.C., Vecchiato T., *Per una più compiuta tutela dei minori*, Politiche giovanili, suppl. Servizi sociali, 3/93.

Palmonari A. (a cura di) (1991), *Guida alle comunità di convivenza e crescita della persona*, Patron, Bologna.

Vecchiato T. (1992), *Minors and Deviance*, in Hans-Uwe Otto, H. Messmer (edited By), *Crime, Conflict and Reconciliation*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.

Vecchiato T., *The Foster Care in Italy*, in Colton M., Williams M., edited by, (1997), *The World of Foster Care*, Arena, Adersht, Gb, Brookfield, Usa.

Alle riviste che hanno mantenuto vivo e alimentato il dibattito si è aggiunto un punto di riferimento che sostanzialmente mancava nella scena italiana, l'Osservatorio nazionale Infanzia e Adolescenza. Con i suoi quaderni ha reso operativa una funzione auspicata più volte a partire dagli anni '70, ma mai organizzata in modo continuativo, e cioè il monitoraggio della condizione dell'infanzia e delle risposte per l'età evolutiva nel nostro Paese.

Vediamo dunque nei quaderni pubblicati dall'Osservatorio quali possono essere alcuni contenuti rilevanti ai fini dello sviluppo del progetto RISC.

Nel quaderno 1/1998 ci sono degli spunti teorici sull'importanza dell'educazione e dell'informazione per prevenire forme di abuso e quindi di allontanamento (prima parte), con esempi di servizi territoriali che operano in termini preventivi (ultima parte).

Abuso

#### Quaderno 1/1998: VIOLENZE SESSUALI SULLE BAMBINE E SUI BAMBINI

“... Alcuni criteri per individuare e prevenire l'abuso

La modalità migliore per attuare azioni di tutela è quella finalizzata a prevenire l'abuso, attraverso l'educazione alla sessualità, impartita anche a scuola, e non solo in famiglia, perché quest'ultima si è rivelata essere il luogo da cui può potenzialmente svilupparsi la violenza e quindi non può essere ritenuta idonea a monopolizzare questo diritto pedagogico. L'educazione sessuale andrebbe impostata su due principi: dovrebbe valorizzare la differenza e specificità sessuale, e dovrebbe promuovere i diritti dell'infanzia.

La prevenzione e l'individuazione dell'abuso tramite l'educazione e l'informazione sessuale a scuola è la sola forza che può opporsi alla perversione, e che può rompere la catena di dolore e sofferenze che lega, in un continuum patologico, la violenza subita a quella agita.

Questo è un imperativo che si fa compito etico, in una società fondata sul rispetto dell'individualità di ognuno, sulla repressione e sul superamento dell'animalità originaria.

...

Sezione esperienze dei servizi territoriali:

- Napoli: Progetto di rete per la prevenzione e il trattamento del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia
- Marghera, Venezia: Il Centro per la prevenzione, lo studio e la presa in carico delle situazioni di abuso sessuale sui minori
- Milano: Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (C.B.M)”.

Anche nel quaderno 27 del 2002 si parla del tema abuso. In particolare, la pubblicazione evidenzia i servizi di contrasto all'abuso che erogano prestazioni di supporto educativo e sociale alla famiglia e al minore, sia territoriali che domiciliari.

#### Quaderno 27/2002: USCIRE DAL SILENZIO. Lo stato di attuazione della legge 269/98

“Il processo di riorganizzazione dei servizi sociali e sanitari italiani, accanto all'introduzione di nuovi strumenti giudiziari che richiedono un alto livello di integrazione fra “polo clinico” e “polo giudiziario”, è destinato a mutare profondamente anche i modelli organizzativi dei servizi per la prevenzione, l'assistenza e la cura dell'abuso sui minori.

Il quadro normativo generale di riforma e gli strumenti regolativi del nuovo sistema dei servizi sociali e sanitari hanno riconosciuto alla prevenzione e alla cura dell'abuso e del maltrattamento dei minori una propria specializzazione, riservando a tali servizi una particolare at-

tenzione rintracciabile in più di un atto o provvedimento. Le innovazioni introdotte nel sistema dei servizi di tutela e cura contro l'abuso, su un asse verticale (politiche di livello nazionale), possono essere identificate in tre segmenti: sanitario, sociale e giuridico.

*Segmento sociale:* il piano sociale nazionale, riprendendo l'art. 22 della legge n. 328/00 che inserisce il sostegno dei minori in stato di disagio fra i livelli essenziali delle prestazioni sociali, enuncia una serie di azioni, riconducibili a livelli minimi per ogni ambito territoriale, che collegano numerose specificità e che dovranno essere specificamente regolate in ciascun piano locale dei servizi sociali. L'obiettivo 2 del piano sociale nazionale "Rafforzare i diritti dei minori", sulla base del presupposto che lo strumento strategico per la costruzione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza è costituito dal piano territoriale d'intervento di cui alla legge n. 285/97, affida ai piani di zona la previsione dello sviluppo di misure e servizi per quanto concerne l'abuso e il maltrattamento dei minori, e precisamente:

- sostegno psicologico e sociale per i nuclei familiari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti, attraverso interventi di prevenzione primaria e a forte integrazione socio-sanitaria;
- servizi di cura e recupero psicosociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze, anche sessuali, attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;
- servizi di sostegno per i minori sottoposti ad abusi [p. 292-293]".

Questo intervento viene visto come forma di sostegno alla famiglia in crisi per prevenire separazioni e di conseguenza forme di allontanamenti.

#### Quaderno 4/1998: FIGLI DI FAMIGLIE SEPARATE E RICOSTITUITE

"La mediazione familiare è un intervento psicologico il cui obiettivo specifico è quello dell'attenuazione o se possibile della risoluzione dei conflitti familiari.

Uno degli obiettivi principali è quello di cercare la cooperazione nel gestire il ruolo genitoriale per cui l'intervento del mediatore aiuta i coniugi o ex coniugi a gestire i loro conflitti in modo meno distruttivo" [p. 7];

"Per attuare una politica a favore dei minori è necessario pensare a forme di sostegno alla famiglia, riconoscendole la funzione di risorsa fondamentale per promuovere il benessere dei singoli componenti in senso materiale (funzioni assistenziali), in senso psicologico (funzioni psicoeducative) e in senso sociale (funzioni di socializzazione primaria e secondaria).

Lo sviluppo di servizi di mediazione familiare si prospetta come un'attività rivolta ad affrontare, possibilmente con interventi di prevenzione, le problematiche relative alla coppia che è in crisi e/o decide di separarsi" [p. 15].

È inoltre riportata la relazione del Coordinamento Nazionale "Dalla parte dei bambini" al Convegno di Reggio Calabria (12-13 dicembre 1997). La relazione sintetizza le problematiche emerse nelle diverse Conferenze regionali realizzate in preparazione al Convegno Nazionale. Al punto 6.5. "Sostegno della famiglia di origine" è scritto:

"Se in linea di principio viene spesso ribadito, in pratica poco viene fatto per tutelare il diritto del minore ad essere educato all'interno della sua famiglia d'origine. Né norme, né organizzazioni di servizi, oggi sostengono e promuovono realmente le capacità educative delle famiglie. Per la famiglia in difficoltà poche sono le occasioni per apprendere a educare" [p. 336].

La mediazione familiare

Fuori dalla famiglia

**Quaderno 9/1999: I BAMBINI E GLI ADOLESCENTI FUORI DALLA FAMIGLIA. Indagine sulle strutture residenziali educativo-assistenziali in Italia, 1998**

“Già la legge del 1967, ma ancora di più la legge del 1983, aveva sottolineato come l'intervento sociale dovesse essere rivolto in via prioritaria al sostegno e all'aiuto della famiglia di origine perché fosse messa nella condizione di superare le sue difficoltà mantenendo nel suo seno il ragazzo: non è infatti coerente esaltare la famiglia come il più idoneo strumento di formazione della personalità del minore - e riconoscere il diritto primario del minore a rimanere nella sua famiglia - e poi, con gran facilità, espropriare alla famiglia la sua funzione e confiscare il diritto del bambino a rimanere presso i suoi genitori” [p. 5];

“E le istituzioni locali si sono in gran parte mobilitate, sia per suscitare e sostenere vocazioni all'affidamento familiare, sia per sviluppare azioni di sostegno nei confronti della famiglia biologica problematica, affinché con un'adeguata azione di supporto ad essa potesse essere evitato non solo il ricovero del bambino in istituto, ma anche, se possibile, il sempre traumatico, per il bambino, ricorso all'affidamento familiare. Opportunamente sono perciò sorte iniziative non solo per sostenere la famiglia problema, ma anche per realizzare forme di affidamento parziale dei bambini per alcune ore della giornata, forme di assistenza domiciliare, forme di affidamento di una famiglia-problema ad altra famiglia disposta a svolgere un'azione di concreto aiuto senza espungere il bambino del suo ordinario ambiente di vita.

Da questo impegno comune - a livello amministrativo come a livello legislativo, a livello delle istituzioni come a livello della comunità civile, a livello nazionale come a livello locale - è derivata la forte contrazione del numero dei minori ricoverati in istituti assistenziali-educativi riscontrata in questi ultimi decenni: i circa 200.000 minori ricoverati negli anni '70 sono divenuti i 14.945 della nostra rilevazione al 30 giugno 1998” [p. 6].

La legge 28 agosto 1997, n. 285, *Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*, prevede precise linee di intervento per la promozione dei diritti e del benessere dell'infanzia. L'art. 4 fornisce indicazioni per la creazione e il potenziamento di “Servizi di sostegno alla relazione genitori-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo assistenziali” offrendo puntuali indirizzi operativi per la realizzazione delle attività necessarie al conseguimento degli obiettivi della legge.

Nello specifico, al comma h viene fatto esplicito riferimento agli “interventi di prevenzione e di assistenza nei casi di abuso o di sfruttamento sessuale, di abbandono, di maltrattamento e di violenza sui minori”.

Nel quaderno si segnala che “Allo stato attuale il sistema delle misure di contrasto al fenomeno dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori soffre della mancanza di norme e regole di funzionamento sufficientemente chiare sull'organizzazione dei Servizi deputati all'attuazione degli interventi” [p. 73].

**Quaderno 19/2001: LE VIOLENZE SESSUALI SUI BAMBINI. Lo stato di attuazione della Legge n. 269/98**

“L'originalità dell'impianto della presente relazione deriva dalla volontà di integrare la rassegna delle iniziative realizzate a livello internazionale, nazionale e locale con la valutazione dei nodi critici che emergono nella prassi per quanto riguarda gli interventi legislativi, il sistema delle istituzioni e dei servizi deputati alla tutela e alla protezione dei minori, vittime di abuso e sfruttamento sessuale, la rilevazione statistica e il monitoraggio del fenomeno e, in ultimo, il coordinamento interistituzionale e tra servizi. Tale scelta è stata orientata non solo

**Violenze sessuali**

a fini puramente documentali, ma principalmente allo scopo di individuare possibili strategie di sviluppo sia a livello operativo che legislativo. Si tratta pertanto di un materiale “vivo” che documenta e interroga, che sfida e sollecita, che informa e invita a riflettere tutti coloro che, con funzioni e competenze diverse, si occupano di bambini abusati e sfruttati” [p. 5]; “Nonostante la frammentarietà e disomogeneità degli interventi realizzati, le difficoltà di raccolta e comparazione delle informazioni e i nodi problematici emersi, il quadro che si ricava da questo primo lavoro è certamente positivo in termini di capacità, innovazione e ricchezza dei progetti messi in atto, a testimonianza dell’impegno del Governo nonché dei soggetti pubblici e privati per prevenire e contrastare ogni forma d’abuso e sfruttamento sessuale” [p. 6].

Nel **Quaderno 20/2002: “TRASFORMAZIONI IN CORSO. La formazione nazionale interregionale fra la legge 285/97 e la legge 451/97”** si affronta il tema del sostegno alla genitorialità - delineato come ambito di potenzialità dalla legge n. 285/1997 - e si fa un confronto sulle buone prassi attuate.

La legge n. 285/1997 accentua l’attenzione sui criteri di prevenzione e promozione piuttosto che di mera riparazione del disagio e si colloca quale punto di riferimento per lo sviluppo di azioni di sostegno alla genitorialità e di educazione familiare che trovano un denominatore comune nella “missione” di contrasto ai residui fenomeni di istituzionalizzazione dei minori.

Nel **Quaderno 26/2002: “ESPERIENZE E BUONE PRATICHE CON LA LEGGE 285/97. Dalla ricognizione alle linee guida”** c’è l’analisi dei progetti rivolti al sostegno alla genitorialità di Paola Milani e un’analisi dei progetti rivolti alla prevenzione e all’assistenza nei casi di abuso sessuale e maltrattamento di Donata Bianchi.

Nel **Quaderno 28/2003: “UNDER 14. Indagine nazionale sui minori non imputabili”** c’è un capitolo di Roberto Maurizio (“La prevenzione possibile”) in cui si parla della prevenzione del disagio dei minori; di comportamenti a rischio e strategie di prevenzione e sostegno; di tipologie di interventi preventivi.

Dello stesso autore c’è un intervento nel **Quaderno 35/2005**. Il capitolo si intitola “L’area seminariale adolescenza: comportamenti a rischio e strategie di prevenzione”. Si affrontano i significati di prevenzione, rischio e poi si analizzano i risultati del seminario.

**Quaderno 35/2005: “LA FORMAZIONE NAZIONALE INTERREGIONALE OLTRE LA 285/97. Identità e cambiamenti”**

“Con prevenzione va inteso un insieme di azioni prodotte da una molteplicità di strategie tra loro interdipendenti, che si collocano a livelli e in contesti diversi. In quest’ottica sembra opportuno non restringere in senso troppo patologico il campo della prevenzione e prefigurare un’ampia gamma di interventi che, in rapporto ad analisi e obiettivi specifici, può essere orientata maggiormente verso il supporto a bisogni naturali di crescita o piuttosto verso la riduzione di fattori di rischio e il contenimento di situazioni problematiche, in un continuum che va, in senso stretto, dalla promozione della qualità del processo di crescita alla prevenzione delle diverse forme di devianza dalle caratteristiche auto o etero-distruttive” [p. 113]; “... Si è ritenuto necessario approfondire il significato di “rischio” che i diversi interventi hanno assunto alla base del proprio agire, analizzare le diverse strategie adottate e le differenti

Prevenzione e promozione

azioni messe in atto. Si è inteso considerare attentamente le esperienze per cogliere se, e in che termini, gli interventi attuati hanno effettivamente ridotto i rischi su cui vi era intenzione di operare, quali sono state le condizioni che hanno favorito questo esito e quali, eventualmente, quelle che hanno contribuito al mancato raggiungimento di questi obiettivi” [p. 116].

Anche la rivista “**Cittadini in crescita**” si caratterizza per la stessa filosofia di fondo dei Quaderni. Al suo interno vengono trattati temi quali il sostegno alla genitorialità (2-3/2000), la famiglia come risorsa (2/2002), la tutela del minore (3/2006).

#### **CITTADINI IN CRESCITA 2-3/2000**

Paola Milani - Il sostegno alla genitorialità: tipologie di intervento in Italia e in Europa (1. L'educazione familiare; 2. Il sostegno alla genitorialità; 3. I progetti; 4. La partnership famiglia-servizi; 5. Alcune problematiche trasversali).

#### **CITTADINI IN CRESCITA 2/2002**

La famiglia, risorsa per le situazioni di difficoltà (1. Potenziare forme di aiuto tra famiglie; 2. Potenziare l'affidamento familiare; 3. Incentivare le comunità con la presenza di famiglie; 4. Individuare nuove forme di accoglienza e accompagnamento; 5. Anagrafe regionale; 6. Piano straordinario per assicurare la chiusura degli istituti entro il 2006).

“La strada privilegiata, perciò, per raggiungere e aiutare tali situazioni sembra essere quella di favorire forme naturali di aiuto offerto da reti familiari di mutuo aiuto, da associazioni di famiglie o realtà che praticano l'assistenza domiciliare di tipo educativo e relazionale. Dentro tale contesto sono da prevedere forme di aiuto tra famiglie che contemplino anche il dispositivo dell'affido temporaneo diurno o semiresidenziale dentro un clima parentale in cui la famiglia di origine rimane soggetto di diritti-doveri nei confronti del figlio.

Tali progettualità, favorendo e incentivando forme di aiuto alla famiglia che rientrano nella quotidianità, hanno forte carattere educativo e preventivo e anche se sembrano non rispondere a un'emergenza sociale rappresentano, invece, un investimento importante per la qualità del rapporto educativo tra genitori e minori.

...

Indicazioni operative

Attivare un piano nazionale, d'intesa con Regioni ed enti locali, che preveda:

- a) il sostegno a una genitorialità responsabile;
  - b) l'aiuto economico alle famiglie in difficoltà;
  - c) l'attivazione di progetti in cui famiglie fungono da antenne sociali rispetto alla rilevazione, alla segnalazione e alla creazione di forme di mutuo aiuto per situazioni di disagio familiare e a rischio di esclusione sociale;
- e quanto altro risulti prioritario da una lettura attenta del bisogno del territorio” [p. 7].

#### **CITTADINI IN CRESCITA 3/2006**

Franco Occhiogrosso - Il garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza

Laura Baldassarre - Quale sistema di garanzia per l'infanzia e l'adolescenza in Italia?

Lucio Strumendo, Claudia Arnosti - L'esercizio dell'ascolto nell'attività del Pubblico tutore dei minori della Regione Veneto

Mery Mengarelli - La tutela del minore

“È pertanto inevitabile riflettere sull'importanza di una tutela e promozione dell'infanzia e dell'adolescenza che non sia esclusiva né frammentata, ma condivisa e sinergica. Essere ascoltato, infatti, implica la necessità di concepire il minore come soggetto attivo di diritti, con delle opinioni e dei sentimenti propri; egli ha il diritto di partecipare attivamente all'assunzione di decisioni che lo riguardano, nonché di influenzare le disposizioni prese nei suoi confronti. Ogni adulto, in quanto tale, ha di fronte a ciascun minore la precisa responsabilità di garantire un sostegno adeguato all'esercizio dei diritti che sono a lui riconosciuti, nel rispetto del migliore interesse del fanciullo. Questo obbligo non è solo di “qualcuno”: la società, lo Stato, le sue istituzioni, i servizi, i genitori o gli esercenti la potestà genitoriale devono condividere una responsabilità comune e non contrapposta nei confronti dei minori: tali soggetti hanno tutti la responsabilità di assicurare la tutela dei diritti riconosciuti ai minori e un loro effettivo godimento”.

Un volume specifico sulla prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza è:

**“LA PREVENZIONE DEL DISAGIO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete. Atti e approfondimenti del seminario nazionale”** (Firenze, 24 settembre 2002).

Raccoglie i primi prodotti di un percorso di riflessione sul tema della prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia promosso dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, in attuazione di un piano di attività voluto dal Dipartimento per gli affari sociali e previdenziali – Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Tale percorso si è aperto al confronto con gli operatori in occasione del Seminario nazionale su “La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza: le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete”, svoltosi a Firenze il 24 settembre 2002.

Il volume si articola in due parti: nella prima sono state raccolte una serie di sezioni specialistiche che esaminano il tema della prevenzione dal punto di vista culturale, clinico, sociale, sociologico, giuridico e politico-istituzionale, a partire dalle relazioni tenute in occasione del Seminario nazionale di Firenze; nella seconda parte sono stati raccolti i documenti elaborati nel corso dei lavori delle sessioni parallele del Seminario.

## **Ridurre le condizioni di rischio nella prospettiva di RISC**

Malgrado gli sforzi descritti nelle sezioni precedenti, la necessità di superare le prassi istituzionalizzanti ha sostanzialmente trovato compimento simbolico e sostanziale soprattutto nella chiusura degli istituti assistenziali. Questo sforzo, distribuito in tutte le regioni, ha in buona parte assorbito la possibilità e capacità di altri investimenti istituzionali e professionali finalizzati alla ricerca di ulteriori soluzioni.

Di fatto c'è stata meno possibilità di investire e finanziare azioni finalizzate alla riduzione e prevenzione del rischio di allontanamento, come pure delle condizioni di presa in carico di figli e genitori in difficoltà, senza cadere nelle trappole degli interessi incrociati e delle diagnosi multiple, che mantengono le separazioni tra servizi.

È comunque aumentata la capacità di pronto intervento, non solo a partire dai servizi sociali e sanitari, ma anche dal mondo della solidarietà organizzata e delle famiglie disponibili ad accoglienze inedite, per contrastare le nuove emergenze: a protezione e tutela della madre e del bambino, per contrastare la violenza domestica, per affrontare altre forme di bisogno conseguenti alla fragilità familiare.



Tutto questo rende oggi possibile entrare con più capacità nel merito della valutazione del bisogno e della valutazione di efficacia, cioè di due condizioni necessarie perché la prevenzione e l'aiuto sviluppino maggiore tutela di quella che conosciamo e maggiore promozione dei diritti dei "minori", molto dichiarati, ma non altrettanto realizzati.

Sono questioni facilmente riconoscibili nei dibattiti e nei confronti culturali con altri Paesi. Ad esempio, la Conferenza Internazionale "Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini e famiglie in difficoltà"<sup>1</sup> è stata un'occasione preziosa per fare il punto su queste questioni.

Nel contempo, una serie di riflessioni teoriche e metodologiche, che oggi sono preme e condizione per guardare in modo nuovo alla valutazione del rischio, stanno conquistando maggiori spazi di attenzione.

Sono infatti numerose le situazioni critiche, al limite della necessità di allontanamento, che vengono all'attenzione dei servizi e dell'opinione pubblica. Si tratta di situazioni che vedono molti bambini e ragazzi in grave pericolo e sollevano non poche domande, in gran parte riconducibili a quella che ci è stata posta: con quali criteri decidere se è preferibile l'allontanamento dei figli dai genitori piuttosto che un aiuto congiunto, che insieme li veda affrontare i problemi, senza separazioni?

Spesso il dilemma non è soltanto tecnico, ma anche etico, e non è per niente facile da risolvere. In ambito sanitario, per problemi a volte più semplici, sono utilizzati organi di consultazione etica, quali ad esempio i comitati etici. Nel sociale non si dedica altrettanto impegno per le decisioni che possono modificare stabilmente il percorso di vita di figli e genitori.

Tra le aree di interesse per il dibattito attuale possiamo indicare:

- l'apertura alla presa in carico globale dei bisogni della famiglia;
- la tutela della salute mentale in età evolutiva;
- la condizione di multiproblematicità;
- la riunificazione familiare;
- l'integrazione sociosanitaria in area materno infantile e dell'età evolutiva;
- la valutazione di efficacia;
- i diritti dell'infanzia nei livelli essenziali di assistenza e di cittadinanza per l'infanzia e la famiglia.

Alcuni testi recenti sintetizzano questi interessi e orientamenti, non solo in Italia, ma anche in altri Paesi.

#### Presenza in carico globale dei bisogni della famiglia

Aldgate J. (2007), *Child Well-Being, Child Development and Family Lives*, paper presented to the University of Southampton, Child Well-Being Research Centre, 14 novembre 2007.

Aldgate J., Jones D.P.H., Rose W., Jeffery C. (2006). *The Developing World of the Child*. London: Jessica Kingsley.

<sup>1</sup> Si è svolta a Padova dal 26 al 29 marzo 2008.

- Aldgate J., Rose W., McIntosh M. (2007). *Changing Directions for Children with Challenging Behaviour and their Families: Evaluation of CHILDREN 1ST Directions Projects*. Edinburgh: CHILDREN 1<sup>ST</sup>.
- Mazzucchelli F. (a cura di) (2008), *Il diritto di essere bambino: famiglia, società e responsabilità educativa*, Franco Angeli, Milano.
- Milani P. (a cura di) (2001), *Manuale di educazione familiare: ricerca intervento e formazione*, Erickson, Trento.
- Moro A.C. (2006), *Politiche per l'infanzia e la famiglia. Il contributo di Alfredo Carlo Moro*, Fondazione Zancan, Padova.

#### Tutela della salute mentale in età evolutiva

- Canali C., Vecchiato T. (2006), *Bisogni di salute mentale in età evolutiva: contributi dal dibattito internazionale*, Studi Zancan, 6.
- Fasolo F. e altri (2008), *La salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza*, Studi Zancan, 4.
- Kazdin A.E., Weisz J.R., eds (2003), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York.
- Lightburn A., Sessions P., eds (2006), *Handbook of Community-Based Clinical Practice*, Oxford University Press, New York.

#### Condizioni di multiproblematicità

- Durning P. (2007), *The construction of socio-educational interventions*, in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J., eds, *Promoting competence in children and families. Scientific perspectives on resilience and vulnerability*, Eusarf, Leuven.
- Whittaker J.K. (2008), *Lo scenario degli interventi evidence-based per bambini e ragazzi in gravi difficoltà: come conoscere ciò che funziona e come utilizzarlo*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Zeira A., Canali C., Vecchiato T., Jergeby U., Thoburn J., Neve E. (2007), *Evidence-based Social Work Practice with Children and Families: A Cross National Perspective*, Studi Zancan, 1.

#### Riunificazione familiare

- Canali C., Colombo D.A., Maluccio A.N., Pine B.A., Warsh R. (2001), *Figli e genitori di nuovo insieme: la riunificazione familiare. Guida per apprendere dall'esperienza*, Fondazione Zancan, Padova.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T. (2006), *Family Foster Care: Cross-National Research Perspectives*, Families in Society, 87, 4.

### Integrazione sociosanitaria

Maluccio A.N., Whittaker J.K. (2002), *Le risposte per l'infanzia all'esterno della famiglia negli Usa: una revisione critica*, Studi Zancan, 6.

Vecchiato T., Mazzini E.L.L. (a cura di) (2008), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione E. Zancan, Padova.

### La valutazione di efficacia

Ben Arieh A. (2000), *Beyond Welfare: Measuring and Monitoring the State of Children. New Trends and Domains*, "Social Indicators Research", 52 (3).

Ben Arieh A. (2003), *La valutazione di efficacia di un programma rispetto al monitoraggio del benessere: una prospettiva centrata sul bambino*, in Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Fondazione Zancan, Padova.

Ben-Arieh A., Goerge R.M. (a cura di) (2006), *Indicators of Children's Well-Being Understanding Their Role, Usage and Policy Influence*, Springer.

Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di) (2005), *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia*, Fondazione Zancan, Padova.

Maluccio A., Canali C., Vecchiato T. (edited by) (2002), *Assessing outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues*, Aldine de Gruyter, New York.

McAuley C., Pecora P.J., Rose W. (edited by) (2006), *Enhancing the Well-being of Children and Families through Effective Interventions. International Evidence for Practice*, Jessica Kingsley Publishers, London.

Palmonari A. (2008), *I servizi per bambini e ragazzi in difficoltà: innovazioni e valutazioni*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

Vecchiato T., Maluccio A., Canali C. (edited by) (2002), *Evaluation in Child and Family Services. Comparative Client and Program Perspective*, Aldine de Gruyter, New York.

### Bambini e ragazzi immigrati

Favaro G. (2001), *Parole a più voci*, Franco Angeli, Milano.

Favaro G. (2003), *Famiglie immigrate, servizi alla persona e società multiculturale*, Studi Zancan, 6.

Moro A.C., Maurizio R., Belotti V. (2006), *Minori Stranieri in Carcere*, Guerini e Associati, Milano.

### I diritti dell'infanzia nei livelli essenziali di assistenza per l'infanzia e la famiglia

Belotti V., Ruggiero R. (a cura di) (2008), *Vent'anni di infanzia. Retorica e diritti dei bambini dopo la convenzione dell'ottantanove*, Guerini, Milano.

- Bezze M., Innocenti E., Vecchiato T. (2008), *La strategia regionale per l'attuazione dei livelli base di cittadinanza sociale in Toscana*, in Studi Zancan, 5.
- Canali C., Vecchiato T. (a cura di) (2009), *Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione*, Regione Campania e Fondazione Zancan, Napoli.
- Dosi A., Vecchiato T. (2005), *Riflessioni e prospettive di lavoro*, in Provincia di Piacenza e Fondazione E. Zancan, *Livelli essenziali di assistenza in provincia di Piacenza*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Innocenti E., Vecchiato T. (2007), *Servizi per le famiglie con figli e livelli essenziali: prove di fattibilità e sostenibilità*, in Guerzoni L., *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, Il Mulino, Bologna.
- Strumendo L. (a cura di) (2007), *Il garante dell'infanzia e dell'adolescenza. Un sistema di garanzia nazionale della prospettiva europea*, Guerzoni Studio, Milano.

Le successive frasi, estratte da alcuni dei testi appena citati, esprimono piste di ricerca prima richiamate, a partire da una premessa, contenuta nell'introduzione al volume **"LE POLITICHE DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CON FIGLI"**, dove Luciano Guerzoni evidenzia i problemi del sistema di welfare che rendono difficile nel nostro Paese il miglioramento delle politiche per figli e genitori.

In un welfare poco orientato alla famiglia

"Un dato per tutti: la quota di risorse per famiglie e figli non raggiunge in Italia il 4 % della spesa sociale (3,8%). Meno della metà della media europea (8,2%) e meno di un terzo della Francia (12%). Parimenti, in rapporto al Pil, l'Italia è ferma all'1%, contro una media europea del 2 %. Inadeguato nell'ammontare, il sostegno pubblico per famiglie e figli è sperequato e inefficace nelle finalizzazioni, con oltre i quattro quinti (83 %) destinati a trasferimenti monetari (detrazioni fiscali, assegni familiari, sussidi economici), di impianto prevalentemente categoriale, non universalistici e scarsamente selettivi, e soltanto per meno di un quinto (17 %) ai servizi, sottosviluppati in assoluto e fortemente squilibrati nell'offerta territoriale tra Centro-Nord e Sud del paese. Effetti e insieme concause di una tale situazione: l'inadeguatezza delle politiche di conciliazione fra lavoro familiare ed extra-familiare, la scarsa partecipazione femminile al mercato del lavoro, l'allungamento dei tempi di dipendenza familiare dei giovani, il peso crescente per le famiglie delle situazioni di non autosufficienza, una mobilità sociale pressoché bloccata, un tasso di natalità fra i più bassi del mondo".

La proposta di Paolo Donati nel volume **"LA CURA DELLA FAMIGLIA E IL MONDO DEL LAVORO"** è quella di investire in un piano di politiche familiari di portata nazionale. Una delle priorità è il potenziamento e la riorganizzazione dei consultori familiari e l'attivazione dei centri per le famiglie, dove non presenti.

Consultori e centri per le famiglie

"A più di trent'anni dalla loro istituzione, i consultori familiari necessitano di un rilancio complessivo, per evitarne una eccessiva sanitarizzazione e rilanciare il loro ruolo di supporto sociale, psicologico e legale alle coppie e alle relazioni genitoriali. La legge di riforma dell'assistenza (328/2000) non ne parla, quasi a sancirne la natura squisitamente medico-sanitaria. Si tratta in particolare di rafforzare e diffondere le buone pratiche (percorsi nascita, gruppi di genitori ecc.) per meglio intercettare i bisogni di assistenza complessiva, e non solo medica, delle coppie in attesa che, oggi, in molte parti del Paese sono costrette a ricorrere a servizi privati a pagamento.

Per quanto riguarda gli immigrati, i consultori attualmente accolgono molta della domanda sanitaria delle donne straniere, oscillando tra logica assistenziale e nuove pratiche multiculturali. Negli anni '90 del secolo scorso, l'attenzione si è spostata sul nuovo contenitore "Centro per le famiglie", che tuttavia è stato diversamente coniugato, sia sul versante dei contenuti che su quello del modello organizzativo nelle diverse realtà territoriali, rimanendo, tuttavia, fortemente ancorato alla dimensione urbana. Dopo i trienni di applicazione della 285/1997, i Centri per le famiglie hanno avuto una diffusione abbastanza frammentaria, e oggi sono una presenza acquisita in alcune realtà, pura etichetta in altre, sogno mai realizzato in altre ancora. Forte è dunque la necessità di riflettere su quale debba o possa essere il nodo propulsore di una rete di servizi, di interventi, di soggetti ed azioni integrate (sociali, sanitarie, educative, relazionali ecc.) che si muovono nel variegato e complesso campo delle politiche di sostegno al lavoro di cura. A fronte di una nuova e diversa domanda di servizi avanzata dalle famiglie, che difficilmente può essere intercettata dai consultori familiari odierni, strategico risulta non tanto una moltiplicazione di strutture e contenitori, ma ripensare ai consultori familiari a partire dalla legge nazionale che li ha istituiti, che prevedeva la presenza, al loro interno, di una componente sociale, psicologica, di sostegno alle responsabilità familiari ampia e articolata.

Sostegno alla genitorialità, soprattutto nei momenti critici del conflitto coniugale, tutela dei figli minori sia in caso di separazione/divorzio, che in caso di non adeguatezza relazionale dei genitori, adozione sia nazionale che internazionale possono costituire i tre ambiti intorno ai quali ricomporre competenze relazionali, sociali, psicologiche che caratterizzino il consultorio come un polo visibile sul territorio, un referente istituzionale non solo per le famiglie, ma anche per giudici, tribunali dei minori ed altri servizi connessi alle problematiche familiari. Centrale è il superamento della logica ambulatoriale, a favore di una logica, nella relazione con l'utente, che si muova sul terreno della mediazione sociale (nelle sue diverse anime e componenti: educativa, familiare, comunitaria, scolastica, penale, culturale) e della consulenza finalizzata alla promozione dell'*empowerment* dell'utente, anche attraverso l'adozione di strategie e tecniche di lavoro innovative.

Le attività del consultorio familiare possono trovare un naturale complemento nel Centro per le famiglie, costruito come spazio fisico aperto sul territorio e al territorio, per servizi di informazione e di aiuto sociale. Tali Centri sono oggi presenti in varie forme: a) come servizi gestiti dai Comuni in raccordo con le associazioni e il Terzo settore; b) come luoghi gestiti e/o auto gestiti da associazioni e volontari che promuovono sul territorio una cultura della cura e della solidarietà tra famiglie.

Il Piano prevede la diffusione di questi Centri per lo svolgimento di alcune funzioni, e in specifico: a) come sedi di funzioni di aiuto sociale quali i prestiti sull'onore e le consulenze professionali (come la mediazione familiare, la consulenza legale) che, per il loro carattere, richiedono le garanzie delle istituzioni pubbliche (il Comune o consorzi di Comuni); b) come sedi di uno sportello informativo che possa funzionare da nodo di connessione con la più ampia rete di servizi, pubblici, privati e di privato sociale, che erogano servizi e prestazioni per la famiglia (mappa delle risorse di cura presenti sul territorio fornite dal pubblico, dal privato e dal Terzo settore); c) come spazio gestiti da soggetti di Terzo settore che producono servizi per quei bisogni non standardizzabili e programmabili che spesso incidono pesantemente sulla capacità organizzativa della famiglia di fronteggiare evenienze improvvise; d) come spazio di incontro e di discussione per quelle famiglie che sentono di potere trovare una soluzione ai loro problemi attraverso pratiche di condivisione (gruppi di auto e mutuo-aiuto) e/o di cooperazione (banca del tempo, "gruppi di acquisto" ecc.).

Si tratta di favorire la nascita di Centri per le famiglie, soprattutto nelle realtà sociali più piccole, a favore non solo delle famiglie con bambini piccoli, ma aperto a tutte le famiglie con rilevanti e imprevisi lavori di cura da fronteggiare, quale motore di iniziative di soggetti del Terzo settore che necessitano di spazi per la gestione delle nuove tipologie di nido e dei servizi di accoglienza”.

In questi anni non è mancata la riflessione e la capacità di proposta, entrambe tese ad allargare la possibilità di analisi e di comprendere i bisogni. L'asse si è spostato verso la comprensione, nel suo significato più profondo, di tenere insieme la molteplicità dei fattori, che insieme rendono più autentica la conoscenza dei problemi e delle potenzialità sottese ad una condizione di bisogno.

Il limite di alcune proposte è però di natura costitutiva, quando esse nascono dalla presunzione di poter essere soluzione univoca al problema, con tecnicità e procedure che prendono il sopravvento sulla visione di sintesi. Le dispute teoriche e metodologiche che hanno caratterizzato la seconda metà del '900 in ambito psicologico, sociologico e in altre scienze umane sono emblematiche di una volontà di trovare soluzioni “risolutive”, riconducendo alla competizione tra modelli teorici la possibilità di trovare la giusta risposta al problema.

Per fortuna, l'esperienza di lavoro a diretto contatto con le persone ci ricorda costantemente l'esigenza di personalizzare e quindi anche di vedere ogni particolare nell'insieme, integrando globalità e personalizzazione. Il prezzo da pagare è alto e corrisponde alla quantità di semplificazione necessaria per poter “contenere” il problema all'interno dei saperi professionali disponibili. Sotto questa luce il passaggio dal monoprofessionale al multidisciplinare consente di allargare le possibilità e le capacità e quindi di cercare una più profonda comprensione dei bisogni. Si tratta di una condizione certamente necessaria, ma non ancora sufficiente per fare dell'analisi del bisogno un momento di conoscenza e di decisione, senza esaurire nella diagnosi la necessità di assumere le scelte finalizzate alla presa in carico del problema.

Come sappiamo, molta parte del lavoro nei servizi alle persone viene dedicato alla funzione diagnostica e consulenziale, sottraendo energie e capacità ugualmente importanti per dare risposta, cioè per un fare efficace. Per questo, nella fase di conoscenza e valutazione del bisogno vanno costituite le premesse e le condizioni anche per verificare l'efficacia delle scelte adottate. Non a caso la verifica di efficacia si fonda sull'analisi e il riconoscimento dei cambiamenti, cioè, in definitiva, sul confronto tra profili di bisogno e profili di esito, in un tempo scandito da progetti personalizzati.

Il bisogno, o meglio, la persona che lo esprime, sempre più viene caratterizzato come baricentro dell'azione professionale, mentre le possibilità di meglio riconoscerlo e comprenderlo sono premesse necessarie per poter operare in modo efficace, in condizioni di sicurezza per il bambino/ragazzo a rischio (Canali C., Vecchiato T., 2008, *La conoscenza dei bisogni: problemi e prospettive*, in Mazzucchelli F., *Il diritto di essere bambino*, Franco Angeli, Milano).

Nel “**MANUALE DI EDUCAZIONE FAMILIARE. RICERCA, INTERVENTO, FORMAZIONE**” (Erickson, Trento, 2001), curato da Paola Milani, si fa il punto su come dieci anni fa erano identificate le potenzialità dell'educazione familiare nel rinforzare i

Conoscere i bisogni

Educazione familiare

legami familiari, migliorare le relazioni tra genitori e figli, dare alla famiglia risposte adeguate ai problemi attuali.

“L'educazione familiare è, come dicevamo poco sopra, una disciplina relativamente giovane; infatti, mentre da più di un secolo le ricerche in scienze dell'educazione accompagnano l'evoluzione e la crescita del sistema scolastico, l'educazione familiare, pur essendo molto più antica, non è che da qualche decina d'anni oggetto di interesse specifico da parte dei ricercatori (Duming, 1995).

Forse in quanto parte di una realtà quotidiana che a un primo sguardo può apparire ovvia - non è sempre così evidente saper vedere l'ovvio - i processi educativi in seno alla famiglia e verso la famiglia rappresentano un ambito di studio, ricerca e intervento relativamente nuovo: perché, infatti, studiare ciò che tutti conosciamo per esperienza in prima persona? Tutti abbiamo esperienza viva di appartenenza ad almeno una famiglia (quella di origine) e proprio questa appartenenza può darci il senso di essere sufficientemente “esperti” di relazioni familiari, al punto di non aver bisogno di rendere queste ultime oggetto specifico di ricerca. Potrebbe dunque essere questa una importante ragione del sostanziale disinteresse della ricerca pedagogico-scientifica verso la famiglia, nonostante il dato, oramai acquisito in tutte le scienze umane, secondo cui la famiglia rappresenta la sfera d'influenza cruciale per la crescita e l'educazione del soggetto umano”.

### **Prevenzione del rischio e multiproblematicità**

Il sostegno alla genitorialità viene proposta come valido supporto a tutte le famiglie e quindi, in modo più particolare, a quelle che possono vivere esperienze di riunificazione familiare. L'operatività connessa alla riunificazione familiare si basa sulla premessa che bambini e adolescenti assistiti fuori delle proprie famiglie devono poi essere reintegrati nelle famiglie di origine, quando non risulta necessario trovare sistemazioni in altri luoghi, preferibilmente familiari, con caratteristiche di permanenza nel tempo.

A volte viene richiesta la decadenza della potestà genitoriale per dimostrata incapacità dei genitori nella cura dei figli nell'ambito familiare. Succede anche in casi in cui non si è trovata una sistemazione familiare permanente per i figli e non si intravede la probabilità di trovarla. Si tratta di opzioni da mettere in discussione. Operatori sociali, giudici e altri che lavorano nel campo dei servizi per l'infanzia potrebbero riconsiderare il concetto di riunificazione familiare, per utilizzarlo in modo flessibile e dinamico, andando incontro ai bisogni dei minori e delle loro famiglie, in modo personalizzato e con attenta riflessione sul percorso. Di conseguenza è necessario disporre di una più adeguata definizione di riunificazione familiare, come viene di seguito proposto in forma esemplificativa:

“La riunificazione familiare è un processo programmato volto a riunire minori assistiti fuori dell'ambito familiare con le loro famiglie, utilizzando diversi servizi e diverse forme di sostegno per i minori, le loro famiglie, i genitori affidatari o altre persone coinvolte nell'aiuto al minore. Ha lo scopo di aiutare ciascun minore e ciascuna famiglia a raggiungere e conservare in ogni momento il miglior livello possibile di riunificazione, sia che esso consista nel pieno rientro del minore nel sistema familiare oppure in altre forme di contatto (per esempio, le visite o gli incontri), che si fondino

Riunificazione familiare

sulla conferma della piena appartenenza del minore alla sua famiglia” (Maluccio A.N., Warsh R., Pine B.A., 1993).

Questa concezione più ampia della riunificazione familiare sottolinea l'importanza di conservare e rafforzare i legami, o la ricostruzione dei legami, fra i minori assistiti fuori della famiglia e i loro genitori o i membri del loro sistema parentale allargato. Nello stesso tempo, riconosce che non tutti i genitori sono capaci di offrire una cura quotidiana ai propri figli e che, sebbene alcune famiglie non riescano a vivere insieme, tuttavia sono ancora capaci di mantenere i legami parentali.

Una ridefinizione deve inoltre essere accompagnata da un ripensamento del concetto di famiglia: i termini “genitori” e “famiglia” sono usati in senso generale per indicare i genitori o le persone che si prendono cura dei minori e che sono figure significative per il minore stesso, con le quali, quindi, si allarga la cerchia di coloro che possono essere considerati ai fini della riunificazione.

Anche se per lo più ci si riferisce ai genitori o alle famiglie naturali, la riunificazione può comprendere anche genitori e famiglie adottive, nonni, persone che si sono assunte le responsabilità principali per la cura del minore o altre figure per le quali il minore abbia un attaccamento particolare, inclusi i genitori affidatari. Questa ridefinizione implica evidentemente la necessità di rivedere e modificare il lavoro sociale sanitario ed educativo e le prassi della giustizia minorile.

Lo stretto collegamento tra condizioni di multiproblematicità familiari e maggiore rischio per le condizioni di crescita dei figli è noto in letteratura ed è spesso stato usato per gestire i problemi di allontanamento. Per questo è fondamentale conoscere in modo più approfondito la natura multifattoriale delle sofferenze vissute da molti bambini e ragazzi. Si tratta infatti di situazioni che non possono essere trattate con strategie semplificate e riduttive, di tipo lineare e a breve scadenza. Se la complessità viene associata alle potenzialità di tutte le parti in gioco si possono trovare vie di uscita da problemi che a volte sembrano senza soluzione.

Questo modo di procedere può facilitare una definizione operativa di “multiproblematicità”, intesa come una situazione multidimensionale in cui i bambini vedono compromesso il processo di nutrimento e di salvaguardia dei loro bisogni evolutivi, anche in sistemi di relazioni in parte o in tutto insufficienti.

Le aree di osservazione quotidiana utilizzabili per riconoscere indicatori di bisogno e di esito vanno dalla dimensione funzionale-organica a quella socioambientale e relazionale. Si tratta di riconoscere queste dimensioni componendo diverse sfere di crescita nei compiti di sviluppo, ad esempio riconducibili a:

- area cognitiva: funzionalità cognitiva, comunicazione, memoria e attenzione, abilità pratiche;
- psicomotoria: orientamento spazio-tempo, motricità, mimica, percezione del corpo, sguardo;
- socio-relazionale: rapporti con i compagni di scuola, in famiglia, nella scuola, con l'ambiente sociale;
- affettivo-relazionale: rapporti affettivi primari, conoscenza di sé, affettività, autovalutazione;
- dell'apprendimento: lettura e scrittura, quantità/calcolo, espressione grafico-pittorica, immagine/musicalità, altre aree di apprendimento;

Rischio e  
multiproblematicità



- delle autonomie: personale (alimentazione, vestiario, igiene, movimento, esecuzione compiti/progetti), sociale.

Per i genitori interessano aree di osservazione riconducibili ai domini:

- madre/padre: area cognitiva, area socio-relazionale, area affettivo-relazionale, competenza educativa genitoriale, personalità, rapporti parentali con la famiglia di origine;
- relazioni tra genitori: rapporti coppia/tra i partner, stima/conferma reciproca, eventuale separazione;
- relazioni parentali: risorse parentali della famiglia di origine del padre e della madre;
- relazioni sociali: con altre famiglie, nel contesto sociale, con servizi da parte del padre/della madre, con la scuola da parte del padre/della madre;
- rapporti con realtà educative-ricreative: riconoscimento bisogni socio-educativi da parte del padre/della madre, accompagnamento-sostegno ai bisogni, utilizzo gruppi/associazioni educative, ricreative, sportive;
- situazione economica: livello economico, occupazione, condizioni abitative.

È cioè un mondo da osservare ed esplorare, con cui comunicare, con cui costruire condizioni per condividere speranze e responsabilità. Sul piano professionale questo significa irrobustire la capacità di visione multidimensionale integrata, di ripensare le condizioni di presa di decisione, di passare dalla propensione diagnostica alla capacità prognostica e di presa in carico dei problemi, per poi valutare gli esiti, i benefici sostanziali che consentono a figli e genitori di continuare a vivere insieme.

### **Prospettive nel dibattito internazionale e sfide per il futuro**

La monografia sul tema “Valutare l’efficacia degli interventi per l’infanzia e la famiglia: prospettive internazionali a confronto”, pubblicata in “Studi Zancan” n. 5/2010, sintetizza i risultati di una serie di collaborazioni internazionali sui temi della valutazione di efficacia in area infanzia e famiglia.

Dai contributi emerge non tanto la capacità di analisi dei problemi, quanto la possibilità e la fiducia che si possa andare oltre l’analisi stessa, facendo tesoro di soluzioni affidabili, verificate sul campo. I contributi raccolti nella monografia comunicano anzitutto l’utilità di un impegno sistematico per verificare l’impatto di quanto viene fatto, i suoi risultati, gli indici di efficacia. Questo è necessario per un utilizzo più responsabile delle risorse ed è ancor più necessario per aiutare di più e meglio chi ne ha bisogno.

In passato, con meno risorse, è stato possibile investire nella ricerca di nuove soluzioni per l’infanzia e la famiglia. Oggi le risorse disponibili sono più consistenti, ma male utilizzate. Si tratta di un potenziale sottostimato anche dagli addetti ai lavori, frastornati dall’enfasi sulla mancanza di risorse, senza sapere veramente quante sono, come vengono utilizzate, con quale rendimento.

I contributi, italiani e stranieri, si sono concentrati su tre aree: la prima affronta i problemi e le prospettive sulla valutazione di esito, la seconda discute teorie e metodologie per valutare gli esiti, la terza documenta esperienze di ricerca in

Serve un impegno sistematico

contesti reali, mettendo in evidenza i risultati ottenuti, le difficoltà affrontate e i passi avanti.

Nella prima sezione si prefigurano le prospettive della valutazione. Emerge innanzitutto che non è lontana la possibilità di organizzare sperimentazioni multicentriche, basate su una diversa visione delle prove di efficacia che si possono conseguire. Ne avranno beneficio le evidenze ottenute sul terreno della complessità, dell'integrazione operativa, delle condizioni di vita multi-problematiche. Una questione che potrà avere risposte di evidenza sarà soprattutto quella dell'integrazione metodologica e operativa, per meglio governare le responsabilità e finalizzarle a ottenere esiti migliori. Alla molteplicità dei bisogni va garantita una molteplicità di risposte, non solo e non tanto in senso quantitativo, ma proprio nel senso di lavorare per outcome multifattoriali, in grado di dare migliori risposte ai bisogni complessi.

Un'altra area di lavoro è quella riguardante una maggiore conoscenza delle condizioni di efficacia, a fronte di diverse condizioni di bisogno, tenendo conto del diverso tasso di gravità e della possibile intensità di esito positivo. Ad esempio, nel caso di famiglie multiproblematiche con minori l'esito potrà e dovrà essere meglio riconoscibile nelle sue dimensioni e ricadute, a vantaggio del bambino e dei suoi genitori.

La barriera tecnica che rende difficile l'incontro di responsabilità tra operatori e persone dovrà essere ridotta e superata, mettendo in grado tutte le parti in gioco di meglio condividere il bisogno, il problema, le scelte, l'esito (atteso e ottenuto). Questo potrà essere fatto con strumenti più diretti di quelli oggi utilizzati, che troppo spesso scontano una nascita soprattutto finalizzata a studi osservazionali, ricerche ad hoc, e non per curare e prendersi cura dei bisogni delle persone.

Ci saranno anche problemi da affrontare prima di arrivare a risposte soddisfacenti, cioè capaci di transitare dal livello della ricerca sperimentale a quello delle prassi quotidiane. Anche la transizione federalista del sistema di welfare chiederà, più che in passato, di documentare non solo i risultati, gli output, con indici di costo risultato, ma anche gli indici di efficacia, con indici di costo efficacia, così da facilitare processi di valutazione sociale e partecipata degli esiti e dei livelli essenziali di assistenza.

Anche Whittaker (2010) descrive alcune sfide da affrontare nel passaggio verso una maggiore integrazione, nei servizi usuali, delle pratiche basate su prove di efficacia, responsabilizzando gli operatori dell'infanzia e della famiglia, le agenzie di servizio, i ricercatori e i programmatori. Per gli operatori, egli individua due elementi importanti: 1) ripensare la fiducia nella *conventional wisdom*, comunque essa si manifesti (compreso nelle teorie personali del cambiamento e nei loro pregiudizi: ad esempio, "l'intuizione è un requisito per il cambiamento comportamentale", "maggiore tempo di servizio produce migliori risultati"); 2) conoscere le valutazioni aggiornate sugli interventi mirati espressamente a bambini e ragazzi che hanno bisogno di servizi intensivi e discuterne le implicazioni con i colleghi.

Ai ricercatori suggerisce: 1) di concentrarsi su studi che abbiano applicazioni nella pratica; 2) di cercare collaborazioni con soggetti interessati all'implementazione di pratiche basate su prove di efficacia, all'interno dei servizi esistenti.

Nella transizione federalista

Ai servizi per l'infanzia e la famiglia, lo stesso autore suggerisce: 1) di verificare prima di tutto ciò che funziona all'interno del servizio e su questo investire, prima di affidarsi a modelli presi "dallo scaffale"; 2) di sviluppare una capacità interna di analisi sistematica delle informazioni raccolte nell'attività quotidiana, a livello di caso e a livello aggregato, impiegando creativamente queste informazioni per arricchire la pratica.

Il lavoro basato su prove di efficacia ha arricchito grandemente la "cassetta degli attrezzi" dei servizi sociali, soprattutto nell'aiutare ad individuare modelli di efficacia validata. Tuttavia "esportare" buone prassi è cosa complessa e impegnativa, perché richiede di fare attenzione sia ad elementi di contesto che impediscono e accrescono l'adozione di soluzioni basate su prove di efficacia, sia al riesame critico delle tendenze attuali - per esempio le opinioni negative correnti e spesso critiche nei confronti dell'assistenza residenziale di qualsiasi tipo - che sottostanno alla programmazione corrente dei servizi.

La ricerca in questo senso svolge un ruolo chiave nello stimolare scambi transnazionali a livello di modelli, innovazioni metodologiche e soluzioni originali di programmazione. Conclude Whittaker: "I beneficiari ultimi di questi nostri sforzi saranno le famiglie e i bambini, che assorbono molte risorse, o che sono a rischio di aver bisogno del sistema dei servizi ad alta intensità assistenziale".

Rose (2010) sottolinea che la sfida più importante per politici e ricercatori è proprio quella di trovare modi appropriati per misurare quanto stanno bene i bambini e quali sono i loro esiti. Non sempre è possibile instaurare una relazione facile e diretta tra politici e ricercatori e ci possono essere risultati misti per una serie di ragioni: ad esempio, per attese irrealistiche su ciò che la politica può dare, a causa della discrepanza tra il bisogno di informazione dei politici e i tempi della ricerca, con un cambiamento insufficiente che porta alla disillusione dei politici e all'abbandono delle politiche, prima che si manifestino gli effetti. D'altro lato, si possono ottenere risultati più soddisfacenti dove c'è meno distanza tra le aspettative dei politici e quelle dei valutatori e nelle situazioni in cui si usa un approccio basato su un mix di metodi, in grado di identificare sia i miglioramenti nel processo, sia i cambiamenti piccoli o grandi nelle vite dei bambini. Identificare cambiamenti duraturi nella vita dei bambini sarà sempre un processo di lungo termine, che i tempi della politica e i finanziamenti della ricerca fanno fatica a sostenere.

## **Urgenza di nuove soluzioni**

L'evoluzione sociale ci spinge alla ricerca di nuove forme per esprimere e garantire una più efficace tutela dei bambini e ragazzi in situazioni multiproblematiche, in cui coesistono abbandono, disadattamento e grave emarginazione, evitando un uso indiscriminato di soluzioni di cui non si conosce l'effettiva utilità. È infatti necessario chiederci se quanto facciamo è appropriato, se è collegato ai bisogni, se non produce dipendenza assistenziale, se non allontana la possibilità di interventi più efficaci.

L'esigenza di tutelare (curare, proteggere e promuovere) i bisogni e i diritti dei bambini ha prodotto in passato grandi sforzi in questa direzione. Abbiamo visto esempi di impegno anche sul fronte degli adulti, in particolare del genitore con in-

capacità di svolgere ruoli genitoriali per problemi psichiatrici, di dipendenza o di altra natura. Questo sforzo ha talora portato a contrapporre gli interessi dei figli e dei genitori, in uno scenario in cui l'aiuto all'adulto vedeva il bambino ridotto a risorsa terapeutica o, al contrario, l'aiuto al bambino una questione di separazione necessaria.

La consapevolezza che a bisogni complessi non possono corrispondere soluzioni semplici ci porta a riconoscere quanto servano ulteriori acquisizioni che ci aiutino a far luce sul rapporto bisogni-risposte, oggi molto sbilanciato sulla questione dei bisogni e di fatto poco interessato al "che fare", come se bastasse una buona analisi (capacità diagnostica) per garantire un intervento adeguato.

Forse sono mature le condizioni per fare della presa in carico una questione centrale della riflessione teorica e pratica. Entrambe corrispondono all'interesse professionale ed etico di dare risposte efficaci ai problemi. Per dare un contributo in questa direzione, affronteremo nella sperimentazione (area 3 di RISC) le questioni proprie della valutazione del bisogno, del piano personalizzato di intervento e della valutazione di efficacia. L'unitarietà di questi tre momenti deve trovare corrispondenza metodologica nei modi di gestire l'incontro, la conoscenza del bisogno, il progetto, la sua attuazione, la verifica, che nasce dalla domanda: quanto abbiamo fatto è stato veramente efficace?

Se, come avevamo detto, a bisogni complessi occorre far corrispondere una presa in carico capace di contenerli, maneggiarli, affrontarli, vanno messi in discussione e superati i vincoli organizzativi e procedurali che rappresentano un ostacolo a questa prospettiva. Le resistenze sono considerevoli. Non vengono solo dal versante organizzativo, ma anche da quello professionale.

Come abbiamo visto, gli scenari di disadattamento propri di tempi e culture diverse possono aiutarci a guardare alla multiproblematicità non come questione astratta, ma come condizione concreta, quotidiana, di vita per molti bambini, ragazzi e per le loro famiglie. In ognuno di essi coesistono durevolmente difficoltà e sofferenze che segnano profondamente i loro percorsi di vita e riducono la loro speranza di poterne uscire.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV. (1984), *Quattro mura di umanità. Convegno nazionale sul ruolo delle comunità alloggio*, Regione Piemonte, Torino.
- AA.VV. (2003), *Educazione alla genitorialità*, in "Pedagogika", 6, pp. 8-33.
- AA.VV. (2006), *Al passo del loro crescere*, Atti della Prima Conferenza regionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nella Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione Friuli Venezia Giulia - Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (1993), *Il diritto del bambino alla famiglia - I doveri delle istituzioni e della società - Milano 21-22/5/93*, suppl. Volontariato oggi, 2.
- AA.VV. (1984), *Deistituzionalizzazione e strutture comunitarie in psichiatria, nell'assistenza ai minori e nelle tossicodipendenze*, Prospettiva, 5.
- AA.VV. (1991), *I minori e le situazioni di rischio. Il ruolo della famiglia*, La famiglia 147.
- AA.VV. (1993), *L'affido a dieci anni dalla legge 184: come aiutare i minori e le famiglie in difficoltà*, Famiglia Oggi, 3.
- AA.VV. (1988), *L'affidamento familiare temporaneo per il diritto del minore alla sua famiglia*, Mandese Editore, Taranto.
- AA.VV. (2003), *Under 14 Indagine nazionale sui minori non imputabili*, Quaderni, 28, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (1977), *Alternative concrete al ricovero dei minori in istituto*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1.
- AA.VV. (1970), *Famiglie socialmente carenti e azione comunitaria*, Rassegna di Servizio Sociale, 3-4.
- AA.VV. (1984), *Istituzionalizzazione: quali alternative?*, Prospettive Assistenziali, 68.
- AA.VV. (1983), *L'abbandono del minore e la risposta della comunità locale*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5-6.
- AA.VV. (1977), *La lotta contro l'emarginazione dei minori non è più un obiettivo prioritario?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 20.
- AA.VV. (1978), *Minori in pericolo di ritardo mentale dipendente da fattori socio-culturali: loro individuazione precoce e stimolazione*, Problemi Minorili, 1-2-3.
- Aburra A. e altri (a cura di) (2000), *Il bambino tradito. carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori*, Carocci Editore, Roma.
- Ajello L. (1971), *Disadattamento minorile e servizio sociale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3.
- Aldgate J. (2007), *Child Well-Being, Child Development and Family Lives*, paper presented to the University of Southampton, Child Well-Being Research Centre.
- Aldgate J., Jones D.P.H., Rose W., Jeffery C. (2006). *The Developing World of the Child*. London: Jessica Kingsley.

- Aldgate J., Rose W., McIntosh M. (2007), *Changing Directions for Children with Challenging Behaviour and their Families: Evaluation of CHILDREN 15T Directions Projects*. Edinburgh: CHILDREN 1<sup>ST</sup>.
- Andreoli S. (1998), *I nuovi servizi per l'infanzia e le famiglie in Europa*, La Famiglia, 190, pp. 46-62.
- Andreoli V. (1991), *Famiglie con genitori tossicodipendenti*, Bambino Incompiuto, 2.
- Andria P. (1990), *I diritti sociali del minore*, Bambino Incompiuto, 2.
- Argento E. (1974), *Il gruppo strumento di rieducazione*, Esperienze Sociali, 1.
- Aspe (1983), *L'infanzia maltrattata*, Aspe, 10.
- Aspe (1984), *Ragazzi di strada*, Aspe, 22.
- Associazione Laica Famiglie in difficoltà (1994), *Conflitti familiari e mediazione. L'esperienza dell'Alfid*, Alfid, Trento.
- Bandettini L., Berton A. (1990), *La famiglia: difficoltà e prospettive*, Orientamenti, 1-2.
- Barbero Avanzini B., Ichino Pellizzi F. (a cura di) (1988), *Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali*, Unicopli, Milano.
- Barbero Avanzini B. (1986), *Intervento specialistico o generale negli abusi all'infanzia?*, Bambino Incompiuto, 2.
- Barbero Avanzini B. (1976), *Sistema familiare comportamento giovanile deviante*, Studi di sociologia.
- Bartesaghi A. (1994), *Il servizio di consulenza al singolo, alla coppia e alla famiglia in difficoltà*, Politiche sociali e servizi, 2.
- Battistacci G. (1985), *Abusi sui minori e strumenti di tutela*, Bambino Incompiuto, 2.
- Battistacci G. (1984), *Adolescenza a rischio: ripensare globalmente la legislazione minorile*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5.
- Battistacci G., Caffo E., Cattabeni G., Tavassi M.T., Vernò F. (1985), *L'abuso e la violenza all'infanzia*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Battistacci G. (1987), *L'abuso all'infanzia: un problema di tutti*, Bambino Incompiuto, 2.
- Battistacci G. (1988), *Violenze e abusi sessuali nei confronti dei minori*, Bambino Incompiuto, 1.
- Baviera I. (1979), *Non sottrazione dei figli ai genitori ma protezione della infanzia più indifesa*, Prospettive Assistenziali, 45.
- Belotti V., Ruggiero R. (a cura di) (2008), *Vent'anni di infanzia. Retorica e diritti dei bambini dopo la convenzione dell'ottantanove*, Guerini, Milano.
- Ben Arieh A. (2000), *Beyond Welfare: Measuring and Monitoring the State of Children. New Trends and Domains*, "Social Indicators Research", 52 (3).
- Ben Arieh A. (2003), *La valutazione di efficacia di un programma rispetto al monitoraggio del benessere: una prospettiva centrata sul bambino*, in Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Fondazione Zancan, Padova.
- Ben Arieh A., Goerge R.M. (a cura di) (2006), *Indicators of Children's Well-Being Understanding Their Role, Usage and Policy Influence*, Springer.
- Beria di Argentine A. (1986), *Le cause del disadattamento giovanile*, Bambino Incompiuto, 3.
- Bertolini M., Neri F. (1981), *Genitori brutali bambini maltrattati*, Gli Argonauti, 10.

- Bezze M., Innocenti E., Vecchiato T. (2008), *La strategia regionale per l'attuazione dei livelli base di cittadinanza sociale in Toscana*, Studi Zancan, 5.
- Bianca C.N., Malagoli Togliatti M., Micci A.L. (2005), *Interventi di sostegno alla genitorialità nelle famiglie ricomposte. Giuristi e psicologi a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- Bianchi D. (a cura di) (2002), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Bianchi E., Verno' F. (a cura di) (1995), *Le famiglie multiproblematiche non hanno solo problemi*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Bimbi F. (a cura di) (2005), *Madri sole. Sfide politiche e genitorialità alla prova*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Bimbi F., Trifiletti R. (a cura di) (2006), *Madri sole e nuove famiglie. Declinazioni inattese della genitorialità*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Bisogni e risposte per l'età evolutiva* (1986), Servizi sociali, 4.
- Bonini M.C., Carugati F., De Paolis P., Emiliani F., Palmonari A. (1976), *Diventare uguali. I minori dall'istituto ai gruppi-appartamento*, Coines Edizioni, Roma.
- Borgia R., Canali C., Vecchiato T. (2010), *Rischio evolutivo e prevenzione dell'allontanamento dalla famiglia: indicazioni da uno studio sperimentale*, in Quaderni Card, 10.
- Bracco P. e altri (1985), *È possibile un progetto-obiettivo adolescenti?* Fondazione Zancan, Padova.
- Brienza G. (2001), *Famiglia e politiche familiari in Italia*, Carocci, Roma.
- Brugnone G., D'Alberton F., Zambon A., Zane L. (1976), *Alternative concrete al ricovero dei minori in istituto*, Prospettive assistenziali, Torino.
- Brunetta G. (1974), *L'emarginazione dei giovani nel mondo del lavoro*, Aggiornamenti sociali, 96.
- Brusciolano S. (a cura di) (2002), *Politiche familiari e servizi. I Centri per le Famiglie in Emilia-Romagna*, Comune di Bologna e Centro studi e documentazione sulla famiglia, Bologna.
- Burbatti G., Formenti L. (1985), *La famiglia e il suo modello. Tecniche di intervento sui sistemi familiari*, Franco Angeli, Milano.
- Busnelli C. (1960), *La riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche*, Annali della sanità pubblica, Roma.
- Busnelli C. (1969), *I ragazzi difficili*, Sales, Roma.
- Busnelli C. (1966), *L'attività dei Cmpp dell'Enpmf per i minori assistiti dall'Enaoli*, "Ragazzi d'oggi", Roma.
- Busnelli E., Del Conte L., Cattabeni G., Santone G., Tonizzo A. (1985), *Dal ricovero all'affidamento: cambia una legge o una mentalità?*, Fondazione Zancan, Padova.
- Busnelli E., Moro A.C. (1990), *Minori e giustizia*, Fondazione Zancan, Padova.
- Busnelli E., Vecchiato T. (1991), *La promozione del benessere psico-fisico nell'età evolutiva*, Ministero della Sanità, Roma.
- Busnelli Fiorentino E. (1986), *L'adolescenza a rischio: bisogni e risposte*, Bambino Incompiuto, 1.
- Butturini E. (1979), *Scuola ed emarginazione dei giovani*, Aggiornamenti sociali, 1.
- Cabassi A., Zini M.T. (2004), *L'assistente sociale e lo psicologo. Un modello di lavoro integrato*, Carocci, Roma.

- Caffo E. (a cura di) (1988), *Il rischio familiare e la tutela del bambino*, Guerini e Associati, Milano.
- Caffo E. (1989), *Conoscenze e prospettive sulla prevenzione dell'abuso ai minori*, Bambino Incompiuto, 3.
- Caffo E. (1986), *L'abuso sessuale all'infanzia: considerazioni cliniche e proposte preventive*, Bambino Incompiuto, 2.
- Caffo E. (1985), *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino come fattore causale dell'abuso all'infanzia*, Bambino Incompiuto, 2.
- Canali C., Colombo D.A., Maluccio A.N., Pine B.A., Warsh (2001), *Figli e genitori di nuovo insieme: la riunificazione familiare. Guida per apprendere dall'esperienza*, Fondazione Zancan, Padova.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di) (2005), *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia*, Fondazione Zancan, Padova.
- Canali C., Vecchiato T. (a cura di) (2009), *Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione*, Regione Campania e Fondazione Zancan, Napoli.
- Canali C., Vecchiato T. (2006), *Bisogni di salute mentale in età evolutiva: contributi dal dibattito internazionale*, Studi Zancan, 6.
- Canali C., Greco G., Trimarchi A., Vecchiato T. (2010), *Il distretto come ambiente professionale di ricerca e sperimentazione*, in Quaderni Card, 10.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Risk for children: a multisite outcome-based research in Italy*, in Inside Out, University of Groningen.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Assessing the life space of children living in multi-problematic families*, International Journal of Child and Family Welfare, 13, 1-2.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (2011), *Approaches to Evaluation in Services for Children and Families*, in Maluccio A.N. e altri, *Improving Outcomes for Children and Families. Findings and Using International Evidence*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Canevaro A., Radaelli V. (1970), *La XIV sessione del gruppo di esperti Vipe per i problemi della gioventù disadattata*, Esperienze di Rieducazione, 3.
- Capece G. e altri (1989), *Abuso psicologico a scuola: il ruolo del medico scolastico*, Bambino Incompiuto, 1.
- Capocaccia A.F. (a cura di) (1969), *Il Centro Medico Psico Pedagogico*, AAI, Roma.
- Cappello V., Consolini R. (1987), *La famiglia con un solo genitore*, Bambino Incompiuto, 3.
- Carpello G. (1977), *I percorsi dell'emarginazione nel passato ed oggi*, Promozione Sociale, 1.
- Catarsi E. (a cura di), (2000), *Funzioni di sostegno alle famiglie e alla genitorialità*, Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Catarsi E. (a cura di), (2003), *Educazione familiare e sostegno alla genitorialità: un'esperienza in Toscana*, Firenze, Regione Toscana.
- Cattabeni G. (1984), *L'affido educativo: una nuova frontiera per operatori, servizi, minori in difficoltà*, Bambino Incompiuto, 3.
- Cendon P. (a cura di) (1991), *I bambini e i loro diritti*, il Mulino, Bologna.



- Centro della famiglia (1991), *La formazione in prevenzione familiare*, La famiglia, 146, Brescia.
- Cheli M., Mazzoni P., Giacomuzzi S. (2008), *Integrare o sostituire la genitorialità?*, Prospettive sociali e sanitarie, 3, Milano.
- Ciampa A., Ciccotti E. (a cura di), (2006), *I progetti nel 2004: lo stato di attuazione della legge 285/97*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Cigoli V. (1987), *Il visitatore del povero e il visitatore bisognoso. Gli operatori sociali al domicilio delle famiglie*, Bambino Incompiuto, 3.
- Cividali I. (1972), *Il concetto di abbandono nell'infanzia*, Promozione Sociale, 11.
- CNCA (1984), *Tra utopia e quotidiano: il coordinamento delle comunità di accoglienza*, EGA, Torino.
- Colombo A.D. e altri (1998), *Figli e genitori: da servizi che separano a servizi che riunificano*, Servizi sociali, 3.
- Colombo G., Cocever E., Bianchi L. (2004), *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci Faber, Roma.
- Comitato Internazionale Problemi Infanzia (1985), *Minori: linee di indirizzo per una politica unitaria*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Coppola C. (1971), *Disadattamento minorile: servizi di base o specializzati?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 6.
- Coppola C. (1970), *Disadattamento minorile: un impegno urgente per tutta la società*, La rivista di servizio sociale, 1.
- Coppola C. (1982), *Disagio giovanile e politica dei servizi sociali territoriali*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 16.
- Coppola C. e altri (1977), *I servizi per minori disadattati, ruolo del Ministero di Grazia e Giustizia e degli Enti Locali*, Esperienze di Rieducazione, 4.
- Coppola C. (1970), *Riforma dei servizi per disadattati e riforma dei servizi sociali*, Assistenza d'Oggi, 3.
- Crivillé A. (1995), *Genitori violenti, bambini maltrattati. L'operatore sociale di fronte alla famiglia del bambino maltrattato*, Liguori, Napoli.
- Cusinato M., Salvo P. (1998), *Lavorare con le famiglie. Programmi, interventi, valutazione*, Carocci Editore, Roma.
- Dallanegra P. (a cura di) (2005), *Le radici del futuro. La continuità della relazione genitoriale oltre la crisi familiare*, Franco Angeli, Milano.
- Dallanegra P., Gasparini M., Meazza C. (1995), *Un luogo protetto per il riavvicinamento tra minori e adulti in situazioni conflittuali*, Bambino Incompiuto, 5.
- Dalle diverse adolescenze alla rete di interventi nel territorio (1987)*, Servizi sociali, 3.
- De Angeli A., Buratti G. (1976), *Prevenzione del disadattamento*, Promozione Sociale, 2.
- De Leo G. (1974), *Effetti negativi della istituzionalizzazione dei minori*, Problemi Minorili, 3.
- De Pra M., Sculari P. (a cura di) (2009), *Nascere e crescere. Il mestiere dei genitori*, La Meridiana, Molfetta.
- Del Conte L. (1989), *Abuso da parte delle istituzioni: come si disgrega un minore*, Bambino Incompiuto, 2.
- Dell'Antonio A. (1988), *Separazione dei genitori: situazione di rischio*, Bambino Incompiuto, 2.

- Dell'Antonio A.M. (1984), *Il bambino di fronte al suo affidamento familiare*, Bambino Incompiuto, 3.
- Della Giustina L., De Renoche I. (1995), *La separazione dei genitori e il vissuto del bambino nella fase di latenza*, Bambino Incompiuto, 1.
- Di Gennaro G. (1973), *I giovani disadattati*, Promozione Sociale, 7-8.
- Di Nicola P. (a cura di), (2002), *Prendersi cura delle famiglie: nuove esperienze di sostegno alla genitorialità*, Carocci, Roma.
- Donati P.P. (1986), *Esiste una "normalità" infantile? Riflessioni a partire dalla "de-normalizzazione" della famiglia*, Bambino Incompiuto, 2.
- Donati P.P. (1991), *Famiglia e infanzia in una società rischiosa: come leggere ed affrontare il senso del rischio*, Bambino incompiuto, 2.
- Donati P.P. (a cura di) (2008), *La cura della famiglia e il mondo del lavoro*, Franco Angeli, Milano.
- Dosi A., Vecchiato T. (2005), *Riflessioni e prospettive di lavoro*, in Provincia di Piacenza e Fondazione E. Zancan, *Livelli essenziali di assistenza in provincia di Piacenza*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Durning P. (2007), *The construction of socio-educational interventions*, in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J. eds, *Promoting competence in children and families. Scientific perspectives on resilience and vulnerability*, Eusarf, Leuven.
- Dusi P. (1988), *Funzione amministrativa e funzione giurisdizionale di tutela del minore: rapporti e conflitti*, Bambino Incompiuto, 3.
- Esperienze e buone pratiche con la legge 285/97. Dalla ricognizione alle linee guida*, Quaderno 26/2002, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Esposito G. (1979), *Dal disadattamento sociale all'esclusione: note sulla difesa della salute e superamento dell'assistenza*, La rivista di servizio sociale, 4.
- Fadiga L. (1987), *La protezione dell'infanzia in Italia*, Bambino Incompiuto, 3.
- Fasolo F. e altri (2008), *La salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza*, Studi Zancan, 4.
- Fava Vizziello G., Colucci R., Disnan G. (1992), *Il rischio psico-patologico in famiglie con genitori psicotici*, Bambino Incompiuto, 3.
- Favaro G. (2001), *Parole a più voci*, Franco Angeli, Milano.
- Favaro G. (2003), *Famiglie immigrate, servizi alla persona e società multiculturale*, Studi Zancan, 6.
- Ferrari Bravo G., Reale E., Russo M. (1977), *L'esclusione necessaria. Note sulla genesi del disadattamento minorile*, La rivista di servizio sociale, 3.
- Ferrari M.B. (1971), *Le famiglie socialmente emarginate*, Assistenza d'Oggi, 1.
- Figli di famiglie separate e ricostituite*, Quaderno 4/1998, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Fondazione Zancan (2006), *Politiche per l'infanzia e la famiglia. Il contributo di Alfredo Carlo Moro alle proposte culturali della Fondazione Zancan*, Padova.
- Forte F. (1976), *Le colpe della scuola media e il disadattamento minorile*, Esperienze di Rieducazione, 1.
- Forte M. (1975), *Scuola media e disadattamento minorile*, Problemi Minorili, 1-2.

- Fortunati A. (a cura di) (2004), *Il mestiere dell'educare. Bambini, educatori e genitori nei nidi e nei nuovi servizi per l'infanzia e la famiglia*, Junior, Bergamo.
- Fortunati A. (2006), *L'educazione dei bambini come progetto della comunità: bambini, educatori e genitori nei nidi e nei nuovi servizi per l'infanzia e la famiglia: l'esperienza di San Miniato*, Junior, Bergamo.
- Fruggeri L. (2005), *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*, Carocci, Roma.
- Furniss T. (1990), *L'abuso sessuale del bambino nella famiglia: intervento e terapia*, Bambino Incompiuto, 3.
- Ganio Nego G. (1999), *La figura del coadiutore familiare che accompagna la crescita delle relazioni familiari*, Minori Giustizia, 1.
- Gaudio S. (1974), *I problemi dei minori nell'ambito della sicurezza sociale*, Solidarietà umana, 8-9.
- Ghezzi D. (1989), *Il bambino che sta male a casa sua. La qualità dell'intervento degli operatori*, Bambino Incompiuto, 2.
- Gigante N., Saraz M. (a cura di) (1974), *Minori abbandonati*, Promozione Sociale, 7-8.
- Gorrieri E., Guerzoni L. (1994), *Per una politica di sostegno alla famiglia*, Animazione sociale, 11.
- Granger E. (1979), *I figli abbandonati, non sempre il peggio è inevitabile*, Vita Sociale.
- Grigoletti P. (a cura di) (1998), *Famiglie con molti problemi: vincoli e risorse*, Franco Angeli, Milano.
- Grossi B. (1981), *La protezione delle fasce marginali della popolazione nella programmazione regionale*, Comunità e salute, 2-3.
- Gruppo Abele (1971), *Una prospettiva alternativa al problema del disadattamento giovanile*, Esperienze di Rieducazione, 4.
- Guerzoni L. (a cura di) (2007), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli. Il contenuto e le proposte*, Il Mulino, Bologna.
- Haley J. (1985), *La terapia del problem-solving - nuove strategie per una terapia familiare efficace*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- I bambini e gli adolescenti fuori dalla famiglia. Indagine sulle strutture residenziali educativo-assistenziali in Italia*, Quaderno 9/1999, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- I progetti adolescenti: una lettura della dimensione educativa - Organi di protezione del minore: come sono e come dovrebbero essere*, Servizi sociali, 4/1988.
- Iafrate R., Giuliani C. (2006), *L'enrichment familiare*, Carocci, Roma.
- Il progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva (1982)*, Servizi sociali, 2.
- Il servizio sociale per i minorenni con manifestazioni antisociali* (1972), AAI, Roma.
- Innocenti E. (2007), *Livelli essenziali per la tutela e la promozione della famiglia e delle persone*, Studi Zancan, 4.
- Innocenti E., Vecchiato T. (2007), *Servizi per le famiglie con figli e livelli essenziali: prove di fattibilità e sostenibilità*, in Guerzoni L., *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, Il Mulino, Bologna.

- Iori V. (2006), *Genitorialità e servizi sociali: l'Osservatorio Famiglie e il Centro per le famiglie di Reggio Emilia*, in "Rivista Italiana di Educazione Familiare", 1, pp. 49-63.
- Iori V. (2006), *Separazioni e nuove famiglie. L'educazione dei figli*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Kazdin A.E., Weisz J.R., eds (2003), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York.
- L'Abate L. (1990), *Le risorse della famiglia. Prospettive di prevenzione primaria e secondaria*, Il Mulino, Bologna.
- La famiglia in rapporto al fenomeno droga (1987)*, Servizi sociali, 1-2.
- La formazione nazionale interregionale oltre la 285/97. Identità e cambiamenti*, (2005), Quaderno 35, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Lanza L. (1990), *Il comportamento della moglie/madre nell'incesto padre/figlia: dall'estraneità alla partecipazione collusiva*, Bambino Incompiuto, 3.
- Le violenze sessuali sui bambini. Lo stato di attuazione della Legge 269/98 (2001)*, Quaderno 19, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Leone S. e altri (1995), *Salute e malattia. Le forti responsabilità della famiglia*, Famiglia Oggi, 1, Milano.
- Levi G., Haddad A. (1993), *Rischio psicopatologico e rischio di abuso in età evolutiva*, Bambino Incompiuto, 1.
- Lightburn A., Sessions P., eds (2006), *Handbook of Community-Based Clinical Practice*, Oxford University Press, New York.
- Lippi A. e altri (1999), *Servizi autogestiti da associazioni di famiglie*, Servizi sociali, 1, Padova.
- Luciani C. (1974), *Per un rilancio sociale dei problemi inerenti all'emarginazione dei minori*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 8.
- Lussu A., Rovai B. (2004), *L'operatore socio-sanitario nei servizi sociali*, Carocci Faber, Roma.
- Magno G. (1996), *Quale protezione per i minori stranieri*, Bambino Incompiuto, 3-4.
- Malagoli Togliatti M., Tafà M. (a cura di), (2005), *Gli interventi sulla genitorialità nei nuovi centri per le famiglie. Esperienze di ricerca*, Franco Angeli, Milano.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., eds (2002), *Assessing Outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues*, Aldine de Gruyter, New York.
- Maluccio A.N., Whittaker J.K. (2002), *Le risposte per l'infanzia all'esterno della famiglia negli Usa: una revisione critica*, Studi Zancan, 6.
- Maluccio, A.N., Canali C., Vecchiato T. (2006), *Family Foster Care: Cross-National Research Perspectives*, Families in Society, 87, 4.
- Mantovani S. (a cura di) (1999), *Bambini e genitori insieme: un itinerario di formazione*, Junior, Bergamo.
- Marcon P., Fara N. (1971), *Per una nuova politica del disadattamento minorile*, La rivista di servizio sociale, 2.
- Martorelli M. (1988), *Maltrattamento del bambino e formazione degli operatori socio-sanitari*, Bambino Incompiuto, 3.
- Marzotto C. (1990), *Un nuovo servizio alla famiglia in crisi*, Politiche sociali e servizi, 2.

- Maurizio R. (a cura di) (2007), *Dare una famiglia a una famiglia. Verso una nuova forma di affido*, Ega, Torino.
- Maurizio R. (a cura di) (1995), *La prevenzione del disagio in riferimento alle esperienze di aggregazione tra adolescenti*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Maurizio R., Peirone M. (1984), *Minori, comunità e dintorni*, EGA, Torino.
- Mazzoli G. (2005), *Se la famiglia da sola non ce la fa a essere risorsa. Per un investimento sui rapporti orizzontali nella comunità*, Animazione Sociale, 6-7, Torino.
- Mazzucchelli F. (a cura di) (2008), *Il diritto di essere bambino: famiglia, società e responsabilità educativa*, Franco Angeli, Milano.
- Mazzucchelli F. (1994), *Famiglie multiproblematiche: un destino non irreversibile*, Prospettive sociali e sanitarie, 17, Milano.
- McAuley C., Pecora P.J., Rose W., eds (2006), *Enhancing the Well-being of Children and Families through Effective Interventions. International Evidence for Practice*, Jessica Kingsley Publishers London.
- Mendorla G., Castorina S. (1993), *Punizioni fisiche maltrattanti e incidenti nell'adolescenza*, Bambino Incompiuto, 6.
- Meucci G. (1976), *Le situazioni di crisi della famiglia: interventi del giudice e della società*, Esperienze di Rieducazione, 1.
- Meucci G.P., Scarcella F. (1984), *La tutela dei diritti dei minori*, NIS, Roma.
- Milani P. (1993), *Progetto genitori - Itinerari educativi in piccolo e grande gruppo*, Centro Studi Erickson, Trento.
- Milani P. (2000), *Il sostegno alla genitorialità: analisi delle tipologie esistenti in Italia e in Europa*, in "Cittadini in crescita", Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, voll. 2/3, pp. 46-59.
- Milani P. (2002), *Educazione, reti sociali e relazioni familiari. Una ricerca a Padova*, Cleup, Padova.
- Milani P. (2004), *Il sostegno alla genitorialità nel lavoro con le famiglie*, Studi Zancan, 4.
- Milani P. (2005), *Lo sviluppo dei consultori familiari a sostegno della genitorialità*, Studi Zancan, 4, pp. 9-34.
- Milani P. (a cura di) (2001), *Manuale di educazione familiare: ricerca intervento e formazione*, Erickson, Trento.
- Ministero dell'Interno (1996), *La costruzione di un progetto adolescenti. Saperi e pensieri... per fare*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Ministero dell'Interno (1996), *La prevenzione del disagio e delle dipendenze con gli adolescenti. Premesse culturali e teoriche ed esiti della sperimentazione nazionale*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Ministero dell'Interno (1996), *Sperimentazione nazionale coordinata di progetti adolescenti con finalità preventiva*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Ministero dell'Interno Direzione generale dei servizi civili (a cura di) (1991), *Politiche sociali per l'infanzia e l'adolescenza*, Unicopli, Milano.
- Ministero dell'Interno Direzione generale dei servizi civili (a cura di) (1991), *Minori: linee di indirizzo per una politica unitaria*, Roma.
- Minori Giustizia (1994), *Quando un minore viene allontanato...*, Minori giustizia, 1.
- Modelli di accoglienza familiare e comunitaria per minori in difficoltà (1998)*, Servizi sociali, 1.

- Moro A.C. (1982), *I diritti del minore in Italia*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Moro A.C. (1984), *Non mitizziamo l'affido*, Bambino Incompiuto, 3.
- Moro A.C. (1985), *La riforma del diritto di famiglia dieci anni dopo*, Bambino Incompiuto, 1.
- Moro A.C. (1987), *La riforma dell'ordinamento minorile: una utopia o una realtà?*, Bambino Incompiuto, 1.
- Moro A.C. (1988), *Erode fra noi*, Mursia, Milano.
- Moro A.C. (1991), *Il bambino è un cittadino*, Mursia, Milano.
- Moro A.C. (1992), *Società rischiosa e preadolescenza*, Bambino Incompiuto, 3.
- Moro A.C. (1993), *La disciplina della famiglia di fatto*, Bambino Incompiuto, 6.
- Moro A.C. (2006), *Politiche per l'infanzia e la famiglia. il contributo di Alfredo Carlo Moro*, Fondazione Zancan, Padova.
- Moro A.C., Maurizio R., Belotti V. (2006), *Minori Stranieri in Carcere*, Guerini e Associati, Milano.
- Moro A.C. (1985), *Per una migliore protezione del minore: l'ufficio di pubblica tutela*, Bambino Incompiuto, 2.
- Moro A.C., Vecchiato T. (1993), *Per una più compiuta tutela dei minori*, Politiche giovanili, suppl. Servizi sociali, 3.
- Novarino F. (1994), *L'"affido educativo". Educatori in famiglia a sostegno dei minori in difficoltà nella ex Usl XI di Genova*, Prospettive sociali e sanitarie, 11, Milano.
- Occulto R. (1975), *Per una politica regionale dei servizi sociali a tutela dei minori*, La rivista di servizio sociale, 3.
- Ordine assistenti sociali. Consiglio nazionale (2010), *Percorsi integrati. Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore*, Ordine assistenti sociali. Consiglio nazionale, Roma.
- Pagliari Taccani T. (1974), *Fatti e riflessioni in tema di disadattamento*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5.
- Palmonari A. (2008), *I servizi per bambini e ragazzi in difficoltà: innovazioni e valutazioni*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Palmonari A. (a cura di) (1991), *Guida alle comunità di convivenza e crescita della persona*, Patron, Bologna.
- Paolucci G. (1981), *Perché le donne abbandonano i figli*, Inchiesta, 49-50.
- Parisi C., Bernabei P. (1989), *Sul rischio psicopatologico nei figli di genitori con problemi psichiatrici*, Bambino Incompiuto, 2.
- Pati L. (1992), *Le funzioni educative nel sistema delle relazioni familiari*, La famiglia, 151.
- Perico G. (1975), *Due alternative all'istituto per minori*, Aggiornamenti sociali, 2.
- Pfanner P. (1985), *La famiglia abusante*, Bambino Incompiuto, 2.
- Pirrone V. (1978), *Disadattamento e criminalità nella dinamica della personalità giovanile*, Problemi Minorili, 4-5-6.
- Radaelli V. (1977), *Il lavoro dei fanciulli e la loro tutela penale e civile*, Problemi Minorili, 4-5-6.
- Rao C. (1975), *Disadattamento minorile*, Solidarietà umana, 17-18.

- Regione Emilia-Romagna - Il Difensore Civico e Zancan Formazione Srl (2010), *Giovani irregolari tra marginalità e devianza. Ricerca sui minori segnalati al Tribunale per i Minorenni di Bologna nel periodo 2006-2008 per "irregolarità della condotta" ex art. 25 e 25 bis della Legge Minorile*, Regione Emilia-Romagna - Difensore Civico, Bologna.
- Regione Veneto in collaborazione con l'Associazione Italiana dei Giudici per i minorenni (1975), *Per una politica regionale dei servizi sociali a tutela dei minori*, Atti convegno di Abano 24-26 gennaio 1975.
- Rezza E. (1985), *Particolari forme di maltrattamento del bambino dovute a collaborazione tra medico e genitore*, Bambino Incompiuto, 1.
- Rigliano P., Siciliani O. (1988), *Famiglia schizofrenia violenza. un approccio sistemico e nonviolento al conflitto familiare*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Rischio, disagio e devianza nell'adolescenza. Promozione della comunità locale nelle politiche giovanili (1990)*, Servizi sociali, 4.
- Roccia C., Foti C. (1993), *Pedofilia: dal bambino abusato all'adulto perverso*, Bambino Incompiuto, 6.
- Rogialli S., Teodori M.P. (1995), *Sviluppo umano e quotidianità: il bambino, la famiglia, la comunità*, Bambino Incompiuto, 1.
- Rognoni M. (2008), *Conflittualità e cura della genitorialità*, Prospettive sociali e sanitarie, 5.
- Roveda P. (1983), *Il cambiamento educativo nella famiglia*, La Famiglia, 100-101.
- Sacchetti L. (1985), *Dall'adozione all'affidamento familiare. Coscienza di una crisi e di una prospettiva*, Bambino Incompiuto, 3.
- Sacchetti L. (1988), *La tutela dei minori e le famiglie premature*, Bambino Incompiuto, 1.
- Santucci Martino F. (1972), *Disadattamento minorile*, Solidarietà umana, 17-18.
- Scabini E., Donati P. (a cura di) (1992), *Famiglie in difficoltà tra rischio e risorse*, Vita e Pensiero, Milano.
- Scabini E., Donati P. e altri (1986), *Reti familiari e bambini a rischio*, Vita e Pensiero, Milano.
- Scalco S. e altri (2005), *L'affido diurno di bambini stranieri. Un sostegno ai legami familiari*, Animazione Sociale, 2.
- Schettini B. (a cura di) (1993), *Operatori e mediazione familiare. contenuti, problemi, esperienze a confronto*, La Ricerca Psicologica, Napoli.
- Scopel W. (1993), *Il sostegno educativo alla famiglia per prevenire il rischio dell'allontanamento del minore*, Minori Giustizia, 3.
- Separazione dei genitori e problemi dei figli (1988)*, Bambino Incompiuto, 2.
- Serpico Persico L. (1976), *Scuola media e minori disadattati*, Problemi Minorili, 3-4-5-6.
- Simeone D. (2002), *La consulenza educativa. dimensione pedagogica della relazione d'aiuto*, Vita e Pensiero, Milano.
- Sità C. (2004), *Il "ben-trattamento" delle famiglie nelle azioni di sostegno alla genitorialità*, La famiglia, a. 38, 223, pp. 71-86.
- Sità C. (2005), *Il sostegno alla genitorialità. Analisi dei modelli di intervento e prospettive educative*, La Scuola, Brescia.
- Sprini G. (1976), *Gli interventi nel disadattamento*, Promozione Sociale, 5.

- Strumendo L. (a cura di) (2007), *Il garante dell'infanzia e dell'adolescenza. Un sistema di garanzia nazionale della prospettiva europea*, Guerini Studio, Milano.
- Tibozzo M., Pesce G.C. (1973), *Prevenzione del disadattamento*, Promozione Sociale, 7-8.
- Tortello M., Santanera F. (1983), *Il ruolo del volontariato nel campo delle alternative al ricovero in istituto*, Prospettive Assistenziali, 64.
- Trasformazioni in corso. La formazione nazionale interregionale fra la legge 285/97 e la legge 451/97*, Quaderno 20/2002, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Uscire dal silenzio. Lo stato di attuazione della legge 269/98*, Quaderno 27/2002, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Valutare l'efficacia degli interventi per l'infanzia e la famiglia: prospettive internazionali a confronto (2010)*, monografia Studi Zancan, 5.
- Van Peype Ph. D. (1970), *Famiglie socialmente carenti e azione sociale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3-4.
- Vecchiato T. (1983), *Le comunità per minori fra ipotesi e realizzazioni, fra esperienza e professionalità*, Annali Scuola Superiore di Servizio Sociale, Trento.
- Vecchiato T. (1986), *La comunità alloggio: un modello polivalente di intervento sociale*, Bambino Incompiuto, 3.
- Vecchiato T. (1989), *Integrating Professional ad Community Resources for Young Persons*, in Hudson J., Galaway B. (edited By), *The State as Parent*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Vecchiato T. (1992), *Minors and Deviance*, in Hans-Uve O., Messmer H. (edited By), *Crime, Conflict and Reconciliation*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Vecchiato T. e altri (1993), *Famiglia e solidarietà sociale: forme di aiuto a domicilio*, Servizi sociali, 5.
- Vecchiato T. (1995), *La mediazione nelle esperienze di altri Paesi*, Bambino Incompiuto, 2.
- Vecchiato T. (1997), *The Foster Care in Italy*, in Colton M., Williams M., edited by, *The World of Foster Care*, Arena, Adersht, Gb, Brookfield, Usa.
- Vecchiato T., Maluccio A., Canali C. (edited by) (2002), *Evaluation in Child and Family Services. Comparative Client and Program Perspective*, Aldine de Gruyter, New York.
- Vecchiato, T., Mazzini E.L.L. (a cura di) (2008), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Vernò F. (a cura di) (1989), *Minori: un impegno per la comunità locale*, Fondazione Zancan, Padova.
- Viani F. (1973), *Le carenze affettive e la dissociazione familiare come causa di disordini della personalità nell'età evolutiva*, Problemi Minorili, 4-5.
- Vicinelli G. (1970), *Una nuova politica per i disadattati*, Solidarietà umana, 13-14.
- Vico G. (1988), *L'educazione del bambino in una situazione familiare difficile*, Bambino Incompiuto, 2.
- Violenza intrafamiliare e tutela del minore (1985)*, Bambino Incompiuto, 2.



- Violenze sessuali sulle bambine e sui bambini*, Quaderno 1/1998, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Whittaker J.K. (2008), *Lo scenario degli interventi evidence-based per bambini e ragazzi in gravi difficoltà: come conoscere ciò che funziona e come utilizzarlo*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Zappella M. (1971), *Disadattamento scolastico ed esclusione istituzionale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3.
- Zecca O. (1973), *Violenza, scuola e famiglia*, Problemi Minorili, 4-5.
- Zeira A., Canali C., Vecchiato T., Jergeby U., Thoburn J., Neve E. (2007), *Evidence-based Social Work Practice with Children and Families: A Cross National Perspective*, Studi Zancan, 1.
- Zorzella N. (1996), *I diritti del minore straniero in Italia*, Bambino Incompiuto, 3-4.



# RISC

**R**ischio per l'**I**nfanzia e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

## **SEZIONE 3**

### **AREA LEGISLAZIONE**

**GLI ATTI REGIONALI IN MATERIA  
DI CONTRASTO AL RISCHIO PER L'INFANZIA**



**FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN**  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## INTRODUZIONE

### Il quadro costituzionale

L'ordinamento italiano, sin dall'approvazione della Carta Costituzionale del 1948, è fortemente permeato dal principio del "favor minoris": l'ottica con cui si introducono le forme di tutela e protezione dell'infanzia e dell'adolescenza si basano su una strategia di intervento normativo volta ad assicurare una rete di protezione che possa favorire il minore nel processo di crescita e formazione, sia all'interno della propria famiglia, sia in contesti più ampi (scolastico, lavorativo).

In particolare, si sottolinea come il minore sia soggetto attivo del rapporto educativo con i genitori (Moro A.C., 2006): il contesto familiare resta l'ambiente ottimale dove il minore può sviluppare la propria personalità, ma è significativo come ai genitori spettati in primis il "dovere" e poi il diritto di mantenere, istruire, educare figli "anche se nati fuori dal matrimonio" (art. 30 Cost.). Si tratta di una delle espressioni più forti e innovative del c.d. "principio personalistico" posto alla base della carta costituzionale. L'art. 2 della Costituzione, norma da cui tradizionalmente si fa discendere la supremazia della persona come fondamento dell'ordinamento, impone alla Repubblica, e quindi alle sue istituzioni, l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale e la garanzia dei diritti inviolabili della persona umana: la specificità della condizione del minore merita un rafforzamento di tutela, tanto da fondare forme di trattamento differenziato in tutte le vicende che lo interessano.

Infatti la famiglia, in quanto formazione sociale, è uno strumento per lo sviluppo delle personalità individuali che la compongono e che hanno, comunque, un ruolo preminente e differenziato: la centralità della famiglia è quindi condizionata all'effettiva realizzazione della funzione educativa che la Costituzione le attribuisce, in considerazione del nuovo rilievo dell'interesse del minore a cui la potestà genitoriale è funzionalizzata. L'elevazione dell'educazione e del benessere del minore a interesse pubblico, o meglio a diritto costituzionalmente rilevante, ne implica la tutela da parte dell'ordinamento in ogni contesto, compreso quello familiare, tanto che la Costituzione stessa prevede che "nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti", legittimando l'intervento surrogatorio/sostitutivo dello Stato nel ruolo educativo familiare quando questo risulti deficitario (Bergonzini C., 2008).

Sul versante internazionale, l'adozione della Convenzione Onu per la tutela dei minori del 1989 può essere considerata il riferimento principale di quel progressivo riconoscimento del preminente interesse del minore, che ha trovato grande eco in ambito nazionale e che ha aperto una stagione di forte attenzione della comunità internazionale ai temi della tutela dei minori nei diversi contesti di vita, familiari e sociali. In ambito europeo, tale attenzione si è tradotta in interventi istituzionali, di diversa natura ed incisività, che hanno coinvolto sia le istituzioni comunitarie, sia le Corti di Giustizia sovranazionali, nella creazione di una rete di protezione europea dei diritti dei minori (Lamarque E., 2007).

Famiglia come strumento di sviluppo

In ambito nazionale il recepimento di tali atti e il crescente rilievo posto da operatori e giuristi al tema della tutela minorile ha suggerito una progressiva sostituzione del concetto di “interesse del minore” con quello - giuridicamente più pregnante - di “diritto del minore”: già la Corte costituzionale aveva espresso il principio per cui la protezione e la tutela del minore si collocano tra gli interessi costituzionalmente garantiti, anzi costituiscono un “best interest”, un interesse preminente, che deve trovare adeguato riconoscimento e tutela anche nel rapporto con altre situazioni costituzionalmente rilevanti.

In ottemperanza a tale compito, il legislatore ordinario ha predisposto con interventi successivi numerose misure di protezione giuridica e sociale necessarie ad assicurare la tutela dei diritti connessi all'integrale sviluppo della personalità del minore, individuando gli strumenti necessari, quali l'affidamento e l'adozione; i presupposti del loro operare, quali la temporanea inidoneità dell'ambiente familiare e lo stato d'abbandono; gli organi competenti, tra tutti gli enti locali, il Tribunale per i minorenni, il Giudice tutelare.

Tale indirizzo ha trovato ulteriore conferma in quegli interventi del legislatore statale in materia di protezione dell'infanzia, realizzati tra la fine degli anni '90 e i primi anni del decennio successivo, che si sono fatti via via più sistematici e attenti alle indicazioni espresse in ambito internazionale: a titolo di esempio, si richiamano la legge n. 285 del 1997 per la promozione dei diritti e le opportunità dell'infanzia e dell'adolescenza, la legge di riforma dell'adozione internazionale n. 476 del 1998, la legge n. 149 del 2001 di riforma degli istituti di tutela del minore.

Infine, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, le Regioni hanno un ruolo ulteriore nella promozione degli interventi a favore delle famiglie in situazioni di fragilità (Innocenti E., 2007; Rapporto Caritas-Fondazione Zancan, 2007). Le politiche di protezione sociale vedono infatti nel livello regionale una sede di sintesi e di integrazione di numerosi ambiti di intervento (Torchia L., 2005; Balboni E., 2007; Vivaldi E., 2008). Infatti, con riferimento ai servizi per l'infanzia e la famiglia, qui considerati, le Regioni hanno una competenza legislativa piena o concorrente in tutte le principali materie di riferimento (scuola e formazione, interventi sociali, sanità, cultura, politiche per il lavoro, accesso alla casa).

Inoltre, sin da prima della riforma costituzionale, in molte realtà regionali sono state promosse iniziative legislative di esplicito sostegno alla famiglia e all'infanzia, anticipando per contenuti e modalità di intervento i successivi interventi statali, come vedremo nella successiva analisi.

La riforma del titolo V

## Strumenti e metodologia di analisi

Sono stati approfonditi contenuti e strumenti introdotti a livello regionale, con particolare riferimento alle tipologie di intervento previste, ai criteri di accesso, ai processi di valutazione previsti. Ciò permette di valorizzare le esperienze regionali più significative e al tempo stesso delineare meglio confini e potenzialità di una collaborazione mirata tra stato e regioni sul tema oggetto della ricerca.

L'analisi riguarda profili di contenuto e di processo ed è basata su una metodologia e su strumenti che permettano la comparazione delle fonti regionali da entrambi i punti di vista.

In questo modo è possibile in primo luogo creare una sorta di mappa delle fonti, verificando se e quali regioni hanno dedicato azioni specifiche per la famiglia e in quali ambiti di intervento.

L'approfondimento sui contenuti permette una rappresentazione delle misure adottate nelle diverse realtà regionali, la loro caratterizzazione e, più in generale, la possibilità di classificare gli interventi presenti nelle diverse regioni in termini di erogazioni economiche, interventi domiciliari e intermedi a supporto delle famiglie e di contrasto al rischio di allontanamento.

Inoltre, è stata introdotta nella scheda una parte di indicatori relativi alla disciplina di aspetti legati alla presa in carico, utili a promuovere un confronto tra le fonti regionali, relativamente anche al percorso di accesso e di valutazione preliminare alla realizzazione degli interventi.

Per quanto riguarda i profili di processo, questi riguardano più specificamente la ricostruzione della "filiera normativa" regionale. Costituisce parte integrante della ricerca la ricognizione e la verifica di quali e quanti strumenti attuativi sono stati previsti dalle fonti legislative e programmatiche, quali sono stati adottati, con quale livello di coinvolgimento delle istituzioni locali e degli attori sociali.

Si è andati cioè a verificare l'effettivo impatto delle fonti considerate sul sistema regionale e locale, in termini di attuazione di dettaglio e di messa in opera delle previsioni introdotte successivamente alla loro adozione ed entrata in vigore.

In questo modo è stato possibile contestualizzare, seppure in termini "proxy", la portata delle azioni promosse con l'intervento normativo o programmatico nell'ambito del sistema dei servizi e delle concrete azioni di tutela realizzate.

Per realizzare entrambi i livelli di analisi è stata predisposta una griglia unitaria di lettura, applicata alle fonti legislative e programmatiche raccolte. La scheda di rilevazione per l'analisi degli atti regionali evidenzia le seguenti informazioni:

- Regione
- Tipologia di atto e anno di approvazione
- Titolo
- Strumenti attuativi previsti
- Materie/ambiti e Aree di intervento
- Destinatari
- Requisiti di accesso specifico\*
- Valutazione\*
- Elementi oggetto della valutazione\*
- Misure di prevenzione e contrasto al rischio di allontanamento considerate
- Durata massima dell'intervento\*

Contenuti e processo

Aree di indagine

- Risorse organizzative e professionali coinvolte
- Procedimento previsto\*
- Assetto istituzionale
- Competenza all'attuazione\*
- Finanziamento della misura
- Previsione di spesa
- Durata dell'azione regionale\*
- Valutazione di impatto\*

L'asterisco (\*) indica "dove rilevabile"

## I risultati dell'analisi in 10 punti

1. Ampiezza del materiale considerato: è stata riscontrata normativa vigente in tutte le venti regioni, approvata dagli anni '80 ad oggi.
2. Gli interventi legislativi di sistema che incidono sulla materia considerata sono di due tipi: leggi di disciplina dell'ordinamento dei servizi sociali, leggi recanti interventi a tutela dei minori e della famiglia.
3. I provvedimenti di dettaglio censiti sono relativi prevalentemente alla disciplina delle strutture residenziali e semiresidenziali e dell'affidamento.
4. Le affermazioni di principio e le finalità perseguite dagli interventi legislativi sono orientate ai temi della tutela della famiglia, del "best interest" del minore, nonché alla preferenza per gli interventi preventivi e di promozione. Per contro, nella codificazione di dettaglio si rileva una netta prevalenza della disciplina relativa ad interventi di allontanamento (affidamento familiare e presso strutture residenziali, adozione).
5. In termini di contenuto, si riscontra una focalizzazione prevalente, se non esclusiva, su interventi "specialistici" relativi alla tutela del minore in situazioni gravi (abuso, violenza, abbandono), con l'introduzione di norme di dettaglio relative a requisiti di processo e professionali, forme di raccordo tra enti ecc. Risulta invece carente la disciplina degli interventi di sostegno rivolte a situazioni di disagio non ancora connotate da gravità, ma comunque classificabili come a rischio.
6. Numerosi provvedimenti relativi all'attuazione delle forme di allontanamento presuppongono come prerequisito l'inefficacia degli interventi di sostegno e prevenzione realizzati. Malgrado tale specificazione, non sono stati riscontrati contenuti regolativi che riguardano questa fase prodromica all'allontanamento, né con riferimento ai tipi e alle modalità di intervento di promozione della domiciliarità e di prevenzione, né con riferimento agli strumenti e alle modalità di valutazione di efficacia utilizzabili.
7. I riferimenti alla complessità e multifattorialità della situazione di bisogno del minore e della famiglia sono rari: gli elementi relativi alla qualificazione della presa in carico sono riferiti prevalentemente alla situazione del minore da allontanare e alle tipologie di risposta residenziale da porre in essere.
8. Gli attori principali indicati dai provvedimenti analizzati per la presa in carico dei minori in situazioni di disagio e le famiglie sono il servizio sociale professionale, i consultori, i soggetti erogatori di servizi residenziali e semiresidenziali. Le rispettive



responsabilità e funzioni variano secondo il modello organizzativo assunto dalle diverse regioni per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali.

9. La valutazione professionale (o multiprofessionale) e la progettazione personalizzata sono richiamate quali strumenti principali per la presa in carico in quasi tutti gli atti dedicati alla disciplina di misure di tutela dei minori in situazioni di pregiudizio. Il livello di dettaglio rispetto a cosa si intende per “valutazione” e per “progettazione personalizzata” varia notevolmente da provvedimento a provvedimento.
10. L'insieme dei provvedimenti considerati oscilla tra innovazione e diffusione di pratiche condivise: la predisposizione di linee guida per garantire uniformità di trattamento e qualificare la capacità di risposta dei servizi territoriali convive con la promozione di sperimentazioni di nuove forme di risposte per la tutela dei minori, centrate sullo sviluppo di funzioni riabilitative per problemi sociosanitari e di modalità di affidamento alternative alle strutture tradizionali.

## Schede regionali

Regione	<b>Abruzzo</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Anno di approvazione	<b>1989</b>
Titolo	<b>Legge regionale 14 febbraio 1989, n. 15: Norme per l'organizzazione e la gestione di interventi e servizi socio-assistenziali in favore di minori</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Interventi e servizi socio-assistenziali in favore di minori, diretti a prevenire e superare situazioni di bisogno e di emarginazione
Aree di intervento	Fragilità familiare
Destinatari	Minori, aventi la residenza nei Comuni della Regione Abruzzo, che manifestano particolari bisogni di assistenza, di protezione e di educazione, o che sono sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile che impongano, o che rendano necessari, interventi e prestazioni socio-assistenziali, o infine, che si trovano nello stato di bisogno Nuclei familiari
Requisiti di accesso specifico*	Stato di bisogno, ovvero: Insufficienza del reddito familiare Esistenza di circostanze, per le quali il minore venga a trovarsi solo, o situazioni in cui il nucleo familiare del minore non sia in grado di assicurargli l'assistenza necessaria Esistenza di circostanze a causa delle quali il minore solo o il suo nucleo familiare siano esposti a rischio di emarginazione
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure di prevenzione e contrasto al rischio di allontanamento considerate	Informazione, l'orientamento sui servizi e sugli interventi esistenti nel territorio Interventi di assistenza economica Assistenza domiciliare in favore di minori Centro diurno per minori è un centro sociale di tipo aperto, che attua un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione
Durata massima dell'intervento*	Non indicata
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Terzo settore Autorità giudiziaria Operatori sociosanitari
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati Asl Province Consulta regionale di tutela e difesa dei minori, L'osservatorio permanente della condizione minorile
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Abruzzo</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Anno di approvazione	<b>1995</b>
Titolo	<b>Legge regionale 2 maggio 1995, n. 95: Provvidenze in favore della famiglia</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano regionale di intervento Piani locali
Materie/ambiti	Interventi socioassistenziali
Aree di intervento	Fragilità familiare Sostegno ai nuclei con persone in situazioni di disabilità, non autosufficienza ecc. Sostegno e promozione responsabilità familiari e genitoriali
Destinatari	Minori e nuclei familiari
Requisiti di accesso specifico*	Precedenza alle famiglie nelle quali entrambi i coniugi, le gestanti, le madri o le persone sole presentano problemi psichiatrici, di tossicodipendenza o di grave emarginazione sociale
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure di prevenzione e contrasto al rischio di allontanamento considerate	Assistenza di tipo socio-educativa anche domiciliare Assistenza domiciliare Sostegno psicologico o socio-assistenziale per le famiglie, gruppi o categorie di esse, in particolari difficoltà o a rischio Assistenza psicologica e sociale e la consulenza in ordine alle problematiche inerenti i rapporti interpersonali e l'educazione dei figli Segnalazione delle famiglie a rischio ai servizi competenti per il pronto intervento Riserva di alloggi ERP e conferimento prestiti di onore a coppie giovani
Durata massima dell'intervento*	Non indicata
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Terzo settore Associazionismo Operatori sociosanitari
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Consiglio regionale, Commissione regionale per la famiglia Comuni singoli e associati Consultori Asl
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Stanziamiento quantificato per la prima annualità
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Basilicata</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Anno di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>Legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4: Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari Repertorio regionale delle professioni sociali Regolamentazione dell'accreditamento istituzionale Ridelimitazione dei Distretti Socio-Sanitari e degli Ambiti Socio-Territoriali
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Valorizzazione della vita familiare e del contesto di stabili relazioni affettive, nelle forme previste dalla legge, quali dimensioni privilegiate per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona, la promozione dell'autonomia e della vita indipendente delle persone
Destinatari	Personae residenti o domiciliate nel territorio regionale, ivi compresi i cittadini lucani emigrati e le loro famiglie, nonché i minori di qualsiasi nazionalità, le donne straniere in stato di gravidanza e, nel rispetto delle norme dello Stato e degli accordi internazionali, gli stranieri, gli apolidi e i profughi temporaneamente presenti sul territorio regionale, che versino in condizioni contingenti di difficoltà e di bisogno
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di intervento è assicurata alle persone in condizioni di povertà o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze, a quelle con particolari difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché alle persone bisognose di interventi assistenziali a seguito di provvedimenti dell'autorità giudiziaria
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Sostegno alle responsabilità familiari, di tutela materno-infantile e di protezione dei minori e degli adolescenti Segretariato sociale e servizio sociale professionale per l'informazione, la consulenza e la prima assistenza alle persone ed alle famiglie Servizi di assistenza domiciliare per minori Servizi socio-educativi per l'infanzia, l'adolescenza
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Rete dei servizi sociosanitari
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati Asl Regione
Finanziamento della misura	Fondi statali, regionali, locali e comunitari Progetti di cooperazione pubblico-privata per la creazione di Fondazioni comunitarie aventi obiettivi statuari di promozione sociale, ovvero per la realizzazione di iniziative di finanza etica anche mediante l'emissione di titoli di solidarietà
Previsione di spesa	Stanziamiento non quantificato Indicazione di UPB regionali di riferimento per il finanziamento
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Art. 20 Clausola valutativa

Regione	<b>Basilicata</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta Regionale</b>
Anno di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 19 novembre 2007, n. 1625, Legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4, art. 31, comma 9 - Approvazione Linee-guida per la concessione di provvidenze economiche a favore di minori naturali</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Minori con status di figli naturali in situazioni di fragilità personale ed economica
Destinatari	Donne nubili italiane o straniere con figli naturali riconosciuti individualmente e in situazione di deprivazione economica
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale e amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione economica Situazione sociofamiliare
Misure considerate	Erogazione di contributi economici Servizi di sostegno alla cura e di inserimento lavorativo della madre al compimento del 3 anno di età del minore
Durata massima dell'intervento*	Corresponsione del contributo economico fino al 18mo anno di età del figlio, salva variazione della situazione socioeconomica
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizio sociale comunale
Procedimento previsto*	Elaborazione di Progetto di Vita individualizzato da parte del servizio sociale professionale: valutazione professionale e progettazione personalizzata di interventi per il minore e il nucleo familiare, integrazione con interventi socio educativi eventualmente previsti, previsione di verifica e adeguamento annuale
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Basilicata</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta Regionale</b>
Anno di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>D.G.R. 23 aprile 2008, n. 517: Linee di indirizzo regionali per l'affidamento familiare</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Minori a rischio
Destinatari	Famiglie in situazioni di fragilità sociale con minori a rischio di allontanamento Minori in situazioni di precarietà/inadeguatezza familiare
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Interventi di sostegno alla famiglia in chiave preventiva rispetto all'affidamento, provvedimento da assumere solo in caso di fallimento di progetti individualizzati di intervento nel nucleo familiare di origine Affidamento part time
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Rete dei servizi sociosanitari
Procedimento previsto*	Per affidamento part time: predisposizione di progetto individualizzato comprensivo degli interventi di sostegno alla famiglia e al minore prima, durante e dopo il periodo di affidamento parziale
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni associati Asl Regione Autorità giudiziaria Istituti scolastici Provincia
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Basilicata</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Anno di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 26 giugno 2009, n. 18: Istituzione del Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Organizzazione regionale
Aree di intervento	Tutela dei minori
Destinatari	Minori e famiglie Pubbliche amministrazioni
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Interventi diretti di tutela di minori in situazioni di rischio o di disagio Interventi in procedimenti amministrativi relativi ai temi della tutela e della prevenzione del disagio minorile, azioni di comunicazione, formulazione di proposte e pareri
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Ufficio del garante, comitato consultivo, rete dei servizi socio-sanitari
Procedimento previsto*	
Assetto istituzionale	Ufficio regionale
Competenza all'attuazione*	Ufficio regionale (con la collaborazione di amministrazioni e servizi territoriali)
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	40.000 euro/anno (previsionale)
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	Prevista la presentazione di una relazione annuale al consiglio regionale sulle funzioni svolte

Regione	<b>Calabria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>Legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23: Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)</b>
Strumenti attuativi previsti	Atti di indirizzo per applicazione omogenea dell'ISEE Regolamento di definizione delle tipologie di servizio da garantire nel territorio regionale Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Sistema dei servizi
Destinatari	Cittadini italiani e stranieri in situazioni di bisogno sociale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Valutazione professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare Condizione economica
Misure considerate	Misure di sostegno alle responsabilità familiari Misure di sostegno alla donna in difficoltà Misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare e servizi di accompagnamento Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi Interventi di sostegno per i minori in situazione di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Sistema dei servizi sociosanitari
Procedimento previsto*	Predisposizione di un progetto personalizzato come requisito procedimentale per la presa in carico da parte dei servizi
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati Provincia Azienda sanitaria locale Regione
Finanziamento della misura	Fondi statali; Fondo sociale regionale; Fondo sociale locale.
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--



Regione	<b>Calabria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>Legge regionale 2 febbraio 2004, n. 1: Politiche regionali per la famiglia</b>
Strumenti attuativi previsti	Regolamento di attuazione approvato dalla Giunta Regionale "Banca dati di mutuo aiuto"
Materie/ambiti	Servizi sociali ed educativi
Aree di intervento	Sostegno alla formazione e allo sviluppo delle famiglie, con particolare riferimento ai nuclei in situazione di fragilità e disagio
Destinatari	Nuclei familiari
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Valutazione professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare Condizione economica
Misure considerate	Interventi finanziari (contributi e prestiti di onore) Servizi di sostegno Ampliamento delle funzioni consultoriali e dei servizi per l'infanzia Sportelli famiglia presso i Comuni con le funzioni di: attività di prevenzione degli stati di disagio, sostegno ai nuclei minorili in situazioni di difficoltà
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Sistema dei servizi sociosanitari
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati Azienda sanitaria locale Regione
Finanziamento della misura	Fondi comunitari, statali e regionali
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Calabria</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 9 novembre 2007, n. 706: Linee-Guida sull'affidamento familiare della Regione Calabria. Revoca Delib.G.R. n. 474/2002</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Tutela dei minori
Destinatari	Minori a rischio presenti nel territorio regionale e nuclei familiari
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare del minore e del nucleo familiare di origine (dettaglio documentazione e contenuti della valutazione e della progettazione riferiti esclusivamente all'avvio del procedimento di affido)
Misure considerate per prevenzione di rischio allontanamento	Affidamento familiare parziale (diurno, periodico) Interventi di sostegno alle famiglie a rischio per prevenire allontanamento (in termini generali)
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali, autorità giudiziaria, servizio affidi, centro affidi
Procedimento previsto*	Specificato in riferimento al solo affidamento
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni Autorità giudiziaria Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	Riferimento a quote giornaliere di contributo alle famiglie affidatarie
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Campania</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>D.G.R. 30 aprile 2004, n. 644: Linee d'indirizzo per l'affidamento familiare</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Tutela dei minori
Destinatari	Minori, italiani e stranieri, in situazione di rischio ed emarginazione sociale e familiare residenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare
Modalità di intervento*	Progettazione socio-educativa personalizzata
Misure considerate	Affidamento part time (intervento di sostegno alla famiglia e di appoggio al minore, per alcuni momenti della giornata o della settimana)
Durata massima dell'intervento*	Non indicato con riferimento ad intervento specifico - previsione di affidamento sine die
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizio affido d'ambito
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	I Comuni, aggregati negli ambiti territoriali istituiti ai sensi della legge 328/00 Le Aziende Sanitarie Locali; Le Amministrazioni Provinciali I Giudici Tutelari ed i Tribunali per i Minorenni
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	Riferita alla contribuzione economica a favore delle famiglie affidatarie
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Campania</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>Regolamento reg. 18 dicembre 2006, n. 6: Regolamento concernente i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, persone diversamente abili e minori</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Servizi residenziali e semiresidenziali rivolti ad anziani, persone disabili e minori in situazioni di fragilità sociale e familiare
Destinatari	Soggetti erogatori dei servizi, enti locali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Modalità di intervento*	--
Misure considerate	Centro diurno polifunzionale (attività di ascolto, sostegno alla crescita, accompagnamento, orientamento, socializzazione, sostegno e supporto alle famiglie) Centri socio educativi semiresidenziali (finalizzati a favorire l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione attraverso l'integrazione delle attività formative e scolastiche con servizi e prestazioni sociali ed educative, ospitano minori dai 3 ai 18 anni)
Durata massima dell'intervento*	Fino ai 21 anni di età (servizi per minori)
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Educatori professionali e operatori di assistenza
Procedimento previsto*	I piani individuali d'intervento nei servizi rivolti ai minori: integrazione con altri servizi, interventi, prestazioni, di cui il minore può utilmente fruire da parte di altri soggetti della rete territoriale, elaborazione di concerto con i servizi sociali competenti
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni Azienda sanitaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Campania</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>D.G.R. 13 dicembre 2006 - Deliberazione N. 2063 Programma Regionale Europeo Triennale per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Tutela dei minori
Aree di intervento	Interventi di sostegno a famiglie con minori
Destinatari	Famiglie con minori residenti nei territori individuati
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	Per adozione sociale di madri e nascituri: l'età materna, la scolarità materna; la famiglia monoparentale; l'abitazione precaria/coabitazione; la disoccupazione paterna; la presenza di malattie croniche o invalidanti; uno o entrambi i genitori extracomunitari; uno o entrambi i genitori dipendenti da alcool e/o droghe
Misure considerate	Programmi di adozione sociale da parte dei servizi territoriali e delle organizzazioni sociali nei confronti di donne con nascituri in situazioni di rischio sociale: attivare percorsi facilitanti il processo di attaccamento madre – bambino; favorire il rafforzamento dell'autostima e l'emergenza delle competenze innate nell'accudimento del neonato; garantire il sostegno emotivo alle partorienti e alle puerpere e rilevarne i bisogni; identificare tempestivamente le condizioni che necessitano di interventi assistenziali mirati per cui attivare una rete sociosanitaria in un quadro di "dimissione protetta"; informare tutte le donne sui servizi territoriali presenti e facilitarne l'accesso
Durata massima dell'intervento*	Triennio
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Punti nascita, istituzioni territoriali sanitarie e sociali (UOMI, Servizi Sociali Territoriali) I consultori familiari
Procedimento previsto*	Procedure di accoglienza e dimissione sociosanitaria alla nascita; accoglienza di tutti i nuovi nati sul territorio entro 20 giorni dalla nascita; sostegno/ accompagnamento alle famiglie a rischio mediante tutor; monitoraggio e valutazione delle procedure e dei risultati del sostegno/accompagnamento
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Partenariati: Asl, Comuni singoli o associati, altri soggetti pubblici e privati
Finanziamento della misura	Regionale (comunitario?)
Previsione di spesa	Determinata per il triennio
Durata dell'azione regionale*	Triennale
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Campania</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>Legge regionale del 23 ottobre 2007, n. 11: Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale regionale Atto di organizzazione dei servizi di segretariato sociale e di porta unica di accesso
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Generalità dei bisogni sociali Aree specifiche ai fini della ricerca: responsabilità familiari, donne in difficoltà, diritti dei minori, maternità
Destinatari	Cittadini italiani e stranieri residenti nel territorio regionale Profughi, stranieri senza permesso di soggiorno, apolidi a coloro che occasionalmente si trovano sul territorio della Regione limitatamente a misure di pronto intervento
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di accesso (criteri generali): soggetti in condizione di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico o psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Servizio sociale professionale e segretariato sociale, per informazione, consulenza e presa in carico al singolo e ai nuclei familiari Assistenza domiciliare; strutture semiresidenziali Misure di contrasto alla povertà Interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari Misure per sostenere le responsabilità familiari e misure di sostegno alle donne e alle madri in difficoltà Politiche per il sostegno alle responsabilità familiari e per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza: sostenere le famiglie nel compito genitoriale e promuovere forme di auto-aiuto, di cooperazione e di associazionismo; sostenere le famiglie nelle diverse fasi del ciclo di vita e in particolari situazioni di criticità; promuovere misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali, riservando particolare attenzione alle famiglie multi problematiche; sostenere le famiglie attraverso politiche abitative e di promozione della natalità, dell'affidamento e dell'adozione; tutelare i bambini e le bambine nel campo educativo, formativo, lavorativo e del tempo libero, con particolare attenzione ai minori con disabilità e alle loro famiglie, promuovere servizi volti a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Sistema dei servizi territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati in coordinamento istituzionale d'ambito Regioni
Finanziamento della misura	Risorse statali, risorse regionali, risorse del sistema delle autonomie locali; risorse provenienti da organismi dell'Unione europea; risorse provenienti da altri soggetti del settore pubblico o privato (iniziative di finanza etica)
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Campania</b>
Tipologia di atto	<b>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>DPGR 23 novembre 2009 n.16: Regolamento di attuazione Legge regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328"</b>
Strumenti attuativi previsti	
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Generalità degli interventi sociali
Destinatari	Soggetti pubblici e privati erogatori di servizi sociali Organizzazioni di volontariato
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Disciplina di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali rivolti a minori, adulti, anziani, famiglie in situazione di disagio o rischio sociale Istituzione dell'albo dei soggetti abilitati Funzionamento dei centri servizio per il volontariato, disciplina dell'albo delle organizzazioni, istituzione della consulta del terzo settore Istituzione dell'ufficio di tutela degli utenti
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Sistema dei servizi territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Emilia-Romagna</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>L.R. 12 marzo 2003, n. 2: Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale regionale e piani di zona Atto di trasferimento agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali Disciplina dei servizi semiresidenziali e residenziali
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Generalità delle situazioni di bisogno sociale
Destinatari	I cittadini italiani; i cittadini dell'Unione europea, nel rispetto degli accordi internazionali vigenti; gli stranieri, gli apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale, i minori stranieri o apolidi; persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a interventi non differibili
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Consulenza e sostegno alle famiglie e a chi assume compiti connessi al lavoro di cura ed alle responsabilità; genitoriali, anche attraverso la disponibilità di servizi di sollievo; servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità Servizi e interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni e responsabilità di cura Servizi d'informazione, di ascolto ed orientamento sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e le risorse del sistema locale e sulle modalità di accesso; misure di contrasto delle povertà e di sostegno al reddito
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali
Procedimento previsto*	Per bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi o soggetti, i competenti servizi attivano gli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale e per la predisposizione del programma assistenziale individualizzato, compresi il progetto individuale per le persone disabili ed il progetto educativo individuale per i minori in difficoltà
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Enti locali singoli e associati Azienda sanitaria Regione
Finanziamento della misura	Fondi statali; fondo sociale regionale; fondo sociale locale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Art. 51 Monitoraggio ed analisi d'impatto



Regione	<b>Emilia-Romagna</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>L.R. 28 luglio 2008, n. 14: Norme in materia di politiche per le giovani generazioni</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Politiche e interventi di promozione e tutela di infanzia a adolescenza
Aree di intervento	Interventi per il Benessere, salute e partecipazione della popolazione minorile e giovanile
Destinatari	Minori, adolescenti e giovani presenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Offerta territoriale per il tempo libero e opportunità educative Centri per le famiglie (informazioni utili alla vita quotidiana, al sostegno delle competenze genitoriali, sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, integrazione e potenziamento dell'attività dei servizi territoriali e specialistici finalizzata alla prevenzione del disagio familiare e infantile e alla tutela dei bambini e dei ragazzi) Consulenza ai servizi sociali e sanitari di base; presa in carico complessiva del caso, quando la sua gravità suggerisce interventi integrativi a quelli di rilevazione, osservazione, valutazione, protezione, terapia avviati dal servizio territoriale; accompagnamento del minore nell'eventuale percorso giudiziario; supervisione specifica agli adulti della comunità o della famiglia affidataria che accoglie il bambino; terapia familiare al nucleo genitoriale e terapia riparativa al bambino o ragazzo Livelli di prevenzione: promozione dell'agio ed educazione alla legalità e al rispetto reciproco; monitoraggio e intervento sulle situazioni di rischio; protezione e riparazione del danno, anche per evitarne la reiterazione un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive ed educative, eventualmente compromesse, e in vista di un loro recupero
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali: assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra ed altre figure Équipe specialistiche di secondo livello: assistente sociale, psicologo esperto nei problemi dei minori, neuropsichiatra infantile ed educatore La funzione di coordinamento garantita dall'ufficio di piano
Procedimento previsto*	La metodologia del lavoro di équipe, che consente l'integrazione delle professioni sociali, educative e sanitarie; presa in carico, progettazione individualizzata e valutazione dell'esperienza
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni Provincia Regione (Osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani)
Finanziamento della misura	Regionale (anche con fondi di leggi di settore)
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Art. 46 Clausola valutativa

Regione	<b>Emilia-Romagna</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera consiglio regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>Delib.Ass.Legisl. 22 maggio 2008, n. 175: Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 (Proposta della Giunta regionale in data 1° ottobre 2007, n. 1448)</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali e sanitari
Aree di intervento	Sistema regionale dei servizi sociali e sanitari
Destinatari	Minori e famiglie presenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Interventi di promozione sociale e sostegno alle funzioni di cure familiari in area abitativa, lavorativa, fiscale e dei servizi sociosanitari ed educativi Consolidamento della rete regionale dei centri per le famiglie (agenzie comunali a sostegno e promozione delle famiglie con figli): informazione sui servizi, azione di promozione culturale e supporto alle competenze genitoriali e al loro esercizio, forme di sostegno economico) Sostegni abitativi, promozionali e di aiuto a famiglie monogenitoriali con figli Sviluppo della rete dei consultori e delle funzioni di sostegno psicologico e sociale alle famiglie Interventi di contrasto alla povertà e al rischio di esclusione sociale: azioni formative e di accompagnamento al lavoro Rapportare i servizi educativi e la scuola alla dimensione sociale, sanitaria, sportiva, culturale, ricreativa Promozione di nuove tipologie di comunità semiresidenziali, al fine di evitare l'allontanamento del minore dalla propria famiglia e dal proprio ambiente Promozione e formazione presso le scuole di referenti per l'accoglienza, in grado di coordinare e supportare l'azione degli insegnanti che sono chiamati ad accogliere bambini portatori di una condizione familiare particolare
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Operatori sociali, socio educativi e sanitari: consultori, servizi territoriali, centri famiglia
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni Aziende sanitarie Provincia
Finanziamento della misura	Misto: fondi nazionali, regionali, locali, comunitari A livello locale, possibile confluenza di risorse private
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Triennio 2008-2010
Valutazione di impatto*	Demandata a coordinamenti regionali e gruppi interassessorili dedicati

Regione	<b>Friuli Venezia Giulia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1993</b>
Titolo	<b>Legge regionale 24 giugno 1993, n. 49: Norme per il sostegno delle famiglie e per la tutela dei minori</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari
Aree di intervento	Sostegno alla formazione della famiglia e alla genitorialità, tutela dei minori
Destinatari	Servizi territoriali Famiglie e minori presenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Istituzione del tutore pubblico dei minori (compiti di segnalazione) Rafforzamento rete consultori e integrazione con servizi sociali territoriali per interventi di sostegno e prevenzione
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinato su base annua
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Friuli Venezia Giulia</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>DGR 3235 DD. 29 novembre 2004: Progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva. Approvazione definitiva</b>
Strumenti attuativi previsti	Piani annuali di attuazione
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari
Aree di intervento	Sostegno alla genitorialità, tutela dei minori, organizzazione dei servizi area materno-infantile
Destinatari	Servizi territoriali Famiglie e minori presenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Presenza in carico dei minori multiproblematici e delle famiglie  Rafforzamento e integrazione della rete territoriale dei servizi sanitari, sociali ed educativi per interventi preventivi e di sostegno
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Consultori familiari, servizi di psicologia e/o neuropsichiatria, PLS e servizi sociali dei comuni dedicati, le Unità operative ospedaliere ed, eventualmente, i servizi per gli adulti quali SERT, Alcologia e CSM.
Procedimento previsto*	Professionale: presa in carico della famiglia in difficoltà con l'attivazione di un progetto integrato tra i servizi coinvolti che preveda un programma di tutela, sotto il profilo psicologico, socio-assistenziale ed educativo del bambino e all'adolescente nel nucleo familiare, per evitare l'allontanamento e l'istituzionalizzazione
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	Regionale (fondi statali e regionali) Comunale
Previsione di spesa	Determinato su base annua
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Prevista con elenco indicatori di riferimento (all.b)

Regione	<b>Friuli Venezia Giulia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6: Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale regionale e piani di zona Regolamento regionale per la ripartizione dei fondi (sociale e per assistenza a lungo termine) Determinazione prestazioni sociosanitarie Regolamento su autorizzazione strutture e servizi
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari
Aree di intervento	Sostegno alla genitorialità e alla famiglia, tutela dei minori
Destinatari	Cittadini italiani temporaneamente presenti; stranieri legalmente soggiornanti ai sensi del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero); richiedenti asilo, rifugiati e apolidi; minori stranieri e donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvedono. Le persone comunque presenti nel territorio della regione hanno diritto agli interventi di assistenza urgenti
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito Interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari Misure per il sostegno delle responsabilità familiari Misure di sostegno alle donne in difficoltà Il sostegno socio-educativo nelle situazioni di disagio sociale Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire l'accesso e la fruizione dei servizi
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali sociosanitari
Procedimento previsto*	Professionale
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali (comuni singoli e associati, provincia) Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	Risorse stanziato dallo Stato, dalla Regione, dagli enti locali, dagli altri enti pubblici e dall'Unione europea, nonché con risorse private
Previsione di spesa	Determinato su base annua
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Art. 61 (Clausola valutativa)

Regione	<b>Friuli Venezia Giulia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11: Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità (come modificata da L.R. 15 dicembre 2006, n. 28)</b>
Strumenti attuativi previsti	Regolamento regionale per sostegno regionale agli interventi a favore della famiglia in formazione
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari
Aree di intervento	Sostegno alla genitorialità e alla famiglia, tutela dei minori
Destinatari	Famiglie, coppie giovani e minori residenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale e amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare, situazione economica
Misure considerate	Supporto alle funzioni di educazione, accudimento e di reciproca solidarietà svolte dalle famiglie Sviluppo ed articolazione di servizi di facile accessibilità, per collocazione territoriale e orario, destinati all'orientamento del nucleo familiare in relazione al sistema dei servizi e delle prestazioni Potenziamento dei servizi consultoriali, tesi a garantire un'offerta ampia di sostegni alle più diverse difficoltà delle relazioni familiari Assistenza sanitaria, psicologica e sociale, anche domiciliare, alle donne e alle famiglie in situazione di rischio sanitario e psicosociale, prima del parto e nel periodo immediatamente successivo, anche su segnalazione dei punti nascita Consulenza e assistenza psicologica e sociale nelle situazioni di disagio familiare derivante da nuovi assetti familiari, da separazioni e da divorzio, anche attraverso la predisposizione di percorsi di mediazione familiare Sostegno alle gestanti in situazioni di disagio socio-economico per la durata del periodo della gravidanza e per i primi sei mesi di vita del bambino Nell'ambito dell'attuazione del reddito di base e dei progetti di inclusione per la cittadinanza: modalità per sostenere i genitori o il genitore, con uno o più figli minori, il cui reddito sia ridotto a causa di perdita di lavoro, inabilità o decesso/abbandono del nucleo da parte del titolare di reddito Sostegno del genitore affidatario del figlio minore, nei casi di mancata corresponsione, da parte del genitore obbligato, delle somme destinate al mantenimento del minore nei termini e alle condizioni stabilite dall'autorità giudiziaria
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali sociosanitari (servizio sociale, consultori, servizi sanitari)
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	Risorse stanziato dallo Stato, dalla Regione, dagli enti locali, dagli altri enti pubblici e dall'Unione europea, nonché con risorse private
Previsione di spesa	Determinato su base annua
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Art. 24 Valutazione degli interventi (triennale)

Regione	<b>Friuli Venezia Giulia</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di giunta</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 7 dicembre 2007, n. 3038: Piano regionale di azione per la tutela dei minori nel sistema integrato dei servizi 2008-2009. Approvazione preliminare</b>
Strumenti attuativi previsti	Linee guida procedurali a valenza tecnica e amministrativa per le aree di intervento individuate: minori fuori famiglia in affido familiare, adozione e comunità, minori stranieri non accompagnati, minori interessati da problematiche legate a maltrattamento e abuso Istituzione di un coordinamento tecnico regionale per l'infanzia e l'adolescenza
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari
Aree di intervento	Tutela dei minori
Destinatari	Minori italiani e stranieri "della regione"
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale e amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare, situazione economica
Misure considerate	Nessuna per prevenire allontanamento
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	--
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Friuli Venezia Giulia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 12 febbraio 2009, n. 3: Modifica dell'articolo 9 bis della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità), riguardante interventi di sostegno al mantenimento dei minori</b>
Strumenti attuativi previsti	Regolamento
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Tutela dei minori
Destinatari	Minore e genitore affidatario, in caso di mancato adempimento degli obblighi di mantenimento da parte dell'altro genitore
Requisiti di accesso specifico*	Inadempimento qualificato dell'obbligo di mantenimento, seguito dall'infruttuoso esperimento dei mezzi giudiziari disponibili da parte del genitore affidatario
Valutazione*	Economico amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	ISEE inferiore a 20.000 euro
Misure considerate	Prestazione monetaria
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali
Procedimento previsto*	Presentazione della richiesta di integrazione economica, valutazione della situazione economica e dei requisiti richiesti, erogazione della prestazione
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Comunale
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--



Regione	<b>Lazio</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1996</b>
Titolo	<b>L.R. 9 settembre 1996, n. 38: Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio</b>
<b>Strumenti attuativi previsti</b>	Regolamento di attuazione della legge Piano sociale regionale e programmazione di zona Indirizzi attuativi agli enti locali
<b>Materie/ambiti</b>	Servizi sociali
<b>Aree di intervento</b>	Generalità dei bisogni sociali
<b>Destinatari</b>	I cittadini, gli stranieri comunitari ed extracomunitari e gli apolidi, residenti nella regione Lazio Cittadini, agli stranieri ed agli apolidi temporaneamente presenti nel territorio della regione, allorché si trovino in condizioni di difficoltà tali da non consentirne l'attuazione da parte dei competenti servizi
<b>Requisiti di accesso specifico*</b>	--
<b>Valutazione*</b>	--
<b>Elementi oggetto della valutazione*</b>	--
<b>Misure considerate</b>	Prevenzione di situazioni individuali e collettive di disagio ed emarginazione sociale Sostegno della famiglia, alla protezione della maternità, all'assistenza e tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva Iniziativa di tipo educativo, culturale, ricreativo e di tempo libero per la soddisfazione delle esigenze anche relazionali e per prevenire fenomeni di emarginazione di soggetti o gruppi a rischio Assistenza economica a carattere di continuità, qualora siano finalizzati all'integrazione del reddito del singolo o del nucleo familiare per il soddisfacimento dei bisogni primari Assistenza domiciliare per nuclei familiari con componenti a rischio di emarginazione, con particolare riguardo a soggetti in età evolutiva Interventi per esigenze abitative per prevenire situazioni di emarginazione e segregazione di individui o di disgregazione di nuclei familiari Centro diurno
<b>Durata massima dell'intervento*</b>	--
<b>Risorse organizzative e professionali coinvolte</b>	Servizi sociali e sociosanitari
<b>Procedimento previsto*</b>	--
<b>Assetto istituzionale</b>	--
<b>Competenza all'attuazione*</b>	Regione; Province; città metropolitana; Comuni; Comunità montane Aziende sanitarie
<b>Finanziamento della misura</b>	Regionale (confluenza fondi di settore)
<b>Previsione di spesa</b>	Indicazioni UPB di riferimento
<b>Durata dell'azione regionale*</b>	--
<b>Valutazione di impatto*</b>	Valutazione dell'attuazione del piano regionale e della legge (artt. 53 e 59)

Regione	<b>Lazio</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2001</b>
Titolo	<b>L.R. 7 dicembre 2001, n. 32: Interventi a sostegno della famiglia</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Famiglia
Destinatari	Famiglie e coppie residenti nella regione Enti locali
Requisiti di accesso specifico*	L'ordine di priorità degli aventi titolo è stabilito sulla base del quoziente familiare (Ise e componenti pesati del nucleo familiare)
Valutazione*	Amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Componenti nucleo e situazione economica
Misure considerate	Sportelli per la famiglia, che assicurino attività di supporto per agevolare la conoscenza delle norme e dei provvedimenti nazionali, regionali e locali in materia di politiche familiari e l'accesso ai servizi rivolti ai nuclei familiari Sviluppo servizi socio-educativi territoriali Misure di sostegno economico alle famiglie giovani
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni Regione
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Definita e quantificata per la prima annualità
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Lazio</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>L.R. 12 dicembre 2003, n. 41: Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali</b>
Strumenti attuativi previsti	Deliberazioni di giunta regionale relative a requisiti strutturali, organizzativi e operativi delle strutture residenziali e semiresidenziali Regolamento di disciplina delle procedure di autorizzazione
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	--
Destinatari	Soggetti erogatori di servizi pubblici e privati
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Le strutture a ciclo semiresidenziale per minori (non specificate), in cui sono garantiti la somministrazione dei pasti; le attività ricreative, educative, culturali ed aggregative
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	Piano personalizzato educativo-assistenziale
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Lazio</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>Delib.G.R. 23 dicembre 2004, n. 1304: Requisiti per il rilancio dell'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi di Mensa sociale e di Accoglienza notturna, servizi per la vacanza, servizi di pronto intervento assistenziale e Centri diurni, di cui all'articolo 2, lettera a), punto 2, della L.R. n. 41/2003</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Definizione di requisiti strutturali, organizzativi e di processo dei servizi sottoposti ad autorizzazione
Destinatari	Soggetti erogatori di servizi pubblici e privati
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Centri diurni per minori Attività specifiche previste: attività espressive (teatro, musica, arti grafiche, animazione, bricolage ecc.), di formazione-informazione (supporto scolastico, attività di formazione specialistiche e/o di informazione culturale generale), comunicazione-relazione, all'interno dei gruppi ed all'esterno, con il territorio (animazione, gruppi di autogestione, comunicazione interna e/o mediatica ecc.), attività ludico-motorie
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Educatori professionali, animatori
Procedimento previsto*	Piano personalizzato educativo-assistenziale e di servizio
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Lazio</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>Delib.G.R. 3 agosto 2006, n. 500: Piano di utilizzazione biennale 2006-2007 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socio-assistenziali. Approvazione documento concernente "Linee-guida ai comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali"</b>
Strumenti attuativi previsti	Programmazione di zona
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Finanziamento del sistema dei servizi
Destinatari	Enti locali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Distribuzione del fondo regionale per l'attuazione del piano sociale regionale: una quota è destinata al finanziamento di specifici progetti comunali di interesse regionale di integrazione sociale per minori in famiglia con particolari problematiche psicosociali Una quota non inferiore all'11,5% deve essere destinata agli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza di cui alla legge n. 285/1997 (promozione e prevenzione, tutela, continuità nella presa in carico, interventi domiciliari ed educativi, di interventi di sostegno alla frequenza scolastica, di istituzione e/o potenziamento di servizi territoriali per l'accoglienza diurna)
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Biennale
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Liguria</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento</b>
Data di approvazione	<b>2005</b>
Titolo	<b>Regolamento reg. 2 dicembre 2005, n. 2: Tipologie e requisiti delle strutture residenziali, semi-residenziali e reti familiari per minori e specificazione per i presidi di ospitalità collettiva</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Strutture per minori a rischio
Destinatari	Soggetti erogatori pubblici e privati
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Centri Socio Educativi Diurni: luoghi di accoglienza che prestano servizio a favore di minori che si trovano in una situazione di rischio evolutivo e per i quali il progetto di prevenzione e sostegno non necessita di un allontanamento dal nucleo familiare d'origine Centri di aggregazione: offerta strutturata di carattere educativo e di animazione, per minori i cui bisogni afferiscono all'area della prevenzione e si definiscono in termini di socializzazione, accompagnamento scolastico e animazione del tempo libero
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Personale con profilo di educatore, coordinatore, volontari
Procedimento previsto*	Per ogni minore accolto è redatto, di concerto con il servizio inviante, un progetto personalizzato
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Liguria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12: Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale integrato regionale e programmazione locale (distretto e ambito) Provvedimenti di attuazione per istituzione organismi previsti dalla legge
Materie/ambiti	Servizi sociali e socio-sanitari
Aree di intervento	Sistema integrato
Destinatari	Persone residenti nel territorio della regione Stranieri con permesso umanitario di cui all'art. 18 e di cui all'art. 41 T.U. 286/98; minori di qualsiasi nazionalità, richiedenti asilo; stranieri cui è stato riconosciuto lo status di rifugiato. Alle persone dimoranti nel territorio della regione sono erogati interventi di prima assistenza Gli interventi e i servizi destinati ai componenti delle famiglie, specie se anziani, disabili, minori, sono estesi ai componenti dei nuclei di persone legate da vincoli di parentela, affinità, adozioni, tutela e da altri vincoli solidaristici, purché aventi una convivenza abituale e continuativa nella stessa dimora.
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di accesso ex legge n. 328/2000
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie, prestazioni di servizio sociale per la presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e socio-sanitari Misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare Misure di sostegno alle responsabilità familiari e di tutela dei diritti del minore Attività di tutela, assistenza e consulenza a sostegno dei minori con genitori parzialmente inadeguati o assenti
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali socio-sanitari
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni singoli e associati Provincia Azienda sanitaria
Finanziamento della misura	Misto: regionale, statale, comunitario (anche risorse private)
Previsione di spesa	Determinata per l'annualità
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Liguria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 9 aprile 2009, n.6: Promozione delle politiche per i minori e i giovani</b>
Strumenti attuativi previsti	Linee guida su standard autorizzativi e accreditamento Programmazione sociale regionale e locale
Materie/ambiti	Servizi sociali ed educativi per minori e giovani
Aree di intervento	Minori e giovani
Destinatari	Minori, giovani e famiglie
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Interventi e servizi socio-educativi, ricreativi e sociali (residenziali, semiresidenziali, diurni, domiciliari) Forme di sostegno economico per giovani famiglie e genitori Accesso agevolato alla casa
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali, soggetti del terzo settore, gestori pubblici e privati di servizi
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Province Comuni
Finanziamento della misura	Definito
Previsione di spesa	Annuale (1.500.000,00 euro)
Durata dell'azione regionale*	---
Valutazione di impatto*	Previsto un obbligo di relazione periodica alla commissione consiliare competente da parte della Giunta sullo stato di attuazione della legge



Regione	<b>Lombardia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1999</b>
Titolo	<b>L.R. 6 dicembre 1999, n. 23: Politiche regionali per la famiglia</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi e interventi sociali
Aree di intervento	Misure di sostegno alla famiglia
Destinatari	La famiglia così come definita dagli artt. 29 e 30 della Costituzione, nonché quella composta da persone unite da vincoli di parentela, adozione o affini
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione economica e familiare
Misure considerate	Prestiti sull'onore, alle famiglie in situazione di temporanea difficoltà economica, per il finanziamento di spese relative a tutte le necessità della vita familiare, comprese quelle abitative Sviluppo dei servizi socio-educativi per bambini
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali sociosanitari
Procedimento previsto*	Predisporre ed organizzare, per ogni famiglia che lo richieda, un piano personalizzato di sostegno psicologico, socio-assistenziale e sanitario, utilizzando le risorse di enti pubblici e di privato sociale, di volontariato, nonché le reti informali di solidarietà
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Dipartimenti per le attività sociosanitarie integrate (Assi)
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata e quantificata (per anno 2000)
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Lombardia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>Legge regionale 14 dicembre 2004, n. 34: Politiche regionali per i minori</b>
Strumenti attuativi previsti	Provvedimenti attuativi relativi agli organismi istituiti dalla legge regionale
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari ed educativi
Aree di intervento	Sostegno e tutela dei minori
Destinatari	Minori della regione
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Attività educative, aggregative e ricreative che concorrono alla promozione del benessere dei minori; in particolare servizi ed interventi socio-educativi per la prima infanzia, servizi ed interventi ludico-ricreativi per l'infanzia e di aggregazione per adolescenti, servizi ed interventi per il sostegno delle funzioni genitoriali, ivi compresi gli interventi di accompagnamento allo studio e di prevenzione della dispersione scolastica, l'assistenza domiciliare ai minori, il sostegno all'integrazione sociale e scolastica Attività volte a rimuovere le cause del disagio e a tutelare il minore in caso di inesistenza o di inadeguatezza della famiglia (interventi e servizi diurni) Attività, ivi compresa la mediazione familiare, svolte dai consultori familiari e adolescenziali
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali, sociosanitari ed educativi
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Servizi sociosanitari
Finanziamento della misura	Fondi nazionali e regionali
Previsione di spesa	Determinata su base annua
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Lombardia</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di Giunta</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>D.G.R. 23 dicembre 2004, n. 7/20100: Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela di minori vittime di violenza</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Interventi di prevenzione di situazioni di violenza, sostegno a minori vittime di violenza
Destinatari	Minori e famiglie Servizi territoriali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Azioni di riduzione del rischio nei nuclei familiari in situazioni di emarginazione ed esclusione Azioni di sensibilizzazione di adulti per la rilevazione dei segnali di malessere di minori Formazione specifica degli operatori dei servizi coinvolti
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Consultori, servizi sociosanitari territoriali, operatori scolastici ed educativi
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni Regione Autorità giudiziaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Lombardia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>Legge regionale 12 marzo 2008, n. 3: Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociosanitario regionale Programmazione locale Provvedimenti attuativi di dettaglio
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Disciplina del sistema integrato dei servizi
Destinatari	I cittadini italiani residenti nei comuni della Lombardia e gli altri cittadini italiani e di Stati appartenenti all'Unione europea (UE) temporaneamente presenti; i cittadini di Stati extra UE in regola con le disposizioni che disciplinano il soggiorno e residenti in Lombardia, i profughi, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli stranieri con permesso umanitario ai sensi del d.lgs 25 luglio 1998, n. 286, gli apolidi, i rimpatriati e comunque coloro che beneficiano di una forma di protezione personale, riconosciuta a livello internazionale; le persone diverse da quelle indicate, comunque presenti sul territorio della Lombardia, allorché si trovino in situazioni tali da esigere interventi non differibili, i minori comunque presenti
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di accesso alle unità di offerta sociale (ex legge n. 328/2000) / priorità di accesso alle unità di offerta sociosanitarie (non autosufficienza dovuta all'età o a malattia; inabilità o disabilità; patologia psichiatrica stabilizzata; patologie terminali e croniche invalidanti; infezione da HIV e patologie correlate; dipendenza; condizioni di salute o sociali, nell'ambito della tutela della gravidanza, della maternità, dell'infanzia, della minore età; condizioni personali e familiari che necessitano di prestazioni psicoterapeutiche e psico-diagnostiche)
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Sostegno alla persona e la famiglia, con particolare riferimento alle problematiche relazionali e genitoriali Interventi di tutela dei minori, favorendone l'armoniosa crescita, la permanenza in famiglia e, ove non possibile, sostenere l'affido e l'adozione, nonché prevenire fenomeni di emarginazione e devianza Aiuto alla famiglia, anche mediante l'attivazione di legami di solidarietà tra famiglie e gruppi sociali e con azioni di sostegno economico
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Unità di offerta sociali e sociosanitarie
Procedimento previsto*	Progettazione personalizzata, mantenimento ove possibile presso il nucleo familiare di riferimento
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	Fondi regionali e statali, compartecipazione fondi locali
Previsione di spesa	Indicazione UPB di riferimento
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Art. 31 (Clausola valutativa)

Regione	<b>Lombardia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 30 marzo 2009, n. 6: Istituzione della figura e dell'ufficio del Garante per l'infanzia e l'adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Organizzazione regionale
Aree di intervento	Istituzione del garante per l'infanzia e l'adolescenza
Destinatari	
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Poteri di ispezione, proposta, raccomandazione Funzioni di promozione e sensibilizzazione sui temi della tutela dei minori
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Ufficio del garante, osservatorio, corecom, amministrazioni pubbliche e servizi territoriali
Procedimento previsto*	
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Ufficio regionale
Finanziamento della misura	Collaborazione con le altre risorse amministrative e professionali
Previsione di spesa	Regionale
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	-- Relazione annuale del Garante al consiglio regionale

Regione	<b>Marche</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera consiglio regionale</b>
Data di approvazione	<b>1998</b>
Titolo	<b>D.C.R. 3 giugno 1998, n. 202; legge 29 luglio 1975, n. 405 e legge 22 maggio 1978, n. 194. Indirizzi per l'organizzazione del servizio e delle attività consultoriali pubbliche e private</b>
Strumenti attuativi previsti	Approvazione di una scheda di rilevazione degli interventi erogati e delle problematiche riscontrate
Materie/ambiti	Servizi sociosanitari
Aree di intervento	Disciplina delle attività consultoriali
Destinatari	Rete dei servizi consultoriali regionali Famiglie, coppie, giovani residenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale (multidimensionale)
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione socio-familiare e psicofisica
Misure considerate	Interventi di ascolto, informazione, accompagnamento e consulenza socio-sanitaria di sostegno alle responsabilità familiari e genitoriali, prevenzione situazioni di rischio
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Assistente sociale; ginecologo; ostetrica; pediatra; psicologo (il sessuologo, il sociologo, il legale, il neuropsichiatra infantile, l'andrologo, l'endocrinologo, il dietologo e l'odontoiatra)
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	Prima impostazione di un sistema di monitoraggio e valutazione

Regione	<b>Marche</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>D.G.R. 17 giugno 2003, n. 869: Indirizzi in materia di interventi socio-sanitari territoriali relativi all'affidamento familiare di cui alla legge 4 maggio 1983, n.184, e successive modifiche</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Affidamento familiare
Destinatari	Servizi alla persona Minori e famiglie della regione
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Valutazione di inefficacia degli interventi di sostegno e supporto alle responsabilità familiari preconditione per procedere all'affidamento
Misure considerate	Preliminari all'affidamento: sostegno terapeutico, assistenza economica, servizi educativi domiciliari e territoriali, affidamento diurno
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi consultoriali, servizio sociale professionale
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati Azienda sanitaria Autorità giudiziaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Marche</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>D.G.R. 15 giugno 2004, n. 643: Approvazione atto d'indirizzo concernente: "Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo"</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Interventi a favore di minori e famiglie
Destinatari	Servizi alla persona Minori e famiglie della regione
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Multiprofessionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione psicofisica e socio-familiare
Misure considerate	Insieme delle azioni di prevenzione, sostegno, educazione e assistenza per minori in ambito sociale, sociosanitario e socio-educativo previste dalla normativa regionale
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Rete dei servizi locali: consultori, servizi sociali e sociosanitari territoriali (comuni e distretto)
Procedimento previsto*	Modelli di azione valutativa, progettazione e realizzazione degli interventi trasversale alle tipologie di risposta erogate
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni associati Azienda sanitaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Previsione di forme di monitoraggio e valutazione regionale



Regione	<b>Marche</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>Deliberazione n. 1215 del 19/10/2004: Criteri e modalità per la ripartizione del fondo destinato al progetto di informazione e formazione rivolto alle persone e alle famiglie per l'attivazione dei servizi educativi domiciliari previsti alla lettera b), comma 6, articolo 7 della legge regionale 13 maggio 2004. (D.G.R. n. 642 del 15.6.04) - Capitolo 53007138 del bilancio 2004 - Euro 200.000</b>
Strumenti attuativi previsti	Progetti promossi da enti locali e organizzazioni sociali
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Supporto alle famiglie in situazioni di rischio
Destinatari	Province Minori e famiglie della regione
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Progetto informativo/formativo rivolto alle persone e alle famiglie per l'attivazione dei servizi educativi domiciliari Promozione e sostegno a forme diverse di solidarietà sociale (affiancamento socio-educativo nei confronti di famiglie in situazioni di particolare difficoltà), attraverso altre famiglie disponibili all'aiuto sociale e all'impegno solidaristico (famiglia aiuta famiglia); Creazione di reti stabili sul territorio per il sostegno alla famiglia, sia nella "quotidianità", sia in situazioni di "emergenza" (reti informali, gruppi di volontariato, associazioni, enti locali in collaborazione con il terzo settore, banche di persone disponibili ad accudire bambini, gruppi di mutuo-aiuto)
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Province e soggetti partner
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Indicata
Durata dell'azione regionale*	Determinata (una tantum)
Valutazione di impatto*	Previsione di forme di monitoraggio e valutazione regionale

Regione	<b>Molise</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2000</b>
Titolo	<b>Legge regionale 7 gennaio 2000, n. 1: Riordino delle attività socio-assistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano regionale socioassistenziale
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina del sistema regionale dei servizi sociali
Destinatari	Cittadini italiani residenti nella regione, nonché gli stranieri, gli apolidi e le persone occasionalmente o temporaneamente presenti sul territorio regionale qualora si trovino in condizioni di difficoltà
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Servizi domiciliari, interventi di sostegno economico, servizi per l'alloggio, servizi semiresidenziali e residenziali, interventi di accoglienza, sostegno e tutela sociale
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali
Procedimento previsto*	Predisposizione di un progetto personalizzato che integra i diversi interventi in percorso unitario
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni singoli e associati Provincia
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Indeterminata
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Molise</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>D.G.R. 6 marzo 2006, n. 203: Deliberazione del Consiglio Regionale del 12 novembre 2004, n. 251- 'Piano Sociale Regionale Triennale 2004/2006' - Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra Enti pubblici ed Enti gestori – Provvedimenti</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina del sistema di autorizzazione e accreditamento dei servizi
Destinatari	Soggetti erogatori Enti deputati all'autorizzazione
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Centro diurno per minori: servizio socio-educativo e di accoglienza diurna del minore, anche disabile, per la realizzazione di progetti di integrazione sociale nel territorio e con il nucleo familiare di origine
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Piemonte</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera giunta</b>
Data di approvazione	<b>2001</b>
Titolo	<b>D.G.R. 4 giugno 2001, n. 46-3163: Approvazione del progetto regionale "Tutti i bambini hanno diritto ad una famiglia" attuazione della legge 28 marzo 2001, n. 149; di modifica della legge 4 maggio 1983, n. 184</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Progetto regionale di verifica dei progetti educativi di minori allontanati dalla famiglia, al fine di valutare ipotesi di rientro in famiglia di origine e deistituzionalizzazione
Destinatari	Minori inseriti in strutture residenziali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	Rispondenza dell'intervento alla situazione del minore, eventuale riprogettazione e ricollocazione
Misure considerate	Inserimenti di minori presso strutture residenziali
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Gruppo operatori selezionati dalla regione
Procedimento previsto*	Programma di verifica e rivalutazione annuale
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Non determinata
Durata dell'azione regionale*	Un anno
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Piemonte</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera giunta</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>D.G.R. 17 novembre 2003, n. 79-11035: Approvazione linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti familiari e di adozioni difficili di minori, in attuazione della L. n. 149/2001 "Diritto del minore ad una famiglia" (modifica L. n. 184/1983)</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Progetto regionale di implementazione affidi familiari e adozioni di minori in situazioni multiproblematiche
Destinatari	Minori inseriti in strutture residenziali, minori in situazione di rischio o forte disagio
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	L'inefficacia di interventi di sostegno realizzati presso la famiglia di origine è condizione preliminare alla progettazione di forme di affidamento
Misure considerate	Affidamento familiare e adozione
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Enti locali
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--
*dove rilevabile	--

Regione	<b>Piemonte</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>L.R. 8 gennaio 2004, n. 1: Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento</b>
Strumenti attuativi previsti	Programmazione regionale e locale Linee guida per interventi a favore di madri e gestanti in situazioni di fragilità sociale e familiare Atti di Giunta in materia di accreditamento e autorizzazione
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina del sistema integrato dei servizi
Destinatari	I cittadini residenti nel territorio della regione Piemonte, i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, gli stranieri individuati ai sensi dell'art. 41 del d.lgs 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), i minori stranieri non accompagnati, gli stranieri con permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale, i rifugiati e richiedenti asilo e gli apolidi
Requisiti di accesso specifico*	I minori, specie se in condizioni di disagio familiare, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali
Valutazione*	Valutazione multiprofessionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare
Misure considerate	L'istituzione, da parte dei comuni in raccordo con i consultori familiari, di centri per le famiglie, aventi lo scopo di fornire informazioni e favorire iniziative sociali di mutuo-aiuto Attività di sostegno alla famiglia e alla genitorialità; servizi socio-educativi per l'infanzia e l'adolescenza; servizi di animazione per l'infanzia e per l'adolescenza; centri di ascolto per adolescenti; servizi di intervento educativo-terapeutico per i minori e per le famiglie; servizi di assistenza educativa territoriale
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Assistenti sociali; educatori professionali; operatori sociosanitari e assistenti domiciliari e dei servizi tutelari; animatori professionali socio-educativi
Procedimento previsto*	Progettazione personalizzata, tendente a privilegiare la domiciliarità e il mantenimento delle relazioni familiari
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni e aziende sanitarie
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Piemonte</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>D.G.R. 15 marzo 2004, n.41-12003: Tipologia, requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina servizi per minori
Destinatari	Erogatori dei servizi della regione
Requisiti di accesso specifico*	Maltrattamenti, trascuratezza, deprivazione socio-culturale relazionale e di reddito, assenza di risorse, disabilità e/o disturbi della relazione e del comportamento: elementi considerati dai servizi territoriali per accesso ai CEM e alle strutture residenziali
Valutazione*	Accesso libero per i CAM
Elementi oggetto della valutazione*	Professionale
Misure considerate	Situazione personale, familiare e sociale del minore e della famiglia
	Centri educativi per minori (CEM): strutture che accolgono, a ciclo semi residenziale, minori con i quali vengono svolte attività di prevenzione e sostegno che prevengano l'accoglienza in strutture a ciclo residenziale. Questi centri supportano la famiglia nel lavoro con i minori per ciò che attiene alle relazioni intra familiari, al lavoro scolastico, all'inserimento nel gruppo dei pari e in generale a tutte le variabili socioambientali che prevengono l'allontanamento dalla famiglia stessa o ne agevolano il rientro
	Centri aggregativi per minori (CAM): servizio aggregativo a sfondo educativo per minori i cui bisogni afferiscono all'area della prevenzione e si definiscono in termini di socializzazione, accompagnamento scolastico e animazione del tempo libero. Accesso libero e per invio dei servizi in casi di interventi di bassa intensità assistenziale ed educativa
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	CEM: Servizio sociale professionale (inviante), Educatori professionali e ausiliari (nei centri)
	CAM: educatori professionali, animatori
Procedimento previsto*	Progetto del servizio (CAM e CEM), progetto quadro per il minore (congiunto tra servizio inviante e struttura) (CEM), progetto personalizzato (CEM)
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti gestori e Asl
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Piemonte</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 9 dicembre 2009, n. 31: Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Organizzazione regionale
Aree di intervento	Istituzione del garante
Destinatari	Pubbliche amministrazioni Cittadini della regione
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Poteri ispettivi e di controllo Funzioni di promozione degli istituti di tutela dei minori Poteri di intervento, proposta, raccomandazione
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Ufficio regionale, difensore civico regionale, pubbliche amministrazioni
Procedimento previsto*	---
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Regionale
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--



Regione	<b>Piemonte</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 30 dicembre 2009, n.37: Norme per il sostegno dei genitori separati e divorziati in situazione di difficoltà</b>
Strumenti attuativi previsti	Atti di Giunta non specificati
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Servizi e interventi di sostegno a favore di minori e genitori separati e divorziati
Destinatari	Nuclei monogenitoriali con genitore separato e/o divorziato
Requisiti di accesso specifico*	Assenza di condanne passate in giudicato per reati contro la persona
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Assistenza e mediazione familiare, consulenza legale Sostegno abitativo ed economico
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Amministrazione regionale, servizi territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	3 milioni euro/anno (per 2010-2011)
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	Relazione biennale della Giunta alla commissione consiliare competente

Regione	<b>Puglia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>L.R. 10 luglio 2006, n. 19: Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano regionale delle politiche sociali piano di zona Regolamento regionale di attuazione della legge Regolamento di istituzione del Garante dei diritti del minore Servizi sociali
Materie/ambiti	Disciplina del sistema integrato dei servizi
Aree di intervento	Tutte le persone residenti in Puglia, gli stranieri comunitari ed extracomunitari in ottemperanza delle leggi vigenti
Destinatari	A tutte le persone presenti nel territorio sono garantiti interventi indifferibili
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale e amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Valutazione del bisogno complessivo della persona e, quando possibile, del suo nucleo familiare
Misure considerate	Sostegno delle puerpere e dei neonati e promozione dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari a tutela dei diritti di cittadinanza dei minori e degli adulti, delle donne in difficoltà e delle situazioni di monogenitorialità Informazione e consulenza diffuse per favorire la fruizione delle opportunità di accesso ai servizi per le persone e le famiglie: segretariato sociale Servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari sociali e sanitarie integrate Servizio di assistenza economica e di contrasto alla povertà dei nuclei familiari Servizi semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali e centri di accoglienza diurni a carattere comunitario: centro socio-educativo diurno e di aggregazione per pre-adolescenti e adolescenti; centro aperto polivalente per minori Interventi economici e di erogazione dei servizi per l'infanzia, con particolare riferimento alle prime fasi di vita dei figli, fino al compimento del trentaseiesimo mese di vita Sviluppo delle attività dei consultori pubblici e privati Organizzazione di servizi territoriali di aggregazione e animazione sociale rivolti ai minori in età pre-adolescenziale e adolescenziale Servizi di consulenza e di mediazione familiare, centro di ascolto per le famiglie Reinserimento dei minori a rischio di devianza (maestri di strada e formazione integrata in botteghe)
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali, soggetti erogatori dei servizi Tutor (servizio che assume la responsabilità di interventi personalizzati nell'ambito di progetti assistenziali definiti per ogni specifico caso) Specifici programmi di sostegno personalizzati
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	Regione
Competenza all'attuazione*	Comuni singoli e associati Azienda sanitaria Province
Finanziamento della misura	Fondi regionali, statali e locali
Previsione di spesa	Nd (indicazione delle UPB di riferimento)
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Puglia</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>Regolamento regionale 18 gennaio 2007, n. 4, Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19 – “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina del sistema integrato dei servizi: profili attuativi
Destinatari	Rif. legge regionale n. 19/2006
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di accesso ai servizi: soggetti in condizioni di fragilità per la presenza di difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, ai minori di 14 anni
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Il Centro socio-educativo diurno rivolge la propria attività alla totalità dei minori residenti nel territorio di riferimento, al fine di promuoverne l'integrazione sociale e culturale. Il Centro, inoltre, può accogliere anche minori non residenti nello stesso Comune, qualora nell'ambito territoriale di riferimento non vi siano centri diurni sufficienti a rispondere ai molteplici bisogni di minori e famiglie. Il Centro diurno deve provvedere in tal caso ad organizzare un servizio di trasporto per i minori. Il Centro offre sostegno, accompagnamento e supporto alle famiglie ed opera in stretto collegamento con i servizi sociali dei Comuni e con le istituzioni scolastiche
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Educatori, educatori professionali, assistenti sociali, animatori (eventuali professioni sociosanitarie se sono presenti minori con disabilità)
Procedimento previsto*	Protocollo operativo unico per: accogliere la richiesta inoltrata; decodificare il bisogno; effettuare l'indagine sociale; attivare l'Unità di Valutazione Multidimensionale, di cui all'art. 59, comma 4, della legge regionale, per la predisposizione del progetto personalizzato, previa valutazione dei requisiti di ammissibilità al servizio e al beneficio; verificare periodicamente l'andamento dell'intervento; individuare il responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal progetto personalizzato
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	--
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Puglia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>L.R. 21 marzo 2007, n. 7: Norme per le politiche di genere e i servizi di conciliazione vita-lavoro in Puglia</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale regionale Atti esecutivi delle singole misure previste
Materie/ambiti	Servizi sociali e politiche di genere
Aree di intervento	Azioni positive in ambito sociale, economico, istituzionale
Destinatari	Enti locali Popolazione regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Incrementare la quantità e la qualità dei servizi alla persona disponibili sul territorio regionale in osservanza delle disposizioni del regol. reg. 4/2007 Garantire il valore sociale della maternità e della paternità e sostenere la genitorialità come scelta consapevole, soprattutto presso le fasce più deboli della popolazione pugliese, attraverso campagne di informazione e sensibilizzazione Favorire l'inserimento lavorativo delle donne in particolari condizioni di disagio, quali madri sole con figli minori di tre anni, donne immigrate, famiglie monoparentali con carichi di cura
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	Protocollo operativo unico per: accogliere la richiesta inoltrata; decodificare il bisogno; effettuare l'indagine sociale; attivare l'Unità di Valutazione Multidimensionale, di cui all'art. 59, comma 4, della legge regionale, per la predisposizione del progetto personalizzato, previa valutazione dei requisiti di ammissibilità al servizio e al beneficio; verificare periodicamente l'andamento dell'intervento; individuare il responsabile del caso per garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal progetto personalizzato
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	Art. 27 (Clausola valutativa)

Regione	<b>Puglia</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 17 aprile 2007, n. 494: Linee-guida sull'Affidamento Familiare dei Minori in attuazione della legge n. 149/2001 "Diritto del minore ad una famiglia" (modifica legge n. 184/1983). Approvazione</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Affidamento dei minori
Destinatari	Servizi territoriali Popolazione regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare del minore
Misure considerate	Affidamento part time per evitare l'allontanamento dal nucleo familiare e favorire interventi di sostegno alla famiglia di origine (affidamento diurno, notturno, per alcuni giorni/periodi)
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizio sociale professionale, équipes multi professionali territoriali
Procedimento previsto*	Valutazione professionale, progettazione dell'intervento, accompagnamento del minore e dei nuclei familiari di origine e affidatario
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali Azienda sanitaria Autorità giudiziaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Puglia</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>Regolamento Reg. 11 novembre 2008, n. 23: Composizione e Funzionamento dell'Ufficio del Garante Regionale dei diritti del minore</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Istituzione garante, compiti e funzioni
Destinatari	--
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Interventi di sensibilizzazione e informazione per prevenire fenomeni di emarginazione, disagio, maltrattamento di minori; compiti di vigilanza e segnalazione
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Struttura del garante Servizi territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali
Finanziamento della misura	Previsto
Previsione di spesa	Riferimento a UPB (quantum indeterminato)
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

<p>Regione                  Tipologia di atto                  Data di approvazione                  Titolo</p>	<p><b>Sardegna</b>  <b>Legge regionale</b>  <b>2005</b>  <b>Legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23: Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988</b></p>
<p>Strumenti attuativi previsti</p>	<p>Regolamento attuativo                  Piano regionale e piani locali unitari dei servizi alla persona                  Testo di riordino delle provvidenze economiche                  Servizi sociali e sociosanitari                  Disciplina del sistema integrato</p>
<p>Materie/ambiti                  Aree di intervento                  Destinatari</p>	<p>I cittadini italiani; i cittadini europei, in conformità a quanto disposto dai trattati comunitari; i cittadini extracomunitari residenti ai sensi dell'art. 41 del d.lgs 25 luglio 1998, n. 286; gli apolidi e i rifugiati residenti, nel rispetto delle normative statali ed internazionali vigenti; i cittadini stranieri di cui all'art. 18 del d.lgs n. 286 del 1998; i minori comunque presenti sul territorio regionale; i cittadini sardi emigrati e le loro famiglie, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dalla legge regionale 15 gennaio 1991, n. 7                  Persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti nel territorio regionale, che si trovino in situazioni di bisogno tali da richiedere interventi non differibili</p>
<p>Requisiti di accesso specifico*                  Valutazione*                  Elementi oggetto della valutazione*                  Misure considerate</p>	<p>Priorità di accesso analoghe a legge n. 328/2000                  Valutazione professionale del bisogno                  Situazione personale e sociofamiliare</p> <p>Misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento per l'inclusione sociale; interventi di tutela dei minori in situazioni di disagio e di nuclei familiari in difficoltà; servizi domiciliari e intermedi</p> <p>--</p>
<p>Durata massima dell'intervento*                  Risorse organizzative e professionali coinvolte                  Procedimento previsto*</p>	<p>--</p> <p>Servizi territoriali di comuni e azienda sanitaria</p> <p>La valutazione professionale del bisogno; la predisposizione di un programma personalizzato con la partecipazione del beneficiario; l'individuazione di un referente per l'attuazione del programma personalizzato; la comunicazione tempestiva delle informazioni necessarie alla corretta attuazione del programma, dei tempi e delle forme di tutela esperibili da parte del cittadino, dei responsabili amministrativi e professionali, delle modalità di compartecipazione alla spesa; la documentazione delle fasi di valutazione del bisogno, di predisposizione e di realizzazione del programma personalizzato di intervento secondo modalità tali da consentire l'esercizio del diritto di accesso agli atti di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modifiche e integrazioni</p>
<p>Assetto istituzionale                  Competenza all'attuazione*</p>	<p>--</p> <p>Regione                  Comuni associati                  Provincia</p>
<p>Finanziamento della misura</p>	<p>Misto                  Fondi regionali, statali e comunitari</p>
<p>Previsione di spesa                  Durata dell'azione regionale*                  Valutazione di impatto*</p>	<p>Determinata</p> <p>--</p> <p>Art. 36 Competenze regionali in materia di valutazione e controllo: relazione annuale</p>

Regione	<b>§ Sicilia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1986</b>
Titolo	<b>L.R. 9 maggio 1986, n. 22: Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano regionale socio-assistenziale Regolamento regionale Indirizzi regionali agli enti locali per l'attuazione del piano
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina del sistema regionale dei servizi
Destinatari	Tutti i cittadini residenti nel territorio regionale. Cittadini non residenti e agli stranieri, limitatamente alle prestazioni di carattere urgente
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Centri di accoglienza per ospitalità diurna Assistenza abitativa, aiuto domestico; assistenza economica Iniziativa volte alla prevenzione del disadattamento e della criminalità minorile mediante la realizzazione di servizi ed interventi finalizzati al trattamento e al sostegno di adolescenti e di giovani in difficoltà Segretariato sociale; servizio sociale professionale; assistenza economica; assistenza domiciliare; centri diurni di assistenza e di incontro per minori
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali Unità sanitarie locali
Finanziamento della misura	Misto: fondi regionali, statali, locali
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--



Regione	<b>Sicilia</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>Legge 31 luglio 2003, n. 10: Norme per la tutela e la valorizzazione della famiglia</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Interventi a tutela dell'infanzia e della famiglia
Destinatari	Residenti nella regione
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di intervento per bambini portatori di handicap, di quelli poveri, dei figli di emigranti, dei nomadi, dei rifugiati, degli extracomunitari, degli orfani e di altre categorie di soggetti disagiati
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Interventi e garanzie creditizie Assistenza pedagogica alle famiglie il cui stato di povertà e di marginalità configuri condizioni di rischio educativo per i figli Interventi sociali ed educativi complementari alle prestazioni sanitarie e sociali a rilievo sanitario già erogate dai consultori Sostegno all'assunzione delle responsabilità genitoriali, mediante programmi educativi individualizzati con l'eventuale supporto di personale qualificato messo a disposizione dagli enti pubblici; interventi di mediazione familiare Sportelli per la famiglia, che assicurino attività di supporto per agevolare la conoscenza delle norme e dei provvedimenti nazionali, regionali e locali in materia di politiche familiari e l'accesso ai servizi rivolti ai nuclei familiari
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociosanitari territoriali: servizio sociale professionale, consultori ecc.
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali Azienda sanitaria
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Sicilia</b>
Tipologia di atto	<b>Decreto assessorile</b>
Data di approvazione	<b>2003</b>
Titolo	<b>Decr.Ass. 1 settembre 2003, n. 2317: Riparto del fondo derivante da risorse statali attribuite alla Regione per interventi finalizzati alla realizzazione di attività di contrasto alle forme di abuso in danno dei minori</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Contrasto a fenomeni di abuso e maltrattamento minori
Destinatari	Province
Requisiti di accesso specifico*	Presentazione progetti
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Azioni di prevenzione; azioni di presa in carico; azioni formative e informative Interventi di ricerca finalizzati all'acquisizione di informazioni e conoscenze sul fenomeno nel territorio regionale, nonché alla costituzione di una banca dati regionale sull'abuso minorile
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Province
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Annuale
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>§ Sicilia</b>
Tipologia di atto	<b>Decreto presidente della regione</b>
Data di approvazione	<b>2002</b>
Titolo	<b>D.P. Reg. 4 novembre 2002: Linee guida per l'attuazione del Piano socio-sanitario della Regione siciliana</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano regionale sociosanitario
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Programmazione sociosanitaria
Destinatari	Enti locali e popolazione regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Finanziamenti a tassi e condizioni agevolati e prestiti sull'onore per l'accesso alla casa Misure di sostegno alle responsabilità genitoriali (consulenza e sostegno alle famiglie attraverso mediazione familiare in collaborazione con le attività consultoriali e promozione di gruppi di auto e mutuo aiuto, assistenza domiciliare, servizi semiresidenziali) Agevolazioni e misure di sostegno economico a favore delle famiglie con figli e disagio economico (politiche tariffarie e abitative) Forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli minori che presentano particolari carichi di cura (famiglie con un solo genitore e con minori con handicap grave): assistenza socio educativa e domiciliare, centri diurni Servizi di sostegno psicologico e sociale per nuclei famigliari a rischio di comportamenti violenti e maltrattamenti, attraverso interventi di prevenzione primaria a forte integrazione sociosanitaria
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali
Finanziamento della misura	Regionale e statale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Annuale (riferimento 2003)
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Toşcana</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2002</b>
Titolo	<b>Regione Toşcana. Deliberazione G.R. 25 marzo 2002, n. 313: Approvazione "Guida e strumenti operativi in materia d'abbandono e maltrattamento dei minori"</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Strumenti e funzioni degli operatori pubblici incaricati di interventi in materia di valutazione, accertamento, segnalazione, presa in carico di minori in situazioni di abbandono o maltrattamento
Destinatari	Servizio sociale professionale e servizi sociosanitari territoriali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Elenco degli indicatori di valutazione e degli strumenti da utilizzare per la valutazione della situazione del minore (comportamentale, socio-relazionale, familiare)
Misure considerate	--
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizio sociale professionale, eventuali professionalità sociosanitarie, autorità giudiziaria
Procedimento previsto*	Con riferimento a casi di intervento, previsione di strumenti di programmazione degli interventi di sostegno e tutela del minore, anche all'interno del nucleo familiare
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni Autorità giudiziaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Toscana</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2005</b>
Titolo	<b>Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41: Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale</b>
Strumenti attuativi previsti	-- Regolamento di attuazione Legge regionale su accreditamento Piano regionale e piani locali
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Sistema integrato dei servizi alla persona
Destinatari	Popolazione residente nella regione Donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi al parto; stranieri con permesso umanitario di cui all'art. 18 del d.lgs 25 luglio 1998, n. 286, e stranieri con permesso di soggiorno di cui all'art. 41 dello stesso d.lgs; richiedenti asilo e rifugiati. I minori di qualsiasi nazionalità e comunque presenti nel territorio della regione Toscana hanno diritto agli interventi e ai servizi del sistema integrato Persone dimoranti, limitatamente a interventi di prima necessità
Requisiti di accesso specifico*	Priorità di accesso analoghe a legge n. 328/2000
Valutazione*	Professionale e amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Contributi economici, di carattere continuativo, straordinario o urgente, compresa l'erogazione di agevolazioni per l'affitto a persone o nuclei familiari in stato di bisogno Servizi e attività di sostegno alla genitorialità e alla nascita, di consulenza e di mediazione familiare Ascolto, accompagnamento e sostegno per promuovere l'esercizio dei diritti di cittadinanza sociale e prevenire forme di esclusione e di devianza, privilegiando la crescita del minore nel proprio ambiente familiare Interventi di promozione delle reti di solidarietà sociale, servizi di informazione, accoglienza e orientamento
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociosanitari territoriali
Procedimento previsto*	Valutazione professionale, predisposizione di percorso assistenziale personalizzato
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni Aziende sanitarie
Finanziamento della misura	Misto (fondi statali, regionali, locali, eventuali risorse comunitarie e private)
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	(valutazione della programmazione)

Regione	<b>Toscana</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di giunta</b>
Data di approvazione	<b>2006</b>
Titolo	<b>D.G.R. 27 febbraio 2006, n. 139: Indirizzi in materia di affidamento di minori a famiglia e a servizi residenziali socio-educativi, ai sensi dell'art. 53, comma 2, lettera e), legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Valutazione e presa in carico di minori e famiglie con situazioni di disagio e rischio sociale
Destinatari	Minori e famiglie in situazioni di rischio e disagio presenti nel territorio regionale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale (multiprofessionale)
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione sociale, economica, culturale, psicofisica e relazionale del minore e della sua famiglia
Misure considerate	Prevenzione dell'allontanamento dal nucleo familiare: affidamenti part-time, assistenza domiciliare educativa, centri diurni, attività di socializzazione
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Assistenti sociali e psicologi dei servizi territoriali, autorità giudiziaria
Procedimento previsto*	A seguito di valutazione, predisporre un'azione programmata che contrasti l'ulteriore deterioramento delle condizioni familiari e permetta di recuperare, in un tempo e con un progetto definiti, le capacità della famiglia di adempiere alle proprie funzioni verso i figli
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni associati Azienda sanitaria Autorità giudiziaria
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Prevista con indicatori di riferimento

Regione	<b>Toscana</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>Decreto del Presidente della Giunta Regionale 26 marzo 2008, n. 15/R: Regolamento di attuazione dell' articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Autorizzazione strutture, requisiti professionali, commissione regionale per le politiche sociali
Destinatari	Soggetti erogatori Comuni
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Strutture semiresidenziali per minori: per minori che, per contingenze familiari e sociali, hanno bisogno di essere sostenuti nel processo di socializzazione, allo scopo di prevenire o contrastare esperienze di emarginazione o devianza. Forniscono supporto anche alla famiglia del minore, sostenendola nello svolgimento dei compiti educativi e di cura quotidiani. Vi si svolgono attività di sostegno nel processo di socializzazione, nel superamento delle difficoltà scolastiche e di fruizione del tempo libero; di sostegno educativo e psicosociale per il recupero e il potenziamento delle competenze relazionali e lo sviluppo dell'autonomia personale e sociale
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Assistenza di base e alla persona; educatori professionali, animatori socio-educativi
Procedimento previsto*	Progetti educativi individualizzati
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Toscana</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera consiglio regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.C.R 31 ottobre 2007, n. 113: Piano Integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali e sociosanitari
Aree di intervento	Programmazione del sistema dei servizi
Destinatari	Enti locali, aziende sanitarie
	Destinatari di cui alla l.r. n. 41/2005
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	<p>Progetto di interesse regionale: "Sostegno alle famiglie": attiva un insieme di azioni tese a valorizzare e a sostenere quei nuclei familiari che presentano situazioni di disagio; in particolare saranno considerate le diverse situazioni che possono mettere a rischio il normale sviluppo delle relazioni familiari prioritariamente rispetto alla qualità di vita dei minori e alla prevenzione del rischio, valorizzando il ruolo della famiglie, sostenendole come soggetti attivi nella comunità e nell'ambito della rete sociale. Comprende la sperimentazione di strumenti per l'erogazione di contributi per l'Inclusione Sociale a famiglie che versano in condizioni di povertà prive di ulteriori ammortizzatori sociali</p> <p>Sostegno ad iniziative e progetti incentrati sulla genitorialità e sull'educazione familiare che favoriscano la comunicazione e la socializzazione tra genitori e figli attraverso lo sviluppo di pratiche di accudimento e approcci educativi adeguati all'età del bambino e al suo grado di sviluppo psico-fisico, riservando particolare interesse al coinvolgimento della figura paterna</p> <p>Sostegno ai nuclei familiari a rischio, quali interventi di assistenza educativa domiciliare o di servizi semiresidenziali, finalizzato a contenere e/o rimuovere le condizioni di disagio e a prevenire l'allontanamento del minore dalla propria famiglia</p> <p>Favorire l'attivazione e il rafforzamento delle reti di comunicazione e collaborazione a vari livelli istituzionali (scuola, volontariato, privato sociale ecc.), individuando dei punti nevralgici per la diffusione di informazioni e per l'intercettazione dei possibili disagi</p> <p>Sostegno economico a nuclei familiari a rischio povertà: microcredito, prestito d'onore, contributi economici</p>
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni associati
	Aziende sanitarie
	Regione
	Regionale
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Triennale
Valutazione di impatto*	Prevista



Regione	<b>Toscana</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2010</b>
Titolo	<b>Legge regionale 1 marzo 2010, n. 26: Istituzione del Garante per l'infanzia e l'adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Organizzazione regionale
Aree di intervento	Tutela minori
Destinatari	Generalità dei cittadini Pubbliche amministrazioni
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Poteri ispettivi, di segnalazione e vigilanza; funzioni di promozione, formazione e ricerca rispetto ai temi della tutela dei minori; funzioni propositive e consultive
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Ufficio regionale, amministrazioni pubbliche, enti di ricerca.
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Regionale
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	150.000 euro/anno
Durata dell'azione regionale*	
Valutazione di impatto*	Relazione annuale a Giunta e Consiglio

Regione	<b>Trentino Alto Adige</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>L.R. 3 aprile 2007, n. 10: Istituzione del garante dell'infanzia e dell'adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Disciplina di funzioni e organizzazione dell'istituto
Destinatari	--
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Funzioni di informazione e sensibilizzazione sui temi della tutela dei minori Poteri di vigilanza e segnalazione Funzioni di proposta
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Struttura amministrativa dell'Ufficio
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Provinciale
Finanziamento della misura	Provinciale
Previsione di spesa	Indeterminata
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Umbria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1997</b>
Titolo	<b>L.R. 23 gennaio 1997, n. 3: Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e riordino delle funzioni socio-assistenziali</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale regionale
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina del sistema regionale
Destinatari	Le cittadine e i cittadini italiani e stranieri, gli apolidi e i rifugiati residenti in Umbria Persone occasionalmente o temporaneamente presenti in Umbria in situazioni che richiedono interventi indifferibili
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Assistenza psicosociale alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva Servizi domiciliari a sostegno delle competenze genitoriali e degli impegni di cura quotidiani, interventi di sostegno economico, servizi per l'alloggio, servizi semiresidenziali, interventi di sostegno sociale e tutela sociale dei minori
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali sociali e sociosanitari
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni Azienda sanitaria
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Umbria</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera consiglio regionale</b>
Data di approvazione	<b>2000</b>
Titolo	<b>D.C.R. 9 ottobre 2000, n. 20, Legge 28 agosto 1997, n. 285, recante disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza - Definizione degli ambiti territoriali di intervento e delle linee di indirizzo per l'attuazione della legge medesima - triennio 2000/2002 - Ripartizione del finanziamento per l'anno 2000</b>
Strumenti attuativi previsti	Piani locali di attuazione
Materie/ambiti	Servizi sociali e socio-educativi
Aree di intervento	Indirizzi regionali per la progettazione di interventi socio-educativi per infanzia e adolescenza
Destinatari	Comuni associati
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Valutazione di congruità delle azioni locali agli indirizzi regionali
Elementi oggetto della valutazione*	Programmazione di ambito, continuità e potenziamento dei servizi attivati, raccordo tra servizi ed enti
Misure considerate	Centri ricreativi e aggregativi, ludoteche, centri incontro Servizi per la prima infanzia Servizi di sostegno alla genitorialità
Durata massima dell'intervento*	Triennio di riferimento
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali
Procedimento previsto*	Programmazione locale partecipata
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni riuniti in ambito
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Triennale
Valutazione di impatto*	Prevista

Regione	<b>Umbria</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento</b>
Data di approvazione	<b>2005</b>
Titolo	<b>Regolamento reg. 19 dicembre 2005, n. 8: Disciplina in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale per soggetti in età minore</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Aree di intervento	Disciplina strutture per minori
Destinatari	Minori in situazioni di disagio
Requisiti di accesso specifico*	In situazioni di disagio, ritardo scolastico, a rischio di emarginazione, che necessitano di un supporto socio-educativo prevedendo il rientro quotidiano del minore nella propria famiglia
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Comunità diurna ad alta valenza educativa e professionale: operano in tempi extra-scolastici, nei giorni di vacanza scolastica e possono essere operativi durante l'intero arco della giornata e della settimana. In tali servizi si organizzano attività e interventi educativi, ricreativi di sostegno scolastico e laboratoriale, anche di sostegno e integrazione al nucleo familiare
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Educatori professionali, animatori
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni associati Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Umbria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 29 luglio 2009, n.18: Istituzione del garante per l'infanzia e l'adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	Regolamento
Materie/ambiti	Organizzazione regionale
Aree di intervento	Istituzione del garante per l'infanzia e l'adolescenza
Destinatari	Generalità dei cittadini, pubbliche amministrazioni
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Poteri ispettivi, di vigilanza e controllo, di intervento, funzioni promozionali, consultive, propositive e di ricerca
Durata massima dell'intervento*	
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Uffici regionali, pubbliche amministrazioni (scuole, enti locali, servizi, autorità giudiziaria ecc.)
Procedimento previsto*	
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Regionale
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	nd
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Relazioni periodiche a Giunta e Consiglio

Regione	<b>Umbria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge regionale 28 dicembre 2009, n.26: Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali</b>
Strumenti attuativi previsti	Atti di Giunta, programmazione regionale e zonale
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Disciplina del sistema integrato
Destinatari	Persone residenti o domiciliate o aventi stabile dimora nel territorio regionale e le loro famiglie, le persone occasionalmente o temporaneamente presenti allorché si trovino in condizioni di difficoltà tali da non consentire l'intervento degli enti competenti per territorio
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Interventi a favore di minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine, l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare
Durata massima dell'intervento*	
Risorse organizzative e professionali coinvolte	
Procedimento previsto*	Servizi sociali territoriali, soggetti erogatori pubblici e privati no profit
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Regione, provincia, comuni, ambiti territoriali integrati, aziende pubbliche di servizi alla persona
Finanziamento della misura	Regionale e locale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	ND

Regione	<b>Umbria</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2010</b>
Titolo	<b>Legge regionale 16 febbraio 2010, n. 13: Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia</b>
Strumenti attuativi previsti	Regolamento
Materie/ambiti	Politiche e interventi per la famiglia
Area di intervento	Promozione e sostegno delle responsabilità familiari
Destinatari	Famiglie residenti in regione
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	<p>Interventi di sostegno assistenziale (domiciliare, semiresidenziale) ed economico, mediazione familiare, interventi socio-educativi territoriali, interventi consultoriali</p> <p><i>ARTICOLO 7 (Interventi per le famiglie vulnerabili)</i></p> <p><i>1. La Regione promuove forme di sostegno, anche mediante agevolazioni economiche, ai nuclei familiari che, per il combinarsi di più fattori, tra i quali l'elevato numero dei figli, sono vulnerabili e più esposti al disagio e al rischio di povertà.</i></p> <p><i>2. Per l'attuazione di quanto disposto dal comma 1, la Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, realizzano i seguenti interventi:</i></p> <p><i>a) erogazione diretta di benefici economici per la fornitura di beni e servizi essenziali per la vita familiare;</i></p> <p><i>b) agevolazioni per i costi di servizi pubblici e di tariffe, nei limiti delle normative vigenti;</i></p> <p><i>c) riduzione di costi di beni o servizi di uso familiare mediante convenzioni con produttori e distributori;</i></p> <p><i>d) integrazione al canone di locazione ed altre agevolazioni per l'accesso all'alloggio in locazione;</i></p> <p><i>e) agevolazioni per spese mediche e sanitarie;</i></p> <p><i>f) prestito sociale d'onore;</i></p> <p><i>g) misure di sostegno all'inserimento e reinserimento nel mondo del lavoro.</i></p> <p><i>(...) 4. Le norme regolamentari di cui al comma 3, in coerenza con la presente legge, definiscono la categoria della vulnerabilità, tenendo presenti, in ogni caso, le seguenti situazioni di disagio:</i></p> <p><i>a) nascita di un altro figlio o adozione o affido;</i></p> <p><i>b) ingresso dei figli nel circuito dell'istruzione;</i></p> <p><i>c) decesso, ovvero riduzione o perdita del reddito da lavoro da parte della persona di riferimento del nucleo familiare;</i></p> <p><i>d) scomposizione della famiglia;</i></p> <p><i>e) insorgenza di una malattia grave o di una dipendenza;</i></p> <p><i>f) perdita o difficoltà di accesso all'alloggio;</i></p> <p><i>g) presenza o insorgenza in famiglia di una condizione di non autosufficienza;</i></p> <p><i>h) inabilità temporanea al lavoro di lavoratore autonomo, qualora sia unico titolare del reddito nell'ambito del nucleo familiare, per periodi eccezionali la copertura assicurativa o in assenza di garanzie assicurative individuali</i></p>



Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali, associazionismo
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Regionale e locale
Finanziamento della misura	Regionale (a gravare su quota FNPS)
Previsione di spesa	3 milioni euro/anno per interventi sociali
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	ND

Regione	<b>Valle D'Aosta</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1984</b>
Titolo	<b>L.R. 1 giugno 1984, n. 17: Interventi assistenziali ai minori</b>
Strumenti attuativi previsti	Determinazioni annuali delle misure
Materie/ambiti	Servizi sociali
Oggetto	Interventi di tutela dei minori
Destinatari	Minori residenti in Valle D'Aosta
Requisiti di accesso specifico*	Minori orfani di uno o entrambi i genitori, riconosciuti da un solo genitore, con genitori divorziati o separati
Valutazione*	Amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione economica
Misure considerate	Sussidio economico di mantenimento Interventi economici una tantum
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Valle D'Aosta</b>
Tipologia di atto	<b>Regolamento regionale</b>
Data di approvazione	<b>1994</b>
Titolo	<b>Regolamento reg. 20 giugno 1994, n. 3: Norme regolamentari per l'applicazione degli artt. 8, 9, 10 e 11 della legge regionale 1' giugno 1984, n. 17 (Interventi assistenziali ai minori)</b>
Strumenti attuativi previsti	Determinazioni annuali delle misure
Materie/ambiti	Servizi sociali
Oggetto	Interventi di tutela dei minori
Destinatari	Minori residenti in Valle D'Aosta
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione economica e composizione del nucleo familiare
Misure considerate	Sussidio economico per la permanenza in convitto Interventi economici straordinari Contributi per colonie e centri estivi
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	Amministrativo
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Valle D'Aosta</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 15 marzo 2007, n. 653 e copertina Approvazione di disposizioni applicative in materia di affidamento familiare ed accoglienza volontaria di minori e di interventi in favore di giovani oltre i 18 anni, in situazione di disagio, per il raggiungimento dell'autonomia</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Oggetto	Interventi di tutela dei minori a rischio
Destinatari	Minori residenti in Valle D'Aosta
Requisiti di accesso specifico*	Situazione di rischio o pregiudizio sociale
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione personale e familiare
Misure considerate	Interventi di prevenzione dell'allontanamento del minore dal nucleo di origine (sostegno educativo e psicologico) Affidamento part time diurno e notturno
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociali regionali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--
*dove rilevabile	--

Regione	<b>Valle D'Aosta</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera di giunta regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>D.G.R. 30 maggio 2008, n. 1656 e copertina Approvazione, ai sensi dell'art. 5 della legge regionale n. 18/2001, degli standard strutturali e gestionali delle strutture e dei servizi per minori. Revoca della deliberazione della Giunta regionale n.5190 in data 30.12.2002.</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Oggetto	Interventi per minori
Destinatari	Minori residenti in Valle D'Aosta Soggetti erogatori
Requisiti di accesso specifico*	Nuclei e minori in situazioni di fragilità e marginalità
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione psicofisica, relazionale e comportamentale del minore e del nucleo di riferimento
Misure considerate	Assistenza domiciliare educativa a sostegno delle responsabilità e delle funzioni educative genitoriali, riduzione del rischio di emarginazione Servizio per incontri protetti a favore dei minori e delle loro famiglie: supporto alla genitorialità e mantenimento della relazione tra genitori e figli in caso di conflitti intrafamiliari
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Equipe sociosanitaria territoriale, educatori professionali incaricati del caso
Procedimento previsto*	Progettazione dell'intervento personalizzato e stipula di accordo di collaborazione tra famiglia e servizi
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Valle D'Aosta</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>2010</b>
Titolo	<b>Legge regionale 23 luglio 2010, n.23: Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale. Abrogazione di leggi regionali</b>
Strumenti attuativi previsti	Atti di Giunta
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Contributi economici
Destinatari	Famiglie e minori residenti
Requisiti di accesso specifico*	Situazione di disagio sociale ed economico
Valutazione*	Professionale e amministrativa (IRSE)
Elementi oggetto della valutazione*	Risorse personali, familiari, del contesto sociale di appartenenza, dei servizi pubblici e del privato sociale del territorio
Misure considerate	Assegni di cura (per minori affidati e gestanti in difficoltà), anticipazione dell'assegno di mantenimento, voucher per accesso a convitti
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Amministrazione regionale, servizi territoriali
Procedimento previsto*	Valutazione preliminare, progettazione di un piano di intervento personalizzato, monitoraggio e verifica
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	12 milioni anno 2011
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	Relazione annuale della Giunta alla Commissione consiliare competente sullo stato di attuazione

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1982</b>
Titolo	<b>L.R. 15 dicembre 1982, n. 55: Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ ambiti	Servizio sociale
Area di intervento	Disciplina delle funzioni di assistenza sociale
Destinatari	I cittadini residenti nel Veneto Gli stranieri e gli apolidi che si trovino nel territorio del Veneto e fino al possibile rientro nella comunità di provenienza, anche se non siano assimilati ai cittadini e non risultino appartenenti a stati per i quali sussista trattamento di reciprocità
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Attività consultoriali familiari Servizi e interventi che privilegino il mantenimento l'inserimento e il reinserimento dei soggetti nell'ambiente familiare e sociale di appartenenza Interventi in forme aperte con carattere domiciliare o di centro diurno
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociosanitari territoriali
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni, comunità montane e unità locali sociosanitarie Regione
Finanziamento della misura	Regionale e comunale
Previsione di spesa	Indeterminata (confluenza finanziamenti settoriali preesistenti e nuovi stanziamenti)
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Legge regionale</b>
Data di approvazione	<b>1988</b>
Titolo	<b>Legge regionale 9 agosto 1988, n. 42: Istituzione dell'ufficio di protezione e pubblica tutela dei minori</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ ambiti	Servizio sociale
Area di intervento	Disciplina delle funzioni dell'ufficio
Destinatari	--
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Attività di informazione e sensibilizzazione Funzioni di segnalazione di situazioni pregiudizievoli
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Organico dell'ufficio
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--



Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2002</b>
Titolo	<b>D.G.R. 30 dicembre 2002, n. 4031: "Progetto Pilota Regionale di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori. Istituzione dei Centri terapeutico-riabilitativi a livello provinciale o interprovinciale, in attuazione da quanto previsto dalla L. 269/98 e dal Decreto n. 89/2002".</b> <b>D.G.R. 30 dicembre 2003, n. 4236 "Progetto Pilota Regionale di prevenzione, contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori. Graduatoria dei Centri terapeutico-riabilitativi a livello provinciale o interprovinciale, ammessi a finanziamento</b>
Strumenti attuativi previsti	<i>Interventi rifinanziati per il 2004-2007</i> Presentazione di progetti specifici di attivazione delle misure considerate
Materie/ ambiti	Servizi sociosanitari
Area di intervento	Implementazione di interventi a favore di minori a rischio di maltrattamento e abuso
Destinatari	--
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Accompagnamento e supporto a genitori, insegnanti, operatori ed educatori che sono a contatto diretto con i bambini e adolescenti e ne favoriscono il processo di crescita, con l'obiettivo di individuare precocemente gli eventuali segnali di disagio Sensibilizzazione/ informazione a genitori, giovani, educatori, insegnanti e operatori Formazione a vari livelli per operatori dei servizi sociali e sanitari del territorio; elaborazione di linee guida, procedure e protocolli operativi con altre istituzioni coinvolte
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Professionisti sociali e sociosanitari: assistenti sociali, psicologi, educatori
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Azienda sanitaria
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2004</b>
Titolo	<b>D.G.R. 29 dicembre 2004, n. 4312: Approvazione Linee Guida 2005 e Protocollo d'Intesa tra Regione del Veneto Aziende U.U.L.L. e ANCI sulla protezione e tutela del minore</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Modalità di valutazione delle segnalazioni e di presa in carico di minori a rischio
Destinatari	--
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione psicofisica, sociale e familiare del minore
Misure considerate	Interventi di tutela del minore: criteri di determinazione dell'allontanamento dalla famiglia
Durata massima dell'intervento *	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali sociosanitari
Procedimento previsto*	Individuazione del servizio titolare della presa in carico; comunicazione ai diversi soggetti coinvolti nelle attività di diagnosi e negli interventi e percorso di acquisizione della loro collaborazione e del loro coinvolgimento; elaborazione e realizzazione del progetto d'intervento da parte del servizio titolare in collaborazione, se del caso, con altri servizi; eventuale ricorso all'attività di consulenza o mediazione dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori del Veneto
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Urss Comuni
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 16 gennaio 2007, n. 84, L.R. 16 agosto 2002, n. 22: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture socio sanitarie e sociali</b>  <b>D.G.R. 3 luglio 2007, n. 2067 L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione delle procedure per l'applicazione della D.G.R. n. 84 del 16.01.2007 (documento di sintesi delle precedenti deliberazioni)</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Disciplina delle strutture sociosanitarie
Destinatari	Soggetti erogatori Comuni e Ulss
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Rispondenza delle strutture ai criteri predefiniti
Misure considerate	Comunità educativa diurna per minori/adolescenti: servizio educativo-assistenziale con il compito di accogliere durante il giorno il minore qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere al proprio compito attraverso la realizzazione di progetti di integrazione del minore nel territorio e con il nucleo familiare
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Personale interno con profilo di educatore-animatore, servizi territoriali in-vianti
Procedimento previsto*	Predisposizione di progetto generale del servizio e di singoli progetti personalizzati in cui sono esplicitate le modalità di coinvolgimento della famiglia e nella programmazione educativa
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R. 27 novembre 2007, n. 3827: Piano Regionale Infanzia, Adolescenza, Famiglia: biennio gennaio 2008 - dicembre 2009</b>
Strumenti attuativi previsti	Sostegno attività realizzate a livello locale (piani di zona)
Materie/ ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Interventi a tutela dell'infanzia, adolescenza e famiglia
Destinatari	Enti locali e Ulss (proponenti adesione al piano regionale)
Requisiti di accesso specifico*	Integrazione degli indirizzi regionali
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	Rispondenza alle priorità regionali
Misure considerate	Consolidamento del sistema di reti di famiglie, reti di solidarietà per l'infanzia e l'adolescenza: promozione e sostegno di capitale sociale familiare per l'animazione e lo sviluppo di un tessuto sociale comunitario Promozione di interventi socio-educativi per favorire forme di accoglienza del minore e della famiglia in difficoltà, in una rete integrata di servizi
Durata massima dell'intervento *	Biennale
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociosanitari territoriali
Procedimento previsto*	Presentazione istanze di adesione/proposta
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni e Ulss
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinato sul biennio
Durata dell'azione regionale*	Biennio 2008-2009
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.R 28 dicembre 2007, n. 4584: Progetti a favore dei minori in forte rischio di abbandono, sfruttamento e marginalità sociale</b>
Strumenti attuativi previsti	Progetto sperimentale
Materie/ ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	interventi di prevenzione e sostegno a minori a forte rischio sociale
Destinatari	Uss Bassano
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Offrire un sostegno educativo e globale con figure stabili di riferimento e con funzioni mediatriche Favorire e sostenere la crescita delle competenze relazionali e l'inserimento nella vita sociale dei minorenni Sviluppare le capacità educative dei genitori Promuovere reti integrate dei servizi finalizzate alla formulazione e alla realizzazione di "Progetti Educativi Individualizzati" Favorire e sostenere lo sviluppo dei processi di socializzazione e tutte le azioni necessarie ad essi connessi Realizzare percorsi di accompagnamento formativo, di orientamento e di sostegno all'inserimento lavorativo dei ragazzi
Durata massima dell'intervento*	Annuale
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Professioni sociosanitarie dell'ente destinatario
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Uss individuata
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Annuale
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>D.G.R. 11 marzo 2008, n. 569: Approvazione delle Linee Guida 2008 per la protezione e la tutela del minore</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Modalità di valutazione delle segnalazioni e di presa in carico di minori a rischio
Destinatari	Operatori dei servizi sociosanitari, autorità giudiziaria
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale (multiprofessionale in caso di ipotesi di allontanamento)
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione psicofisica, sociale e familiare del minore
Misure considerate	Interventi di tutela del minore: criteri di determinazione dell'allontanamento dalla famiglia
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali sociosanitari
Procedimento previsto*	Individuazione del servizio titolare della presa in carico; comunicazione ai diversi soggetti coinvolti nelle attività di diagnosi e negli interventi e percorso di acquisizione della loro collaborazione e del loro coinvolgimento; elaborazione e realizzazione del progetto d'intervento da parte del servizio titolare in collaborazione, se del caso, con altri servizi; eventuale ricorso all'attività di consulenza o mediazione dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori del Veneto; modalità di passaggio di consegne in caso di trasferimento del minore e del nucleo familiare in comuni diversi, per assicurare continuità di presa in carico
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Comuni e Ulss Regione
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>D.G.R. 8 agosto 2008, n. 2416: allegato A "Linee di indirizzo per lo sviluppo dei servizi di protezione dei bambini e degli adolescenti – Biennio 2009/2010"</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Messa a regime di procedure di presa in carico di minori
Destinatari	Sistema dei servizi territoriali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	--
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Differenziazione dell'offerta locale dei servizi di accoglienza e di contrasto all'allontanamento Sviluppo dei servizi nell'ambito della protezione, cura e tutela del minore, strettamente correlato con quello della cura e dello sviluppo delle famiglie come soggetto attivo Sviluppo delle "risorse accoglienti", soprattutto quando con queste si intende lo sviluppo e il sostegno delle reti familiari e dell'associazionismo Forme di tutoraggio e accompagnamento educativo personalizzate, all'intervento domiciliare, all'accoglienza diurna a tempo determinato Inserimento, fra le unità di offerta che rientrano nel sistema dell'accreditamento, di altre nuove tipologie di servizi (centri diurni, accompagnamento domiciliare, la cui modulazione nel territorio diventa fondamentale per costruire percorsi non istituzionalizzanti)
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi territoriali competenti in materia, Uffici di piano
Procedimento previsto*	Progettazione individualizzata
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Comuni e Ulss Autorità giudiziaria
Finanziamento della misura	Regionale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	Biennale
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Veneto</b>
Tipologia di atto	<b>Delibera Giunta Regionale</b>
Data di approvazione	<b>2008</b>
Titolo	<b>D.G.R. 2 dicembre 2008, n. 3791: allegato A "Linee Guida 2008 per i Servizi Sociali e Socio Sanitari: L'affido familiare in Veneto. Indicazioni e responsabilità per la gestione dei processi di affidamento familiare"</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Modalità condivise di presa in carico per l'affido familiare
Destinatari	Sistema dei servizi territoriali competenti in materia: operatori dei Casf, operatori di tutti i servizi alla persona, operatori del privato sociale/ associazioni, amministratori pubblici degli enti locali
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Multiprofessionale
Elementi oggetto della valutazione*	Potenzialità affettive ed educative della famiglia del minore Qualità dell'attaccamento tra genitori e bambino Modalità relazionali, disfunzionalità, difficoltà e risorse presenti nella famiglia di origine
Misure considerate	Affidi familiari residenziali, diurni o a tempo parziale Ampliamento dell'ambito delle azioni di micro-solidarietà, quali affidi parziali, pomeridiani, sostegni di vario tipo e forme di prossimità e sostegno tra famiglie
Durata massima dell'intervento*	Tempo limite di affido familiare: due anni prorogabili
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociosanitari del territorio
Procedimento previsto*	L'affidamento familiare, per sua natura temporaneo, ha valore in quanto strumento per permettere il ritorno del bambino o ragazzo nella famiglia di origine una volta che questa abbia superato le sue difficoltà, e non in quanto fine. Include sempre nel progetto di intervento la famiglia di origine Il progetto quadro: interventi di recupero di una sufficiente capacità di cura e protezione della famiglia di origine
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Regione Enti locali e Ulss
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	Indeterminata
Valutazione di impatto*	--



Regione	<b>Provincia autonoma Bolzano</b>
Tipologia di atto	<b>Legge provinciale</b>
Data di approvazione	<b>1987</b>
Titolo	<b>Legge provinciale 21 dicembre 1987, n. 33: Assistenza e beneficenza pubblica: provvedimenti relativi agli affidamenti di minorenni</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Interventi di tutela sociale per minori
Destinatari	Minori e famiglie residenti in provincia di Bolzano
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale (amministrativa per contributo economico)
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione socio-familiare del minore
Misure considerate	Affidamento a tempo limitato nel corso della giornata: quando l'impossibilità dei genitori (o del genitore esercente la potestà) di prendersi cura del minore si limita a determinati periodi nel corso della giornata e non sia possibile provvedere attraverso appropriati servizi Assegno al nucleo familiare destinato alla cura e all'educazione dei figli nei primi tre anni di vita
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Servizi sociosanitari provinciali, Ufficio famiglia e gioventù
Procedimento previsto*	--
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Provincia autonoma
Finanziamento della misura	Provinciale
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Provincia autonoma Bolzano</b>
Tipologia di atto	<b>Decreto presidenziale</b>
Data di approvazione	<b>2000</b>
Titolo	<b>D.P.G.P. 11 agosto 2000, n. 30: Regolamento relativo agli interventi di assistenza economica sociale ed al pagamento delle tariffe nei servizi sociali</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Misure economiche
Destinatari	Residenti e domiciliati (da almeno tre mesi) nella provincia di Bolzano
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	Situazione economica familiare
Misure considerate	<p>Prestazioni di assistenza economica sociale: interventi volti a perseguire l'integrazione sociale e l'indipendenza economica dei soggetti e delle famiglie destinatarie, attraverso trasferimenti monetari integrativi al reddito e programmi personalizzati</p> <p>Reddito minimo di inserimento</p> <p>Prestazione per il pagamento delle spese di locazione e spese accessorie.</p> <p>Prestazione economica erogata per contribuire a soddisfare, in particolari circostanze della vita, bisogni che determinano una situazione di emergenza individuale o familiare non risolvibile con le altre prestazioni di assistenza economica</p> <p>Contributi economici straordinari per minori che necessitano di interventi urgenti, specifici e mirati per garantire il loro armonico sviluppo</p> <p>Prestazioni di assistenza economica e sociale, parte integrante di un programma di interventi di integrazione sociale predisposto per favorire il superamento dell'emarginazione dei singoli e delle famiglie attraverso la promozione delle capacità individuali e dell'indipendenza economica delle persone</p>
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	--
Procedimento previsto*	Accertamento requisiti amministrativi su istanza di parte
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Amministrazione provinciale
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Provincia autonoma Bolzano</b>
Tipologia di atto	<b>Deliberazione della giunta provinciale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>D.G.P. 28 dicembre 2007, n. 4702: Criteri per la gestione e la determinazione dei costi dei servizi socio-pedagogici per minori nonché per la gestione dei servizi residenziali e semiresidenziali socioterapeutici e socio pedagogici integrati per minori con disturbi psichici</b>
Strumenti attuativi previsti	--
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Requisiti strutturali dei servizi per minori
Destinatari	Soggetti gestori dei servizi interessati Minori residenti nel territorio provinciale
Requisiti di accesso specifico*	--
Valutazione*	Professionale e amministrativa
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Centro diurno: collocazione diurna extra familiare di minori in difficoltà e/o a rischio di emarginazione. Ha finalità educative e assistenziali volte al sostegno del minore durante un periodo definito della giornata, garantendo anche l'erogazione del pranzo principale Centro diurno sociopedagogico integrato: servizio di accoglienza semiresidenziale pomeridiano sia per minori in situazione di disagio socio-familiare, sia con disturbi psichici
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Educatori e animatori; in caso di utenza con bisogni sociosanitari si prevede un team multidisciplinare composto da personale sociopedagogico e personale sanitario
Procedimento previsto*	È prevista la formulazione di un piano educativo e terapeutico per i minori. Il metodo integra il modello pedagogico con il modello terapeutico-riabilitativo, tenendo conto anche degli ambiti scolastici. Gli operatori pedagogici e sanitari collaborano con le famiglie di origine. Il progetto individualizzato viene sottoposto a verifica periodica da parte del team socio-sanitario insieme agli altri servizi e/o persone coinvolti
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Azienda sanitaria Alto Adige
Finanziamento della misura	
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Provincia autonoma di Trento</b>
Tipologia di atto	<b>Legge provinciale</b>
Data di approvazione	<b>1991</b>
Titolo	<b>Legge provinciale 12 luglio 1991, n. 14: Ordinamento dei servizi socioassistenziali in provincia di Trento (abrogata una volta approvati regolamenti di attuazione LP n.13 del 2007)</b>
Strumenti attuativi previsti	Piano sociale Regolamenti tipo Atti di Giunta di dettaglio
Materie/ambiti	Servizi sociali
Area di intervento	Ordinamento dei servizi socio-assistenziali
Destinatari	I cittadini residenti nei comuni della provincia di Trento; gli stranieri e gli apolidi, residenti nei comuni della provincia di Trento; i cittadini, gli stranieri e gli apolidi che si trovano occasionalmente sul territorio della provincia di Trento, purché siano in situazioni di bisogno tali da esigere interventi non differibili
Requisiti di accesso specifico*	Insufficienza del reddito familiare in rapporto alle esigenze minime vitali di tutti i membri del nucleo Incapacità totale o parziale Circostanze in cui persone singole o nuclei familiari si trovino in situazioni di particolare bisogno, anche di carattere affettivo-educativo, o siano esposti al rischio di emarginazione
Valutazione*	Professionale
Elementi oggetto della valutazione*	--
Misure considerate	Attività mirate a prevenire fenomeni di emarginazione connessi a carenze di natura socio-relazionale di soggetti o gruppi a rischio Interventi a sostegno psicosociale, quale aiuto a persone, a nuclei familiari e a gruppi; interventi di aiuto per l'accesso ai servizi volti ad informare, orientare e motivare persone singole e nuclei familiari sulle possibilità esistenti al fine di facilitarne la fruizione; interventi di assistenza economica Interventi di assistenza domiciliare; servizi a carattere semiresidenziale: aiutare e sostenere la famiglia per garantire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita, evitando o riducendo l'esigenza di ricorrere a strutture residenziali e i rischi di isolamento o di emarginazione Anticipazione dell'assegno di mantenimento a tutela dei minori non corrisposte dal genitore obbligato nei termini e alle condizioni stabilite dall'autorità giudiziaria
Durata massima dell'intervento*	--
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Équipes multiprofessionali
Procedimento previsto*	Individuazione dei bisogni e delle risorse del territorio; informazione sui servizi e sulle prestazioni socio-assistenziali, su condizioni, requisiti e modalità per accedervi; analisi e valutazione della domanda ed organizzazione della risposta; attuazione di interventi, sia preventivi sia di sostegno, e di integrazione
Assetto istituzionale	--
Competenza all'attuazione*	Provincia Comuni
Finanziamento della misura	Provinciale
Previsione di spesa	Determinata
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

Regione	<b>Provincia autonoma di Trento</b>
Tipologia di atto	<b>Legge provinciale</b>
Data di approvazione	<b>2007</b>
Titolo	<b>Legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13: Politiche sociali nella provincia di Trento</b>
<b>Strumenti attuativi previsti</b>	Piano sociale provinciale e piani di comunità Regolamento di attuazione Servizi sociali
<b>Materie/ambiti</b>	Ordinamento del sistema dei servizi
<b>Area di intervento</b>	Le persone residenti da più di tre anni consecutivi in provincia di Trento hanno diritto a beneficiare di tutti gli interventi
<b>Destinatari</b>	I cittadini dell'Unione europea, gli stranieri e gli apolidi aventi residenza anagrafica in un comune della provincia di Trento, che si trovano in uno stato anche temporaneo di bisogno effettivo o potenziale hanno accesso ad interventi determinati Alle persone comunque presenti sul territorio provinciale sono assicurati gli interventi indifferibili
<b>Requisiti di accesso specifico*</b>	Lo stato di bisogno si manifesta nell'incapacità, anche temporanea, del singolo e del nucleo familiare di appartenenza di far fronte alle esigenze vitali primarie e di socialità, derivante da almeno una delle seguenti condizioni: a) insufficienza della condizione economico-patrimoniale b) disabilità psico-fisico-sensoriale c) difficoltà di ordine psicologico, sociale, culturale, relazionale d) sottoposizione a provvedimenti dell'autorità giudiziaria
<b>Valutazione*</b>	Professionale e amministrativa
<b>Elementi oggetto della valutazione*</b>	Valutazione delle esigenze di carattere sociale, sanitario, educativo, formativo, di sostegno lavorativo e abitativo
<b>Misure considerate</b>	Interventi di servizio sociale professionale e segretariato sociale; interventi di prevenzione, promozione e inclusione sociale; interventi integrativi o sostitutivi di funzioni proprie del nucleo familiare; interventi di sostegno economico; ulteriori interventi individuati dal piano sociale provinciale Interventi di assistenza domiciliare, per il soddisfacimento di esigenze personali, domestiche, relazionali, educative e riabilitative Servizi a carattere semiresidenziale, rivolti all'accoglienza di persone i cui bisogni di cura, tutela ed educazione non possono trovare adeguata risposta, anche in via temporanea, nell'ambito familiare; mediazione familiare, volta a risolvere le conflittualità tra genitori e tra genitori e figli, a tutela in particolare dei minori Assegni per la prima infanzia consistenti in erogazioni economiche bimestrali a sostegno delle famiglie per la cura e l'educazione dei figli nei primi tre anni di vita Prestiti sull'onore, consistenti in un'erogazione in denaro concessa senza interessi, in relazione a determinate spese, a persone e nuclei familiari che si trovano in situazioni temporanee di difficoltà finanziaria
<b>Durata massima dell'intervento*</b>	--
<b>Risorse organizzative e professionali coinvolte</b>	Figure professionali sociali e sociosanitarie, in particolare di assistenti sociali, educatori professionali, psicologi ed operatori sociosanitari
<b>Procedimento previsto*</b>	Presa in carico unitaria, progettazione personalizzata
<b>Assetto istituzionale</b>	--
<b>Competenza all'attuazione*</b>	Provincia autonoma Comuni
<b>Finanziamento della misura</b>	Provinciale
<b>Previsione di spesa</b>	--
<b>Durata dell'azione regionale*</b>	--
<b>Valutazione di impatto*</b>	Capo IV Valutazione di impatto (familiare e di genere)

Regione	<b>Provincia autonoma di Trento</b>
Tipologia di atto	<b>Legge provinciale</b>
Data di approvazione	<b>2009</b>
Titolo	<b>Legge provinciale 11 febbraio 2009, n. 1: Modifiche della legge provinciale sul difensore civico - compiti del difensore civico in materia di infanzia ed adolescenza</b>
Strumenti attuativi previsti	
Materie/ambiti	Organizzazione regionale
Area di intervento	Disciplina del difensore civico
Destinatari	Amministrazioni pubbliche, generalità dei cittadini
Requisiti di accesso specifico*	
Valutazione*	
Elementi oggetto della valutazione*	
Misure considerate	Poteri di segnalazione, ispezione e vigilanza Funzioni informative, propositive e consultive
Durata massima dell'intervento*	
Risorse organizzative e professionali coinvolte	Ufficio del difensore civico
Procedimento previsto*	
Assetto istituzionale	
Competenza all'attuazione*	Provinciale
Finanziamento della misura	--
Previsione di spesa	--
Durata dell'azione regionale*	--
Valutazione di impatto*	--

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Balboni E., et al. (2007), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n.328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*. Seconda edizione, Giuffrè, Milano.
- Bergonzini C. (2008), *Art. 29 e Art. 30*, in Bartole S., Bin R. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, pp. 302-311, e pp. 311-318.
- Fondazione Zancan (2006), *Politiche per l'infanzia e la famiglia. Il contributo di Alfredo Carlo Moro alle proposte culturali della Fondazione Zancan*, Fondazione Zancan, Padova.
- Gualdani A. (2007), *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Giuffrè, Milano.
- Innocenti E. (2007), *Gli interventi legislativi regionali di contrasto alla povertà*, in Caritas Italiana, Fondazione Zancan (a cura di), *Rassegnarsi alla povertà. Rapporto 2007 su povertà e esclusione sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 109-138.
- Lamarque E. (2007), *I diritti dei figli*, in Cartabia M. (a cura di), *I diritti in azione. Universalità e pluralismo dei diritti fondamentali nelle Corti europee*, Il Mulino, Bologna, pp. 283-317.
- Moro A.C. (2006), *Il minore nel diritto di famiglia*, in Fondazione Zancan, "Politiche per l'infanzia e la famiglia. Il contributo di Alfredo Carlo Moro alle proposte culturali della Fondazione Zancan", Fondazione Zancan, Padova.
- Torchia L. (2005), *Welfare e federalismo*, Il Mulino, Bologna.
- Vivaldi E. (2008), *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino.







**RISC**

**R**ischio per l'**I**nfanzia e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

## **SEZIONE 4**

### **AREA ANALISI ECONOMICA** **LA SPESA DEI COMUNI PER GLI INTERVENTI** **PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA** **PREVENTIVI DELL'ALLONTANAMENTO**



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## LA SPESA DEI COMUNI PER GLI INTERVENTI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA PREVENTIVI DELL'ALLONTANAMENTO

### I motivi di un'analisi

Lo scenario che contraddistingue le politiche sociali è la scarsità di risorse e la rapida crescita della domanda. Inoltre, nel welfare italiano le risorse sono destinate in modo nettamente prevalente al sostegno della vecchiaia (pensioni, 68%) e alla cura della malattia (sanità, 24%), piuttosto che all'assistenza (servizi sociali, 8%). Questa rappresenta solo l'1,8% del Pil.

Rispetto poi allo specifico della spesa a favore dei bambini e delle famiglie, l'Italia si colloca al penultimo posto tra i paesi dell'Europa dei 15, con il 4,4% del Pil. La spesa che i comuni, principali responsabili dei servizi sociali, destinano ai bambini e alle loro famiglie, nel 2007 è stata quasi di 2,5 miliardi di euro, pari cioè a circa 245 euro per ogni minore residente, con notevoli differenze territoriali, soprattutto tra nord e sud del Paese (minimo di 54,78 euro, massimo di 511,26 euro).

Si tratta di risorse molto contenute e rispetto alle quali poco o nulla si sa: se sono correlate al bisogno, se sono usate in modo efficiente e se sono utilizzate per produrre servizi efficaci. Si tratta invece di questioni che richiedono maggiore interesse e approfondimento (Beecham J., Sinclair I., 2006).

Il settore dell'assistenza in Italia si caratterizza per essere un sistema multilivello, nel quale più soggetti (Stato centrale e suoi organi, Regioni, Comuni singoli e associati ecc.) sono titolari di interventi e servizi e gestori di risorse. In un tale quadro, diventa molto difficile ricostruire flussi di spesa finalizzati a specifici temi, come, per esempio, la spesa destinata da tutte le istituzioni pubbliche per il contrasto alla povertà, o, nel caso di questa ricerca, la spesa pubblica per gli interventi preventivi dell'allontanamento. Pertanto la ricostruzione della spesa non può che essere parziale.

### L'oggetto e la metodologia dell'analisi

Non potendo realizzare una rilevazione ad hoc rispetto all'oggetto della ricerca, è stata utilizzata una fonte di dati disponibile, cioè l'indagine sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati realizzata dall'Istat in collaborazione con più enti del governo centrale (tra cui il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) e locale, interessati alla produzione e all'utilizzo della base dati a cui la rilevazione è finalizzata.

Si tratta di un'indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni, singoli e associati, che rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai Comuni per i servizi erogati (da soli e/o in associazione con altri).

L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai Comuni singoli e dalle loro associazioni (quali comprensori e consorzi), oltre che da Comunità montane e da distretti sociosanitari/azienda Usl che affiancano i Comuni singoli e talvolta li sostituiscono.

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

Gli interventi e i servizi sociali sono riconducibili a tre macro-aree: interventi e servizi di supporto (a loro volta suddivisi in: attività di servizio sociale professionale; integrazione sociale; interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo; assistenza domiciliare; servizi di supporto), trasferimenti in denaro, strutture (a loro volta suddivisi in: strutture a ciclo diurno o semiresidenziale; strutture comunitarie e residenziali, pronto intervento sociale).

Nella multiutenza rientrano i servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di utenti, le attività generali svolte dai Comuni e i costi sostenuti per esenzioni e agevolazioni offerte agli utenti delle diverse aree. In quest'area gli interventi e i servizi sono suddivisi in: segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi, prevenzione e sensibilizzazione, azioni di sistema e spese di organizzazione.

La successiva analisi si concentra sui dati raccolti nell'ambito dell'indagine con riferimento all'area minori e famiglie e all'anno 2005.

Il dettaglio della rilevazione Istat, con riferimento agli interventi nell'area minori, permette di [rileggere i dati in modo coerente](#) con il riferimento normativo disponibile in materia di livelli essenziali di assistenza sociale, cioè il [comma 4 dell'art. 22 della legge n. 328/2000](#) (Bezze M. e altri, 2005).

Questa rilettura raggruppa gli interventi e i servizi contemplati nell'indagine per l'area minori, rispetto al macro livello assistenziale, cioè:

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

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

- [interventi preventivi dell'allontanamento](#);
- [interventi di allontanamento](#);

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

Tab. 1 – Mappa di classificazione degli interventi e dei servizi sociali di area minori

<b>Finalità degli interventi</b>	<b>Macro livelli assistenziali (art. 22, c.4, l. 328/00)</b>			
	<i>Servizio sociale</i>	<i>Domiciliari</i>	<i>Intermedi</i>	<i>Residenziali</i>
<i>Preventivi dell'allontanamento</i>				
<i>Preventivi e di allontanamento</i>				
<i>Di allontanamento</i>				

Tab. 2 – Classificazione degli interventi per minori, rispetto all'art. 22, c. 4, legge n. 328/2000 e alle finalità

<b>Interventi</b>	<b>Macro livelli assistenziali (art. 22, c.4, l. 328/00)</b>			
	<i>Servizio sociale</i>	<i>Domiciliari</i>	<i>Intermedi</i>	<i>Residenziali</i>
<i>Preventivi dell'allontanamento</i>		Assistenza domiciliare socio-assistenziale Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio Trasporto sociale Contributi economici a integrazione del reddito familiare Contributi economici per alloggio Voucher, assegno di cura, buono sociosanitario Contributi economici erogati a titolo di prestito	Integrazione sociale - generale Contributi economici per inserimento lavorativo Contributi economici per cure sanitarie Contributi economici per i servizi scolastici Mensa Ludoteche / laboratori Centri di aggregazione / sociali Centri diurni estivi	Asilo nido e servizi integrativi Retta per asili nido Centri diurni Centri estivi o invernali
<i>Preventivi e di allontanamento</i>	Servizio sociale professionale	Sostegno socio educativo territoriale	Sostegno socio-educativo scolastico Sostegno all'inserimento lavorativo	

<i>Interventi</i>	<i>Macro livelli assistenziali (art. 22, c.4, l. 328/00)</i>			
	<i>Servizio sociale</i>	<i>Domiciliari</i>	<i>Intermedi</i>	<i>Residenziali</i>
<i>Di allontanamento</i>		Servizio per l'adozione		Retta per prestazioni residenziali Strutture residenziali Contributi economici per l'affido familiare Servizio per l'affido

## La spesa

Nel 2005 i comuni italiani hanno destinato 2,2 miliardi di euro per realizzare interventi e servizi destinati ai minori e alla famiglia (tab. 3).

In rapporto ai minori residenti (fig. 1), i comuni hanno speso 221 euro per ogni minore, con un minimo di 64 euro e un massimo di 504 euro. Dieci regioni registrano una spesa per minori inferiore a quella media nazionale. La regione con la spesa più alta ha una spesa otto volte superiore a quella della regione con la spesa più bassa.

La spesa per minori e famiglie rappresenta mediamente il 39% della spesa sociale complessiva dei comuni italiani (fig. 2). In alcune regioni (Emilia-Romagna, Puglia e Umbria), l'incidenza sfiora il 50% della spesa sociale. In Provincia di Bolzano la spesa per minori rappresenta il 12% della spesa degli enti locali.

Complessivamente, gli utenti dei servizi per minori e famiglie sono stati quasi 4 milioni e mezzo, pari a 448 minori ogni 1.000 minori residenti (tab. 4 e fig. 3).

Rispetto alle finalità degli interventi (preventivi dell'allontanamento, di allontanamento, indistinti), la spesa è destinata prevalentemente agli interventi preventivi dell'allontanamento (tab. 5). Si tratta quasi di 1,5 miliardi di euro, 148 euro per ogni minore residente, che rappresentano il 67% della spesa complessiva per minori e famiglia. Per gli interventi di allontanamento la spesa ammonta a 449 milioni di euro, 45 euro per ogni minore, pari al 20% della spesa totale.

Tra gli interventi preventivi dell'allontanamento, si registra una prevalenza della spesa per le risposte intermedie (1,3 miliardi di euro, 127 euro per ogni minore) rispetto a quella per le risposte intermedie (216 milioni di euro, 22 euro per ogni minore).

Tab. 3 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati, area minori, per regione – Anno 2005 (valori in euro e percentuali)

	<i>Spesa</i>	<i>Spesa pro capite</i>	<i>Spesa pro capite (minori)</i>	<i>% Spesa sul totale</i>
Piemonte	196.988.904	45,4	306,3	36%
Valle d'Aosta	9.775.122	79,2	504,4	25%
Lombardia	400.101.068	42,4	262,3	41%
<i>Bolzano</i>	<i>12.083.210</i>	25,2	124,1	12%
<i>Trento</i>	<i>39.673.845</i>	79,3	437,2	32%
Veneto	141.201.774	29,9	181,6	25%
Friuli Venezia Giulia	60.380.297	50,0	350,7	29%
Liguria	59.225.212	37,0	279,4	35%
Emilia-Romagna	295.129.500	70,8	483,1	48%
Toscana	161.760.465	44,8	309,0	37%
Umbria	31.987.720	37,0	246,0	46%
Marche	48.386.446	31,8	201,4	34%
Lazio	274.187.143	51,9	309,1	45%

	Spesa	Spesa pro capite	Spesa pro capite (minori)	% Spesa sul totale
Abruzzo	30.519.462	23,4	142,0	42%
Molise	4.223.175	13,1	78,7	31%
Campania	95.207.609	16,4	76,1	42%
Puglia	81.703.509	20,1	103,0	47%
Basilicata	10.669.871	17,9	98,4	44%
Calabria	24.524.773	12,2	63,5	45%
Sicilia	168.787.149	33,7	167,7	45%
Sardegna	65.422.671	39,6	244,8	36%
ITALIA	2.211.938.925	37,7	221,0	39%

Fig. 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni, area minori, per regione – Anno 2005 (valori in euro per ogni minore residente)

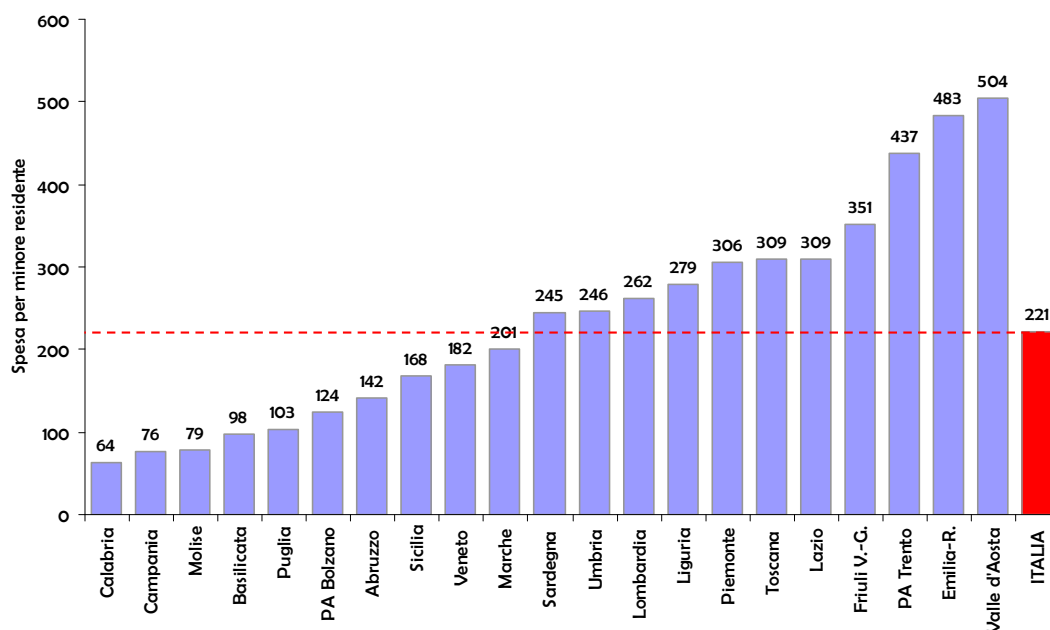
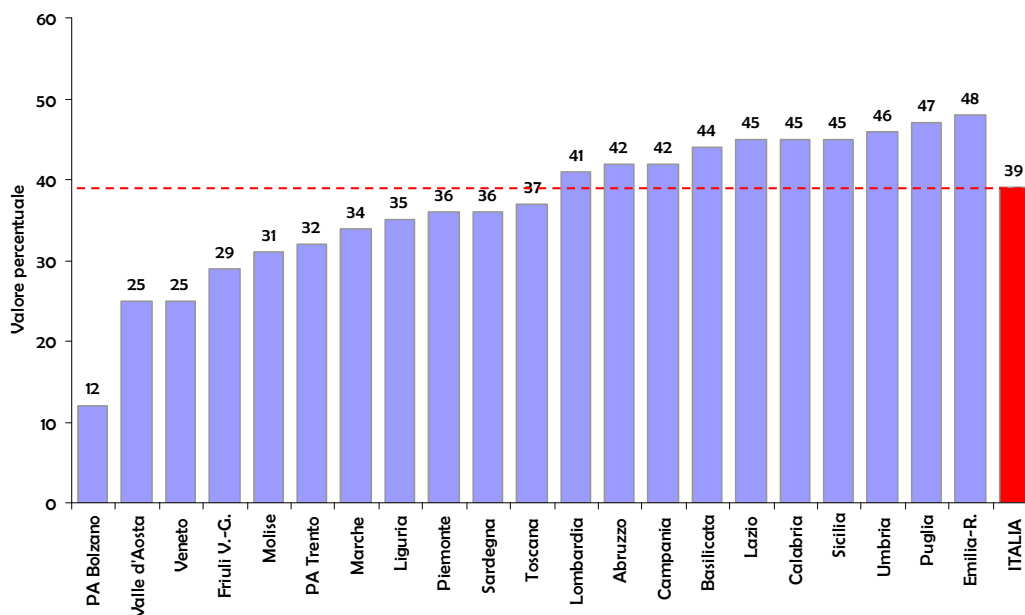


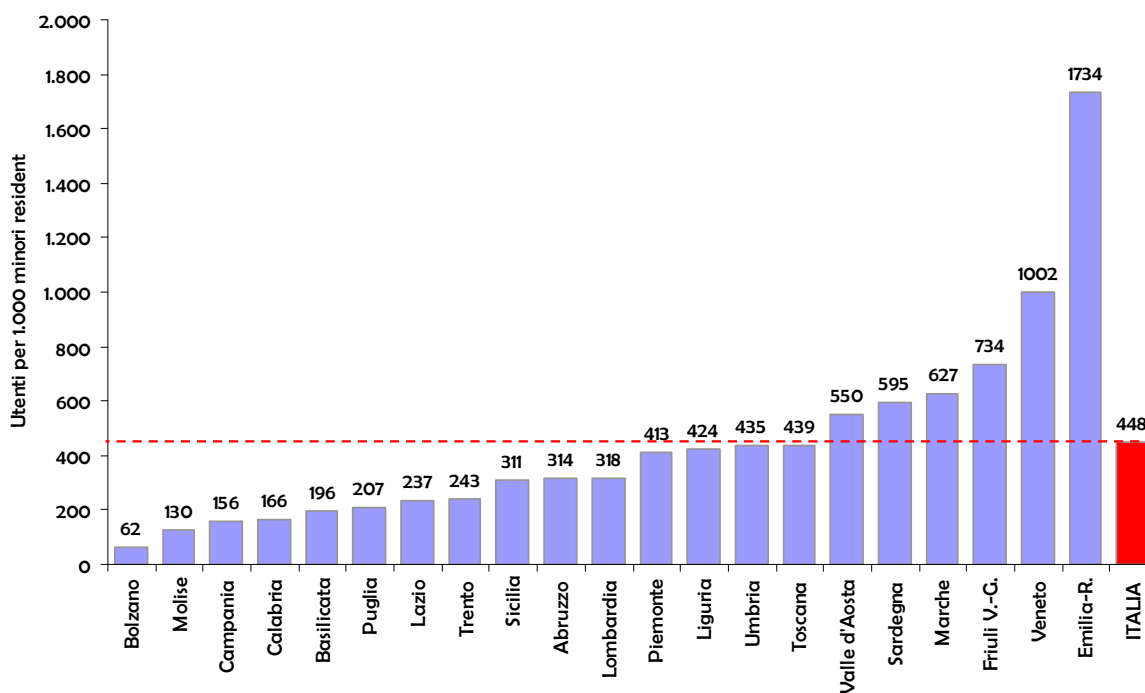
Fig. 2 – Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni, area minori, per regione – Anno 2005 (incidenza percentuale sul totale della spesa sociale)



Tab. 4 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi sociali, area minori, per regione – Anno 2005 (valori assoluti, utenti ogni 1.000 abitanti, utenti ogni 1.000 minori)

	Utenti	Utenti ogni 1.000 abitanti	Utenti ogni 1.000 minori
Piemonte	265.574	61,2	413,0
Valle d'Aosta	10.654	86,3	549,8
Lombardia	484.595	51,4	317,7
<i>Bolzano</i>	<i>6.011</i>	<i>12,5</i>	<i>61,7</i>
<i>Trento</i>	<i>22.034</i>	<i>44,1</i>	<i>242,8</i>
Veneto	778.942	165,1	1.001,5
Friuli Venezia Giulia	126.343	104,7	733,9
Liguria	89.778	56,1	423,6
Emilia-Romagna	1.059.316	254,1	1.734,0
Toscana	229.963	63,7	439,2
Umbria	56.604	65,6	435,4
Marche	150.511	98,8	626,5
Lazio	209.836	39,7	236,5
Abruzzo	67.586	51,9	314,4
Molise	6.948	21,6	129,5
Campania	194.408	33,6	155,5
Puglia	164.255	40,4	207,1
Basilicata	21.257	35,7	196,1
Calabria	64.317	32,0	166,4
Sicilia	313.243	62,5	311,2
Sardegna	158.856	96,1	594,5
ITALIA	4.481.031	76,5	447,6

Fig. 3 – Utenti che usufruiscono di interventi e servizi sociali, area minori, per regione – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)





**Tab. 5 - Spesa sociale per minori dei comuni, per scopo e livello di risposta – Anno 2005 (valori in euro e percentuali)**

Livello di risposta	Scopo				Totale
	Prevenire (Pre)	Indistinti	Allontanare (Post)	Altro	
<i>Valori assoluti</i>					
Servizio sociale	-	134.216.844	-	-	134.216.844
Domiciliare	216.179.995	61.715.930	6.360.899	768.766	285.025.590
Intermedio	1.268.576.356	51.873.101	-	1.665.618	1.322.115.075
Residenziale	-	-	442.560.982	-	442.560.982
Altro	-	-	-	28.020.434	28.020.434
<b>Totale</b>	<b>1.484.756.351</b>	<b>247.805.875</b>	<b>448.921.881</b>	<b>30.454.818</b>	<b>2.211.938.925</b>
<i>Valori pro capite</i>					
Servizio sociale	-	2,29	-	-	2,29
Domiciliare	3,69	1,05	0,11	0,01	4,86
Intermedio	21,65	0,89	-	0,03	22,56
Residenziale	-	-	7,55	-	7,55
Altro	-	-	-	0,48	0,48
<b>Totale</b>	<b>25,33</b>	<b>4,23</b>	<b>7,66</b>	<b>0,52</b>	<b>37,74</b>
<i>Valori pro capite per minore</i>					
Servizio sociale	-	13,41	-	-	13,41
Domiciliare	21,60	6,17	0,64	0,08	28,47
Intermedio	126,73	5,18	-	0,17	132,07
Residenziale	-	-	44,21	-	44,21
Altro	-	-	-	2,80	2,80
<b>Totale</b>	<b>148,32</b>	<b>24,75</b>	<b>44,85</b>	<b>3,04</b>	<b>220,96</b>
<i>Valori percentuali sul totale</i>					
Servizio sociale	-	6	-	-	6
Domiciliare	10	3	0	0	13
Intermedio	57	2	-	0	60
Residenziale	-	-	20	-	20
Altro	-	-	-	1	1
<b>Totale</b>	<b>67</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

Nelle pagine successive si riportano i dati di spesa e di offerta/risposta dei servizi sociali gestiti dai comuni, riferiti al 2005, con riferimento:

- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati da tutti i comuni d'Italia (tabb. 6-10);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni del Piemonte (tabb. 11-12);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Valle d'Aosta (tabb. 13-14);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni del Lombardia (tabb. 15-16);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Provincia autonoma di Bolzano (tabb. 17-18);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Provincia autonoma di Trento (tabb. 19-20);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni del Veneto (tabb. 21-22);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni del Friuli Venezia Giulia (tabb. 23-24);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Liguria (tabb. 25-26);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni dell'Emilia-Romagna (tabb. 27-28);

- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Toscana (tabb. 29-30);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni dell'Umbria (tabb. 31-32);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni delle Marche (tabb. 33-34);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni del Lazio (tabb. 35-36);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni dell'Abruzzo (tabb. 37-38);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni del Molise (tabb. 39-40);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Campania (tabb. 41-42);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Puglia (tabb. 43-44);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Basilicata (tabb. 45-46);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Calabria (tabb. 47-48);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Sicilia (tabb. 49-50);
- ai singoli interventi e servizi per minori, classificati per scopo e per livello assistenziale, erogati dai comuni della Sardegna (tabb. 51-52).

I dati evidenziano anche in questo caso la forte disparità territoriale nelle risorse destinate a prevenire, o a realizzare, l'allontanamento del bambino dalla sua famiglia, e negli interventi a tal fine messi in atto.

ITALIA

**Tab. 6 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori assoluti in euro)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare Contributi economici per alloggio Assistenza domiciliare socio-assistenziale Trasporto sociale Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario Contributi economici erogati a titolo di prestito Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	93.482.562 59.152.088 33.703.179 10.097.818 9.074.493 6.134.200 2.590.802 1.661.303 283.550 <b>216.179.995</b>	134.216.844 61.715.930	6.360.899	768.766	134.216.844 285.025.590
<b>Intermedio</b>	Asilo nido Integrazione sociale - generale Centri di aggregazione / sociali Centri diurni estivi Ludoteche / laboratori Retta per asili nido Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Centri diurni Contributi economici per i servizi scolastici Retta per altre prestazioni semi-residenziali Mensa Contributi economici per l'inserimento lavorativo Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie Centri estivi o invernali (con pernottamento)	861.264.734 63.479.073 51.446.467 44.671.121 39.297.400 38.553.733 37.062.424 31.797.311 31.422.559 25.743.540 19.208.270 11.669.450 6.886.361 6.073.913 <b>1.268.576.356</b>	46.421.375 5.451.726 <b>51.873.101</b>		1.665.618	1.322.115.075
<b>Residenziale</b>				Retta per prestazioni residenziali Strutture residenziali Contributi economici per affido familiare Servizio per l'affido minori		198.343.180 176.656.621 43.407.601 24.153.580 <b>442.560.982</b>
<b>Altro</b>					28.020.434	28.020.434
<b>Totale</b>		<b>1.484.756.351</b>	<b>247.805.875</b>	<b>448.921.981</b>	<b>30.454.818</b>	<b>2.211.938.925</b>

ITALIA

Tab. 7 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento - Anno 2005 (valori in euro pro capite)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale	
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
Domiciliare	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	1,60				2,29	
	Contributi economici per alloggio	1,01		0,11	0,01	4,86	
	Assistenza domiciliare socioassistenziale	0,58					
	Trasporto sociale	0,17					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,15					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,10					
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,04					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,03					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,00					
		3,69					
	Asilo nido	14,70	Sostegno socio-educativo scolastico	0,79		0,03	22,56
	Integrazione sociale - generale	1,08	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,09			
	Centri di aggregazione / sociali	0,88		0,89			
	Centri diurni estivi	0,76					
Ludoteche / laboratori	0,67						
Retta per asili nido	0,66						
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	0,63						
Centri diurni	0,54						
Contributi economici per i servizi scolastici	0,54						
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,44						
Mensa	0,33						
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,20						
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,12						
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,10						
	21,65						
Residenziale				Retta per prestazioni residenziali		7,55	
				Strutture residenziali		3,38	
				Contributi economici per affido familiare		3,01	
				Servizio per l'affido minori		0,74	
					0,41		
					7,55		
Altro					0,48	0,48	
Totale		25,33	4,23	7,66	0,52	37,74	

ITALIA

Tab. 8 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento - Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Altro	Totale
		Int. di allontanamento	Indistinti		
<b>Domiciliare</b>					
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	9,34	13,41		13,41
	Contributi economici per alloggio	5,91	6,17		28,47
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	3,37		0,64	
	Trasporto sociale	1,01			
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,91			
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,61			
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,26			
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,17			
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,03			
		<b>21,60</b>			
<b>Intermedio</b>					
	Asilo nido	86,04	4,64		132,07
	Integrazione sociale - generale	6,34	0,54		
	Centri di aggregazione / sociali	5,14	5,18		
	Centri diurni estivi	4,46			
	Ludoteche / laboratori	3,93			
	Retta per asili nido	3,85			
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	3,70			
	Centri diurni	3,18			
	Contributi economici per i servizi scolastici	3,14			
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	2,57			
	Mensa	1,92			
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	1,17			
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,69			
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,61			
		<b>126,73</b>			
<b>Residenziale</b>					
	Retta per prestazioni residenziali			19,81	44,21
	Strutture residenziali			17,65	
	Contributi economici per affido familiare			4,34	
	Servizio per l'affido minori			2,41	
				<b>44,21</b>	
<b>Altro</b>					
				2,80	2,80
<b>Totale</b>		<b>148,32</b>	<b>24,75</b>	<b>44,85</b>	<b>220,96</b>

ITALIA

Tab. 9 – Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori assoluti)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale				
		Servizio sociale professionale	676.263							
Domiciliare	Trasporto sociale	218.854	62.485	Servizio per l'adozione minori	865	590.152				
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	173.591								
	Contributi economici per alloggio	72.278								
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	22.420								
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	16.380								
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	11.410								
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	1.148								
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	860								
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-								
		516.941								
	Intermedio	Integrazione sociale - generale	884.407				99.520		89.937	2.833.279
		Ludoteche / laboratori	389.883				12.182			
		Centri di aggregazione / sociali	362.624				111.702			
Centri diurni estivi		314.862								
Contributi economici per i servizi scolastici		268.812								
Asilo nido		133.389								
Mensa		98.789								
Centri diurni		45.895								
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		34.938								
Centri estivi o invernali (con pernottamento)		25.437								
Contributi economici per l'inserimento lavorativo		23.836								
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		20.422								
Retta per asili nido		16.721								
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	11.625									
	2.631.640									
Residenziale				Contributi economici per affido familiare	77.280	148.123				
				Retta per prestazioni residenziali	26.720					
				Strutture residenziali	25.099					
				Servizio per l'affido minori	19.024					
				148.123						
Altro				233.214	233.214					
Totale			850.450	157.984	324.016	4.481.031				
		3.148.581								

ITALIA

Tab. 10 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale	
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo					
Domiciliare	Trasporto sociale	21,9		67,6				67,6	
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	17,3		6,2		1,0	0,1	59,0	
	Contributi economici per alloggio	7,2							
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	2,2							
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,6							
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	1,1							
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,1							
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1							
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-							
		51,6							
	Intermedio	Integrazione sociale - generale	88,3	Sostegno socio-educativo scolastico	9,9			9,0	283,0
		Ludoteche / laboratori	38,9	Sostegno all'inserimento lavorativo	1,2				
		Centri di aggregazione / sociali	36,2		11,2				
Centri diurni estivi		31,5							
Contributi economici per i servizi scolastici		26,9							
Asilo nido		13,3							
Mensa		9,9							
Centri diurni		4,6							
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		3,5							
Centri estivi o invernali (con pernottamento)		2,5							
Contributi economici per l'inserimento lavorativo		2,4							
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		2,0							
Retta per asili nido		1,7							
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1,2								
	262,9								
Residenziale					Contributi economici per affido familiare	7,7		14,8	
					Retta per prestazioni residenziali	2,7			
					Strutture residenziali	2,5			
					Servizio per l'affido minori	1,9			
					14,8				
Altro							23,3	23,3	
Totale		314,5		85,0		15,8	32,4	447,6	

PIEMONTE

Tab. 11 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento - Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	27,08			
<b>Domiciliare</b>						<b>27,08</b>
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	9,56	13,03	Servizio per l'adozione minori	0,10	39,73
	Contributi economici per alloggio	6,69				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	3,31				
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	1,78				
	Trasporto sociale	0,65				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,43				
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,11				
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,07				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,01				
		<b>22,60</b>				
<b>Intermedio</b>					0,20	
	Asilo nido	110,37	7,99			
	Ludoteche / laboratori	19,71	1,31			
	Centri diurni estivi	9,49	9,30			
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	3,49				
	Mensa	3,27				
	Centri diurni	3,10				
	Integrazione sociale - generale	2,70				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	2,24				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,90				
	Retta per asili nido	1,77				
	Centri di aggregazione / sociali	1,76				
	Contributi economici per i servizi scolastici	1,71				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,80				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,77				
		<b>163,27</b>				
<b>Residenziale</b>						<b>64,81</b>
				Retta per prestazioni residenziali		40,18
				Contributi economici per affido familiare		14,63
				Strutture residenziali		5,84
				Servizio per l'affido minori		4,15
						<b>64,81</b>
<b>Altro</b>					4,10	4,10
<b>Totale</b>		<b>185,88</b>	<b>49,41</b>	<b>66,85</b>	<b>4,40</b>	<b>306,34</b>



PIEMONTE

Tab. 12 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale	
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
Domiciliare	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	11,4		56,9		56,9	
	Contributi economici per alloggio	8,9		9,7	0,2	38,0	
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2,8					
	Trasporto sociale	2,4					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,8					
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,1					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,0					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-					
		26,5					
	Intermedio	Ludoteche / laboratori	77,5	Sostegno socio-educativo scolastico	6,2	0,0	298,0
		Mensa	60,9	Sostegno all'inserimento lavorativo	2,4		
		Centri diurni estivi	49,9		8,6		
		Integrazione sociale	30,5				
Asilo nido		16,4					
Centri di aggregazione / sociali		12,9					
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		11,3					
Contributi economici per i servizi scolastici		8,8					
Centri estivi o invernali (con pernottamento)		7,6					
Centri diurni		5,2					
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		5,2					
Retta per asili nido		1,6					
Retta per altre prestazioni semi-residenziali		1,0					
Contributi economici per l'inserimento lavorativo		0,7					
	289,4						
Residenziale							
Altro							
Totale			75,2	17,5	4,2	413,0	

**VALLE D'AOSTA**

**Tab. 13 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti	Int. di allontanamento	Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	62,47 Contributi economici a integrazione del reddito familiare 0,24 Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi 0,15 Trasporto sociale 0,12 Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario 62,99				<b>62,99</b>
<b>Intermedio</b>	211,46 Asilo nido 48,73 Retta per asili nido 28,52 Centri diurni estivi 25,88 Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia 17,24 Centri estivi o invernali (con pernottamento) 12,90 Centri di aggregazione / sociali 8,46 Ludoteche / laboratori 5,43 Retta per altre prestazioni semi-residenziali 3,30 Integrazione sociale - generale 2,96 Contributi economici per i servizi scolastici 1,09 Mensa 365,98			13,55	<b>379,53</b>
<b>Residenziale</b>			6,75 Retta per prestazioni residenziali 10,53 Contributi economici per affido familiare 29,61 46,90 Strutture residenziali		<b>46,90</b>
<b>Altro</b>				15,03	<b>15,03</b>
<b>Totale</b>	<b>428,97</b>		<b>46,90</b>	<b>28,57</b>	<b>504,44</b>

VALLE D'AOSTA

Tab. 14 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti	Int. di allontanamento	Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare Trasporto sociale Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	68,8 2,0 0,5 0,3 71,6			71,6
<b>Intermedio</b>	Centri diurni estivi Integrazione sociale - generale Centri estivi o invernali (con pernottamento) Ludoteche / laboratori Retta per asili nido Asilo nido Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Centri di aggregazione / sociali Retta per altre prestazioni semi-residenziali Contributi economici per i servizi scolastici Mensa	93,6 35,3 31,2 26,2 26,0 24,8 21,1 18,8 12,5 5,0 4,3 298,6		163,7	462,4
<b>Residenziale</b>			Retta per prestazioni residenziali Contributi economici per affido familiare Strutture residenziali	7,6 2,3 1,1 11,0	11,0
<b>Altro</b>				4,8	4,8
<b>Totale</b>		370,2	11,0	168,5	549,8

LOMBARDIA

Tab. 15 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	9,83	19,78					19,78
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	6,47	4,38	Servizio sociale professionale				
	Contributi economici per alloggio	4,44		Sostegno socio-educativo		0,69	0,05	30,03
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	2,86						
	Trasporto sociale	0,78						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,42						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,05						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,04						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,03						
		24,92						
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	96,13	5,25	Sostegno socio-educativo scolastico			0,25	144,27
	Retta per asili nido	8,63	0,36	Sostegno all'inserimento lavorativo				
	Centri di aggregazione / sociali	8,12	5,61					
	Integrazione sociale - generale	6,78						
	Centri diurni estivi	5,59						
	Centri diurni	3,32						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	2,85						
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	2,35						
	Contributi economici per i servizi scolastici	1,87						
	Mensa	1,15						
	Ludoteche / laboratori	0,99						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,33						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,26						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,04						
		138,41						
<b>Residenziale</b>								63,28
	Strutture residenziali					33,86		
	Retta per prestazioni residenziali					22,93		
	Contributi economici per affido familiare					3,35		
	Servizio per l'affido minori					3,15		
						63,28		
<b>Altro</b>							4,91	4,91
<b>Totale</b>		163,33	29,77		63,98		5,21	262,28

**LOMBARDIA**
**Tab. 16 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti	Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Servizio per l'adozione minori		
<b>Domiciliare</b>			<b>40,6</b>			<b>40,6</b>
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	10,7	3,6	0,7	0,1	30,5
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	5,1				
	Contributi economici per alloggio	4,9				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2,4				
	Trasporto sociale	1,6				
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	1,3				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1				
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-				
		<b>26,1</b>				
<b>Intermedio</b>			<b>4,9</b>		<b>17,2</b>	<b>184,9</b>
	Centri diurni estivi	46,1	Sostegno socio-educativo scolastico			
	Integrazione sociale - generale	41,8	Sostegno all'inserimento lavorativo			
	Centri di aggregazione / sociali	18,0				
	Asilo nido	18,0				
	Centri diurni	9,7				
	Contributi economici per i servizi scolastici	7,3				
	Ludoteche / laboratori	6,4				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	3,6				
	Mensa	3,5				
	Retta per asili nido	2,8				
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1,6				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	1,1				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	1,0				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,1				
		<b>161,0</b>				
<b>Residenziale</b>						<b>10,8</b>
			Servizio per l'affido minori	1,3		
			Retta per prestazioni residenziali	6,3		
			Contributi economici per affido familiare	1,0		
			Strutture residenziali	2,2		
				<b>10,8</b>		
<b>Altro</b>					<b>50,8</b>	<b>50,8</b>
<b>Totale</b>		<b>187,1</b>	<b>50,9</b>	<b>11,6</b>	<b>68,1</b>	<b>317,7</b>

Provincia Autonoma di BOLZANO

Tab. 17 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale Domiciliare	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	33,66			
				Servizio per l'adozione minori 1,64		33,66 1,64
Intermedio	Asilo nido Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Centri diurni	57,27 26,40 0,82 84,49				84,49
Residenziale				Strutture residenziali Servizio per l'affido minori 4,13 0,18 4,31		4,31
Altro						
Totale		84,49	33,66	5,96		124,10

Provincia Autonoma BOLZANO

Tab. 18 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale Domiciliare	Int. preventivi dell'allontanamento	Int. di allontanamento Servizio sociale professionale Sostegno socio-educativo	Indistinti Servizio per l'adozione minori	Altro	Totale
					39,1 0,5
Intermedio Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Asilo nido Centri diurni	9,9 5,9 0,8 16,6	Sostegno socio-educativo scolastico Sostegno all'inserimento lavorativo			16,6
Residenziale			Servizio per l'affido minori Strutture residenziali		5,5 4,0 1,6 5,5
Altro					
Totale	16,6	39,1	6,0		61,7

Provincia Autonoma di TRENTO

Tab. 19 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale			
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo						
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	11,15	16,92	8,10	Servizio per l'adozione minori		22,69			
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,13		2,02						
	Trasporto sociale	0,17								
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,09								
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,03								
		12,56								
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	183,15	0,87		Sostegno socio-educativo scolastico		297,69			
	Centri diurni	49,45								
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	29,47								
	Centri di aggregazione / sociali	21,85								
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	4,74								
	Integrazione sociale	3,95								
	Centri diurni estivi	2,73								
	Ludoteche / laboratori	1,22								
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,19								
	Contributi economici per i servizi scolastici	0,06								
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,02								
	Mensa	0,01								
		296,81								
<b>Residenziale</b>								Strutture residenziali	90,83	95,49
								Contributi economici per affido familiare	3,70	
								Servizio per l'affido minori	0,96	
						95,49				
<b>Altro</b>						4,45	4,45			
<b>Totale</b>		<b>309,38</b>	<b>25,89</b>	<b>97,51</b>		<b>4,45</b>	<b>437,24</b>			



Provincia Autonoma di TRENTO

**Tab. 20 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti	Int. di allontanamento		Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	25,2	Servizio sociale professionale	18,4			18,4
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,4	Sostegno socio-educativo	2,6	Servizio per l'adozione minori	0,7	29,0
	Trasporto sociale	0,1					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,0					
		25,8					
<b>Intermedio</b>	Centri di aggregazione / sociali	58,2	Sostegno socio-educativo scolastico	16,0			180,4
	Integrazione sociale - generale	35,1					
	Asilo nido	22,2					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	20,2					
	Centri diurni estivi	12,1					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	5,0					
	Centri diurni	4,5					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	4,5					
	Ludoteche / laboratori	2,1					
	Contributi economici per i servizi scolastici	0,5					
	Mensa	0,0					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,0					
		164,4					
<b>Residenziale</b>					Strutture residenziali	3,8	5,9
					Servizio per l'affido minori	1,1	
					Contributi economici per affido familiare	1,0	
						5,9	
<b>Altro</b>							9,2
<b>Totale</b>		190,2		36,9		6,5	242,8

VENETO

Tab. 21 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
<b>Domiciliare</b>								
	Contributi economici per alloggio	3,36			12,48			12,48
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	2,96			9,62			22,50
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	2,68				0,77		
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	1,20						
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,11						
	Trasporto sociale	0,61						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,15						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,02						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,00						
		12,10						
<b>Intermedio</b>								
	Asilo nido	66,47	Sostegno socio-educativo scolastico	2,20			0,18	105,28
	Integrazione sociale - generale	6,19	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,15				
	Centri diurni estivi	4,64		2,35				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	4,20						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	4,16						
	Centri diurni	3,86						
	Retta per asili nido	3,37						
	Centri di aggregazione / sociali	3,36						
	Ludoteche / laboratori	1,74						
	Contributi economici per i servizi scolastici	1,63						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1,59						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,67						
	Mensa	0,64						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,21						
		102,76						
<b>Residenziale</b>								
						21,44		38,73
						6,04		
						4,76		
						6,49		
						38,73		
<b>Altro</b>							2,56	2,56
<b>Totale</b>		114,86		24,45		39,50	2,74	181,55

VENETO

Tab. 22 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>		124,9	10,1	165,5		165,5
	Trasporto sociale	10,7		10,1		165,7
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	7,3				
	Contributi economici per alloggio	6,3				
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	1,1				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,8				
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0				
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,0				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,0				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-				
		151,2				
<b>Intermedio</b>		142,6	7,0		26,7	564,0
	Integrazione sociale - generale	119,8	1,5			
	Contributi economici per i servizi scolastici	95,4	8,6			
	Centri di aggregazione / sociali	69,8				
	Centri diurni estivi	54,5				
	Ludoteche / laboratori	15,6				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	11,8				
	Asilo nido	4,8				
	Centri diurni	4,5				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	3,2				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	2,8				
	Mensa	2,5				
	Retta per asili nido	0,8				
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,7				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	528,7				
<b>Residenziale</b>						10,4
						4,7
	Servizio per l'affido minori					3,3
	Contributi economici per affido familiare					1,4
	Retta per prestazioni residenziali					1,0
	Strutture residenziali					10,4
<b>Altro</b>					96,0	96,0
<b>Totale</b>		679,9	184,2	14,8	122,7	1.001,5

**FRIULI VENEZIA GIULIA**

**Tab. 23 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>							
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	52,10			24,02		24,02
	Contributi economici per alloggio	12,63			16,10		16,10
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,96					
	Trasporto sociale	0,36					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,19					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,07					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,05					
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,05					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,05					
		<b>66,47</b>					
<b>Intermedio</b>							
	Asilo nido	83,98			4,68		88,66
	Centri di aggregazione / sociali	41,11			0,40		41,51
	Centri diurni estivi	37,29			5,08		42,37
	Integrazione sociale - generale	6,37					6,37
	Retta per asili nido	4,29					4,29
	Centri diurni	2,51					2,51
	Ludoteche / laboratori	1,89					1,89
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,72					1,72
	Contributi economici per i servizi scolastici	1,45					1,45
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1,16					1,16
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,90					0,90
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,70					0,70
	Mensa	0,38					0,38
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,32					0,32
		<b>184,06</b>					
<b>Residenziale</b>							
	Retta per prestazioni residenziali				28,03		28,03
	Strutture residenziali				19,44		19,44
	Contributi economici per affido familiare				3,92		3,92
	Servizio per l'affido minori				0,77		0,77
					<b>52,15</b>		<b>52,15</b>
<b>Altro</b>							
						2,73	2,73
<b>Totale</b>		<b>250,53</b>		<b>45,21</b>	<b>52,15</b>	<b>2,85</b>	<b>350,74</b>

**FRIULI VENEZIA GIULIA**

**Tab. 24 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Contributi economici per alloggio	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	29,4	6,5	48,6	23,6	Servizio per l'adozione minori		48,6 62,1
	Trasporto sociale	1,5					
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,8					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,1					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,1					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1					
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-					
		38,5					
<b>Intermedio</b>	Centri di aggregazione / sociali	419,1	9,6			0,6	605,9
	Centri diurni estivi	85,0	0,4				
	Integrazione sociale - generale	42,6	10,1				
	Ludoteche / laboratori	13,9					
	Asilo nido	12,0					
	Contributi economici per i servizi scolastici	6,0					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	3,9					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	3,2					
	Retta per asili nido	3,0					
	Centri diurni	3,0					
	Mensa	1,2					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	1,0					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,9					
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,5					
		595,3					
<b>Residenziale</b>					Retta per prestazioni residenziali		2,9
					Contributi economici per affido familiare		1,3
					Strutture residenziali		0,7
					Servizio per l'affido minori		0,3
							5,3
<b>Altro</b>							
<b>Totale</b>		633,8	82,2			12,0	12,0
						12,6	733,9

**LIGURIA**

**Tab. 25 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici per alloggio	2,74			35,09			35,09
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	2,02			11,42		0,03	20,25
	Trasporto sociale	1,61						
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	0,97						
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,61						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,27						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,15						
		8,36						
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	64,80	Sostegno socio-educativo scolastico	2,18			0,21	142,05
	Mensa	22,86	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,11				
	Contributi economici per i servizi scolastici	10,27		2,29				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	9,68						
	Centri diurni estivi	7,65						
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	6,45						
	Centri di aggregazione / sociali	4,53						
	Ludoteche / laboratori	3,76						
	Integrazione sociale - generale	3,34						
	Centri diurni	3,11						
	Retta per asili nido	2,36						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,32						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,26						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,16						
		139,55						
<b>Residenziale</b>								76,16
	Strutture residenziali							45,56
	Retta per prestazioni residenziali							18,76
	Contributi economici per affido familiare							10,12
	Servizio per l'affido minori							1,72
								76,16
<b>Altro</b>							5,88	5,88
<b>Totale</b>		147,92		48,79		76,61	6,12	279,44

**LIGURIA**

**Tab. 26 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici per alloggio	3,7	78,2			78,2
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	3,4	11,1	Servizio per l'adozione minori	0,1	24,5
	Trasporto sociale	2,7				
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	2,2				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,3				
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,2				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-				
		12,5				
		66,5	4,4			308,6
		59,1	0,1			
<b>Intermedio</b>	Contributi economici per i servizi scolastici					
	Mensa			Sostegno socio-educativo scolastico	0,1	
	Ludoteche / laboratori	39,8	4,5	Sostegno all'inserimento lavorativo		
	Centri diurni estivi	32,7				
	Centri di aggregazione / sociali	32,3				
	Integrazione sociale - generale	24,4				
	Asilo nido	17,3				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	13,5				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	9,2				
	Centri diurni	5,5				
	Retta per asili nido	1,6				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,8				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,7				
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,5				
		304,1				
<b>Residenziale</b>				Strutture residenziali		11,6
				Contributi economici per affido familiare		3,6
				Servizio per l'affido minori		3,0
				Retta per prestazioni residenziali		1,4
					11,6	
<b>Altro</b>					0,6	0,6
<b>Totale</b>		93,7			0,8	423,6
	316,5		12,5			

**EMILIA-ROMAGNA**

**Tab. 27 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>						
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	14,20		18,68		18,68
	Contributi economici per alloggio	9,89		10,75	0,87	43,68
	Trasporto sociale	2,96				
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	2,40				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,08				
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,52				
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,49				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,48				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,01				
		<b>32,03</b>				
<b>Intermedio</b>						
	Asilo nido	245,92	Sostegno socio-educativo scolastico	23,15	0,38	342,70
	Integrazione sociale - generale	18,40	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,90		
	Centri diurni estivi	10,26		24,05		
	Centri di aggregazione / sociali	9,82				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	7,87				
	Contributi economici per i servizi scolastici	6,37				
	Ludoteche / laboratori	4,20				
	Centri diurni	3,50				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	3,26				
	Mensa	3,19				
	Retta per asili nido	2,98				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	1,11				
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,92				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,47				
		<b>318,27</b>				
<b>Residenziale</b>						
						70,99
						35,14
						22,70
						11,29
						1,86
						70,99
<b>Altro</b>						
						7,05
<b>Totale</b>		<b>350,30</b>		<b>53,48</b>		<b>483,10</b>
						7,46



EMILIA-ROMAGNA

Tab. 28 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo		Servizio per l'adozione minori		
<b>Domiciliare</b>	152,2	88,2	15,0	0,8			0,1	88,2
Trasporto sociale	82,7							277,1
Contributi economici a integrazione del reddito familiare	16,8							
Contributi economici per alloggio	6,9							
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	1,7							
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,5							
Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,5							
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,0							
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	-							
Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	261,2							
<b>Intermedio</b>	692,2	19,9					20,5	1.166,0
Integrazione sociale - generale	150,2		Sostegno socio-educativo scolastico	1,6				
Ludoteche / laboratori	99,6		Sostegno all'inserimento lavorativo	21,5				
Centri di aggregazione / sociali	82,4							
Centri diurni estivi	40,3							
Asilo nido	20,8							
Contributi economici per i servizi scolastici	8,8							
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	8,7							
Mensa	5,4							
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	5,0							
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	4,0							
Centri diurni	2,9							
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	2,6							
Retta per asili nido	1,1							
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1.123,9							
<b>Residenziale</b>								124,1
Contributi economici per affido familiare					103,2			
Strutture residenziali					15,1			
Servizio per l'affido minori					3,0			
Retta per prestazioni residenziali					2,9			
					124,1			
<b>Altro</b>							78,6	78,6
<b>Totale</b>	1.385,2	124,7	124,9				99,2	1.734,0

**TOSCANA**

**Tab. 29 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>		11,57	10,73	1,12		12,88
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	9,77				42,83
	Contributi economici per alloggio	3,95				
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	3,47				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,49				
	Trasporto sociale	0,53				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,10				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,06				
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,05				
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	30,98				
<b>Intermedio</b>		132,81	2,71		0,08	204,71
	Asilo nido	19,51	Sostegno socio-educativo scolastico			
	Retta per asili nido	8,36	Sostegno all'inserimento lavorativo			
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	7,52				
	Integrazione sociale - generale	5,76				
	Centri diurni estivi	5,66				
	Contributi economici per i servizi scolastici	4,63				
	Centri di aggregazione / sociali	4,38				
	Ludoteche / laboratori	3,92				
	Mensa	3,76				
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	3,62				
	Centri diurni	0,76				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,45				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,17				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	201,33				
<b>Residenziale</b>						46,69
				19,52		
				16,79		
				7,39		
				3,00		
				46,69		
<b>Altro</b>					1,87	1,87
<b>Totale</b>		232,31	26,90	47,81	1,95	308,97

TOSCANA

Tab. 30 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti	Int. di allontanamento	Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	15,5 Contributi economici a integrazione del reddito familiare 8,3 Contributi economici per alloggio 6,0 Trasporto sociale 3,2 Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi 1,6 Assistenza domiciliare socio-assistenziale 0,4 Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio 0,3 Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario 0,1 Contributi economici erogati a titolo di prestito - Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti 35,4	73,5 Servizio sociale professionale Sostegno socio-educativo	1,5 Servizio per l'adozione minori		73,5 45,0
<b>Intermedio</b>	74,2 Ludoteche / laboratori 43,9 Integrazione sociale - generale 34,2 Centri diurni estivi 32,7 Centri di aggregazione / sociali 23,7 Asilo nido 21,8 Contributi economici per i servizi scolastici 14,6 Mensa 5,9 Retta per asili nido 5,5 Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia 2,9 Centri diurni 2,5 Centri estivi o invernali (con pernottamento) 0,7 Retta per altre prestazioni semi-residenziali 0,6 Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie 0,2 Contributi economici per l'inserimento lavorativo 263,5	31,5 Sostegno socio-educativo scolastico 2,3 Sostegno all'inserimento lavorativo 33,8		7,0	304,3
<b>Residenziale</b>			4,2 Servizio per l'affido minori 2,2 Retta per prestazioni residenziali 2,1 Contributi economici per affido familiare 1,4 Strutture residenziali 9,9		9,9
<b>Altro</b>				6,4	6,4
<b>Totale</b>	298,8	115,5	11,4	13,5	439,2

UMBRIA

Tab. 31 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	10,08		9,40				9,40
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	8,44		2,76	Servizio per l'adozione minori	1,23		31,41
	Contributi economici per alloggio	4,74						
	Trasporto sociale	2,51						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	1,40						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,11						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,10						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,04						
		27,41						
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	125,20	Sostegno socio-educativo scolastico	3,90				174,75
	Centri di aggregazione / sociali	7,16	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,90				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	7,02		4,80				
	Contributi economici per i servizi scolastici	6,69						
	Integrazione sociale - generale	5,56						
	Centri diurni estivi	4,33						
	Mensa	3,37						
	Centri diurni	3,28						
	Ludoteche / laboratori	3,12						
	Retta per asili nido	2,20						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	1,25						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,43						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,21						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,13						
		169,95						
<b>Residenziale</b>					Retta per prestazioni residenziali	17,85		27,98
					Strutture residenziali	5,58		
					Contributi economici per affido familiare	3,84		
					Servizio per l'affido minori	0,71		
						27,98		
<b>Altro</b>							2,49	2,49
<b>Totale</b>		197,36		16,96		29,21		246,03

UMBRIA

Tab. 32 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale				
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Trasporto sociale	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo							
Domiciliare	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	32,9	96,0	3,5	Servizio per l'adozione minori	0,9	96,0				
	Trasporto sociale	7,8									
	Contributi economici per alloggio	5,7									
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	3,5									
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	3,5									
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,2									
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0									
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-									
		53,7									
	Intermedio	Centri diurni estivi	65,2	3,9				Sostegno socio-educativo scolastico Sostegno all'inserimento lavorativo			270,8
		Ludoteche / laboratori	60,7	0,4							
		Centri di aggregazione / sociali	34,9	4,3							
		Integrazione sociale - generale	34,2								
Contributi economici per i servizi scolastici		20,7									
Asilo nido		17,4									
Mensa		14,3									
Centri diurni		5,5									
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		4,6									
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		3,8									
Centri estivi o invernali (con pernottamento)		3,0									
Retta per asili nido		1,4									
Retta per altre prestazioni semi-residenziali		0,5									
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,3										
	266,4										
Residenziale					Retta per prestazioni residenziali	1,7	4,3				
					Contributi economici per affido familiare	1,2					
					Servizio per l'affido minori	1,0					
					Strutture residenziali	0,3					
Altro						4,2	4,2				
						5,1					
Totale		320,2	103,9	6,2			435,4				

MARCHE

Tab. 33 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale	
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
Domiciliare	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	6,12	4,42				4,42	
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,01	7,88		0,06		17,35	
	Trasporto sociale	0,76						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,76						
	Contributi economici per alloggio	0,63						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,10						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,01						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,01						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,00						
		9,41						
	Intermedio	Asilo nido	89,39	2,18			0,01	141,36
		Ludoteche / laboratori	12,64	0,48	Sostegno socio-educativo scolastico			
		Integrazione sociale - generale	8,40	2,66	Sostegno all'inserimento lavorativo			
		Centri di aggregazione / sociali	7,48					
		Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	5,67					
	Retta per asili nido	5,58						
	Centri diurni estivi	4,74						
	Mensa	2,74						
	Centri diurni	0,69						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,53						
	Contributi economici per i servizi scolastici	0,48						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,15						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,12						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,06						
		138,69						
Residenziale					Retta per prestazioni residenziali		24,99	
					Contributi economici per affido familiare		3,91	
					Servizio per l'affido minori		1,77	
					Strutture residenziali		1,11	
							31,79	
Altro						6,50	6,50	
Totale		148,11	14,96		31,84	6,51	201,41	

MARCHE

Tab. 34 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale	
Domiciliare	Trasporto sociale	17,6	34,1				34,1	
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	17,1	3,7			0,2	44,3	
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	3,4						
	Contributi economici per alloggio	1,8						
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,3						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,0						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,0						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-						
		40,4						
		206,0			45,4			508,6
	Intermedio	Integrazione sociale - generale			Sostegno socio-educativo scolastico			
Ludoteche / laboratori		86,5		Sostegno dall'inserimento lavorativo	2,5			
Centri di aggregazione / sociali		71,9			47,9			
Centri diurni estivi		47,3						
Asilo nido		18,9						
Mensa		11,3						
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		6,8						
Contributi economici per i servizi scolastici		6,3						
Retta per asili nido		2,7						
Centri diurni		1,1						
Centri estivi o invernali (con pernottamento)		1,0						
Contributi economici per l'inserimento lavorativo		0,5						
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,3							
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,1							
	460,7							
Residenziale					Retta per prestazioni residenziali		1,7	
					Contributi economici per affido familiare		1,3	
					Servizio per l'affido minori		1,2	
					Strutture residenziali		0,1	
						4,4		
Altro							35,1	
							35,1	
Totale		501,1					626,5	

**LAZIO**

**Tab. 35 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	16,04	5,74					5,74
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	9,52	2,59			0,69		32,39
	Contributi economici per alloggio	2,15						
	Trasporto sociale	1,01						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,26						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,06						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,04						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,02						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,02						
		<b>29,11</b>						
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	194,34	3,96	Sostegno socio-educativo scolastico				228,46
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	9,40	0,60	Sostegno all'inserimento lavorativo				
	Centri diurni	3,98	4,56					
	Contributi economici per i servizi scolastici	2,91						
	Integrazione sociale - generale	2,87						
	Ludoteche / laboratori	2,53						
	Centri di aggregazione / sociali	1,70						
	Mensa	1,52						
	Centri diurni estivi	1,42						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	1,12						
	Retta per asili nido	0,74						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,73						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,39						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,24						
		<b>223,89</b>						
<b>Residenziale</b>								41,76
	Strutture residenziali					24,96		
	Retta per prestazioni residenziali					13,03		
	Contributi economici per affido familiare					2,04		
	Servizio per l'affido minori					1,73		
						41,76		
<b>Altro</b>							0,74	0,74
<b>Totale</b>		<b>253,00</b>	<b>12,89</b>			<b>42,45</b>	<b>0,74</b>	<b>309,09</b>



LAZIO

Tab. 36 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare Trasporto sociale Assistenza domiciliare socio-assistenziale Contributi economici per alloggio Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio Contributi economici erogati a titolo di prestito Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	21,7 4,2 2,2 2,0 0,3 0,2 0,1 0,0 -	1,6	0,8		69,2 33,2
<b>Intermedio</b>	Integrazione sociale - generale Contributi economici per i servizi scolastici Asilo nido Centri di aggregazione / sociali Ludoteche / laboratori Centri diurni estivi Centri diurni Mensa Centri estivi o invernali (con pernottamento) Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie Contributi economici per l'inserimento lavorativo Retta per asili nido Retta per altre prestazioni semi-residenziali	25,7 17,2 14,5 13,7 12,1 11,4 7,5 5,9 3,2 2,5 1,3 0,8 0,7 0,2 116,6	3,4 0,5 3,9		0,1	120,6
<b>Residenziale</b>				Strutture residenziali Retta per prestazioni residenziali Servizio per l'affido minori Contributi economici per affido familiare		3,0 1,5 1,2 0,7 6,4
<b>Altro</b>					7,1	7,1
<b>Totale</b>		147,5	74,7	7,2	7,2	236,5

ABRUZZO

Tab. 37 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo				
<b>Domiciliare</b>	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	7,26			8,52			8,52
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	6,23			4,89			22,13
	Contributi economici per alloggio	1,64					0,44	
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,94						
	Trasporto sociale	0,70						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,03						
		16,80						
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	46,56		Sostegno socio-educativo scolastico	1,30			79,19
	Integrazione sociale - generale	6,61		Sostegno all'inserimento lavorativo	0,39			
	Centri di aggregazione / sociali	6,60			1,69			
	Ludoteche / laboratori	3,93						
	Contributi economici per i servizi scolastici	3,51						
	Centri diurni	3,12						
	Centri diurni estivi	2,12						
	Mensa	1,45						
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,00						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,96						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,84						
	Retta per asili nido	0,64						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,08						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,08						
		77,50						
<b>Residenziale</b>								31,23
	Retta per prestazioni residenziali						18,04	
	Strutture residenziali						11,33	
	Servizio per l'affido minori						1,36	
	Contributi economici per affido familiare						0,50	
							31,23	
<b>Altro</b>							0,92	0,92
<b>Totale</b>		94,30			15,10		31,67	141,98

ABRUZZO

Tab. 38 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	14,4	68,4				68,4
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	4,9	4,9	Servizio per l'adozione minori	0,9		31,6
	Contributi economici per alloggio	3,3					
	Trasporto sociale	2,8					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,2					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1					
		25,7					
<b>Intermedio</b>	Integrazione sociale - generale	51,0	7,5	Sostegno socio-educativo scolastico			208,2
	Centri diurni estivi	32,9	0,5	Sostegno all'inserimento lavorativo			
	Centri di aggregazione / sociali	27,0	8,0				
	Ludoteche / laboratori	26,7					
	Contributi economici per i servizi scolastici	23,1					
	Centri diurni	12,5					
	Asilo nido	8,5					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	8,3					
	Mensa	7,3					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,5					
	Retta per asili nido	1,1					
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,2					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,1					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,0					
		200,2					
<b>Residenziale</b>					Retta per prestazioni residenziali	3,2	5,1
					Strutture residenziali	0,9	
					Servizio per l'affido minori	0,6	
					Contributi economici per affido familiare	0,3	
						5,1	
<b>Altro</b>							1,2
<b>Totale</b>		225,9	81,3			1,2	314,4

MOLISE

Tab. 39 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti	Int. di allontanamento		Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	9,46	Servizio sociale professionale	5,86			5,86
	Contributi economici per alloggio	2,49	Sostegno socio-educativo	0,11	Servizio per l'adozione minori	0,02	14,70
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,89					
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,53					
	Trasporto sociale	0,47					
		13,84					
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	22,17	Sostegno socio-educativo scolastico	1,69			40,47
	Contributi economici per i servizi scolastici	6,09	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,00			
	Integrazione sociale - generale	4,79		1,69			
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	2,29					
	Mensa	1,76					
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,78					
	Centri diurni	0,35					
	Ludoteche / laboratori	0,29					
	Retta per asili nido	0,18					
	Centri diurni estivi	0,04					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,04					
		38,77					
<b>Residenziale</b>							12,21
					Retta per prestazioni residenziali	9,74	
					Servizio per l'affido minori	1,27	
					Contributi economici per affido familiare	0,68	
					Strutture residenziali	0,52	
						12,21	
<b>Altro</b>							5,47
<b>Totale</b>		52,62		7,66		5,49	78,71

MOLISE

Tab. 40 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Contributi economici per alloggio	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
Domiciliare	11,8	3,0	27,3	0,2	1,0	0,1	27,3
	1,5						19,3
	1,1						
	0,7						
	18,1						
Intermedio	25,2	25,0	2,0	0,1			77,5
		10,4	2,1				
		5,5					
		4,5					
		1,9					
		1,3					
		0,8					
		0,5					
		0,1					
		0,1					
		75,3					
Residenziale							1,8
					0,9		
					0,4		
					0,4		
					0,1		
					1,8		
Altro						3,6	3,6
Totale	93,4		29,7		2,8	3,7	129,5

CAMPANIA

Tab. 41 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale	
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Trasporto sociale	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo					
Domiciliare	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	5,43	7,85					7,85	
	Trasporto sociale	1,50	3,89			0,30		14,50	
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,48							
	Contributi economici per alloggio	1,24							
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,37							
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,25							
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,03							
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,01							
		10,31							
	Intermedio	Asilo nido	4,87						25,79
		Retta per altre prestazioni semi-residenziali	4,63						
		Centri di aggregazione / sociali	3,26						
		Integrazione sociale - generale	2,98						
Ludoteche / laboratori		1,59							
Contributi economici per i servizi scolastici		1,15							
Centri diurni estivi		1,08							
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		0,96							
Centri diurni		0,94							
Mensa		0,90							
Centri estivi o invernali (con pernottamento)		0,26							
Retta per asili nido		0,24							
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		0,21							
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,01								
	23,08								
Residenziale								26,67	
Altro								1,33	
								1,33	
Totale		33,39	14,44		26,97			76,15	

CAMPANIA

Tab. 42 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	8,6	42,2	6,1	0,4		42,2
	Trasporto sociale	2,8					21,4
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,9					
	Contributi economici per alloggio	1,0					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,4					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,1					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,0					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-					
		14,9					
<b>Intermedio</b>	Integrazione sociale - generale	20,5	16,0			0,3	85,1
	Centri di aggregazione / sociali	12,1	0,9				
	Contributi economici per i servizi scolastici	8,4	17,0				
	Ludoteche / laboratori	7,6					
	Mensa	5,6					
	Centri diurni estivi	3,1					
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	3,1					
	Centri diurni	2,6					
	Asilo nido	1,8					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	1,1					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,1					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,6					
	Retta per asili nido	0,2					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,0					
		67,8					
<b>Residenziale</b>							
	Retta per prestazioni residenziali				2,3		4,4
	Servizio per l'affido minori				1,0		
	Strutture residenziali				0,7		
	Contributi economici per affido familiare				0,5		
					4,4		
<b>Altro</b>							
<b>Totale</b>		82,7	65,3			2,4	2,4
						2,7	155,5

PUGLIA

Tab. 43 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>						
	Contributi economici per alloggio	6,52	7,12			7,12
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	6,14				
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,46	0,86	0,04		16,99
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	1,10				
	Trasporto sociale	0,60				
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,19				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,08				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,01				
		16,10				
<b>Intermedio</b>						46,04
	Asilo nido	18,70	1,95			
	Centri diurni	5,51	0,16			
	Contributi economici per i servizi scolastici	4,60	2,11			
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	4,27				
	Integrazione sociale - generale	2,70				
	Centri di aggregazione / sociali	1,75				
	Ludoteche / laboratori	1,54				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,39				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	1,05				
	Mensa	0,93				
	Centri diurni estivi	0,62				
	Retta per asili nido	0,62				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,13				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,12				
		43,93				
<b>Residenziale</b>						31,77
				22,59		
				4,47		
				3,58		
				1,13		
				31,77		
<b>Altro</b>					1,10	1,10
<b>Totale</b>		60,03	10,09	31,80	1,10	103,02



**PUGLIA**

**Tab. 44 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Contributi economici per alloggio	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	12,8	9,6	51,8	1,6	0,1		51,8
	Trasporto sociale	4,1					33,6
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	2,1					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	2,1					
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,1					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,0					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-					
		31,9					
<b>Intermedio</b>	Contributi economici per i servizi scolastici	34,8		2,9			115,9
	Ludoteche / laboratori	26,9	Sostegno socio-educativo scolastico	0,7			
	Integrazione sociale - generale	19,0	Sostegno all'inserimento lavorativo	3,6			
	Centri diurni estivi	8,3					
	Centri di aggregazione / sociali	5,1					
	Asilo nido	4,6					
	Mensa	3,7					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	2,8					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	2,5					
	Centri diurni	1,7					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	1,4					
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,9					
	Retta per asili nido	0,5					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,2					
		112,3					
<b>Residenziale</b>							5,5
					Retta per prestazioni residenziali		2,5
					Contributi economici per affido familiare		1,5
					Servizio per l'affido minori		1,2
					Strutture residenziali		0,3
							5,5
<b>Altro</b>							0,3
<b>Totale</b>		144,2	57,0	5,6		0,3	207,1

BASILICATA

Tab. 45 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>	Contributi economici per alloggio	7,51	8,36				8,36
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	6,61	3,05		0,22		21,94
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	2,65					
	Trasporto sociale	1,30					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,36					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,14					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,10					
		18,68					
<b>Intermedio</b>	Asilo nido	16,75	0,64				47,62
	Retta per asili nido	12,94	0,37				
	Contributi economici per i servizi scolastici	10,58	1,01				
	Centri diurni	1,79					
	Mensa	1,21					
	Ludoteche / laboratori	1,02					
	Integrazione sociale - generale	0,93					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,45					
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,33					
	Centri di aggregazione / sociali	0,17					
	Centri diurni estivi	0,17					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,12					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,09					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	0,06					
		46,61					
<b>Residenziale</b>							19,79
	Retta per prestazioni residenziali				13,82		
	Servizio per l'affido minori				3,13		
	Contributi economici per affido familiare				1,86		
	Strutture residenziali				0,97		
					19,79		
<b>Altro</b>						0,74	0,74
<b>Totale</b>		65,29	12,42		20,00	0,74	98,45

**BASILICATA**
**Tab. 46 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)**

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti	Int. di allontanamento		Altro	Totale
	Contributi economici per alloggio	Contributi economici o integrazione del reddito familiare		Servizio sociale professionale	Servizio per l'adozione minori		
Domiciliare	8,0	4,5	46,6	0,8	0,4		46,6
	2,9	2,3					20,4
	0,7	0,7					
	-	19,2					
	89,3			1,1			123,7
	9,2		Sostegno socio-educativo scolastico	0,4		0,1	
	5,5		Sostegno all'inserimento lavorativo	1,5			
	4,5						
	4,3						
	2,3						
1,8							
1,7							
1,4							
0,8							
0,8							
0,2							
0,1							
0,1							
122,1							
Residenziale							
Altro							
Totale	141,3		49,0	5,0	0,8	0,8	196,1

CALABRIA

Tab. 47 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento	Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
		Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>						
	Contributi economici per alloggio	12,59	3,58			3,58
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	6,85	4,78			27,72
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,55				
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,79		0,89		
	Trasporto sociale	0,22				
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,02				
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,01				
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,00				
		22,03				
<b>Intermedio</b>						
	Asilo nido	7,18	2,59			26,61
	Integrazione sociale - generale	6,12	0,52			
	Contributi economici per i servizi scolastici	2,05	3,10			
	Ludoteche / laboratori	1,97				
	Centri di aggregazione / sociali	1,80				
	Centri diurni	1,19				
	Mensa	1,06				
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	0,85				
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,43				
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,32				
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,27				
	Retta per asili nido	0,16				
	Centri diurni estivi	0,12				
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,00				
		23,53				
<b>Residenziale</b>						
						4,49
	Contributi economici per affido familiare			1,61		
	Strutture residenziali			1,47		
	Servizio per l'affido minori			1,40		
	Retta per prestazioni residenziali			0,00		
				4,49		
<b>Altro</b>						
					1,05	1,05
<b>Totale</b>		45,56	11,47	5,38	1,05	63,46

CALABRIA

Tab. 48 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Contributi economici per alloggio	Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo	Servizio per l'adozione minori			
<b>Domiciliare</b>	11,1	7,4	29,2	9,5	0,5		29,2	32,9
	Trasporto sociale	2,8						
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,2						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,3						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,0						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,0						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-						
		22,9						
<b>Intermedio</b>	Centri di aggregazione / sociali	24,2			2,7			101,1
	Integrazione sociale - generale	20,3			0,3			
	Contributi economici per i servizi scolastici	18,2			3,0			
	Ludoteche / laboratori	12,2						
	Centri diurni estivi	4,7						
	Mensa	4,6						
	Asilo nido	2,0						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	1,7						
	Centri diurni	1,1						
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	1,1						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,8						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,6						
	Retta per asili nido	0,2						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,0						
		91,8						
<b>Residenziale</b>								1,7
								0,6
								0,6
								0,6
								0,0
								1,7
<b>Altro</b>								1,5
<b>Totale</b>		121,0		41,7		2,2		1,5
								166,4

SICILIA

Tab. 49 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento - Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale
			Servizio sociale professionale	Sostegno socio-educativo			
<b>Domiciliare</b>							
	Contributi economici per alloggio	13,07		9,39			9,39
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	7,21		1,79	Servizio per l'adozione minori	0,17	25,12
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,25					
	Trasporto sociale	0,60					
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,49					
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,23					
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	0,17					
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,02					
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,01					
		<b>23,05</b>					
<b>Intermedio</b>							
	Asilo nido	55,36	Sostegno socio-educativo scolastico	2,53		0,01	91,11
	Integrazione sociale - generale	9,84	Sostegno all'inserimento lavorativo	0,54			
	Contributi economici per i servizi scolastici	5,03		3,06			
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	4,47					
	Ludoteche / laboratori	2,97					
	Retta per asili nido	2,27					
	Centri di aggregazione / sociali	2,11					
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	2,01					
	Centri diurni estivi	1,72					
	Centri diurni	0,81					
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,55					
	Mensa	0,53					
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,26					
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	0,11					
		<b>88,03</b>					
<b>Residenziale</b>							
	Strutture residenziali				24,21		40,54
	Retta per prestazioni residenziali				13,79		
	Contributi economici per affido familiare				1,71		
	Servizio per l'affido minori				0,83		
					<b>40,54</b>		
<b>Altro</b>							
						1,51	1,51
<b>Totale</b>		<b>111,08</b>		<b>14,25</b>	<b>40,65</b>	<b>1,69</b>	<b>167,66</b>

SICILIA

Tab. 50 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento	Altro	Totale	
Domiciliare	Contributi economici per alloggio	18,6	61,8				61,8	
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	13,9	2,5		Servizio per l'adozione minori	0,3	40,0	
	Trasporto sociale	2,4						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,7						
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	0,7						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,1						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,1						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0						
	Trasferimenti per agevolazioni tariffarie sui trasporti	-						
		36,5						
	Intermedio	Integrazione sociale - generale	62,2	7,0				201,9
		Ludoteche / laboratori	50,6	0,3				
		Contributi economici per i servizi scolastici	37,6	7,3				
Centri di aggregazione / sociali		11,6						
Centri diurni estivi		9,5						
Asilo nido		8,6						
Contributi economici per l'inserimento lavorativo		3,4						
Centri diurni		2,0						
Mensa		2,0						
Retta per altre prestazioni semi-residenziali		1,4						
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie		1,4						
Retta per asili nido		0,6						
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia		0,4						
Centri estivi o invernali (con pernottamento)	0,4							
	191,8							
Residenziale					Strutture residenziali		6,8	
					Retta per prestazioni residenziali	3,8		
					Contributi economici per affido familiare	1,7		
					Servizio per l'affido minori	0,7		
Altro						0,6		
						6,8		
Totale							0,7	
		228,3	71,6		7,4	3,8	311,2	

SARDEGNA

Tab. 51 - Spesa sociale per minori dei comuni singoli e associati, per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (valori in euro per minore res.)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>								
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	11,97	21,15					21,15
	Contributi economici per alloggio	10,62	22,24			0,10	1,61	51,86
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	3,76						
	Trasporto sociale	0,93						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,34						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,16						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,13						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,00						
		<b>27,92</b>						
<b>Intermedio</b>								
	Asilo nido	56,54	7,04					123,14
	Integrazione sociale - generale	14,86						
	Ludoteche / laboratori	14,54	2,08					
	Centri di aggregazione / sociali	9,96	9,12					
	Centri diurni estivi	4,69						
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	3,95						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1,91						
	Retta per asili nido	1,63						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	1,22						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,98						
	Centri diurni	0,80						
	Mensa	0,53						
	Contributi economici per i servizi scolastici	0,48						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,42						
		<b>112,50</b>						
<b>Residenziale</b>								
						20,39		46,34
						18,51		
						4,46		
						2,98		
						<b>46,34</b>		
<b>Altro</b>							2,35	2,35
<b>Totale</b>		<b>140,42</b>	<b>52,50</b>		<b>46,44</b>		<b>5,48</b>	<b>244,84</b>



SARDEGNA

Tab. 52 - Utenti che usufruiscono di interventi e servizi (area minori), per scopo, livello di risposta e intervento – Anno 2005 (utenti ogni 1.000 minori)

Serv. sociale	Int. preventivi dell'allontanamento		Indistinti		Int. di allontanamento		Altro	Totale
<b>Domiciliare</b>								
	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	23,3	208,0					208,0
	Contributi economici per alloggio	7,1	14,0	Servizio per l'adozione minori	0,2	0,4		49,2
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1,5						
	Trasporto sociale	1,4						
	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	0,9						
	Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	0,3						
	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	0,1						
	Contributi economici erogati a titolo di prestito	0,0						
		34,7						
<b>Intermedio</b>								
	Integrazione sociale - generale	99,6	11,4	Sostegno socio-educativo scolastico			66,7	319,3
	Ludoteche / laboratori	48,2	4,0	Sostegno all'inserimento lavorativo				
	Centri di aggregazione / sociali	37,3	15,4					
	Centri diurni estivi	23,8						
	Asilo nido	10,5						
	Centri estivi o invernali (con pernottamento)	5,0						
	Contributi economici per i servizi scolastici	4,0						
	Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	2,7						
	Mensa	2,0						
	Centri diurni	1,5						
	Retta per altre prestazioni semi-residenziali	0,8						
	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	0,7						
	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	0,6						
	Retta per asili nido	0,4						
		237,2						
<b>Residenziale</b>								
	Strutture residenziali				1,4			4,8
	Contributi economici per affido familiare				1,3			
	Retta per prestazioni residenziali				1,3			
	Servizio per l'affido minori				0,8			
					4,8			
<b>Altro</b>							13,1	13,1
<b>Totale</b>		2718	237,4		5,0		80,3	594,5

#### 4. ALCUNE ASPETTI DA APPROFONDIRE

I dati raccolti e riclassificati consentono di formulare alcune riflessioni di natura strategica, tenendo conto che si considera unicamente la spesa relativa agli interventi e ai servizi sociali messi in atto dai Comuni. Può ben essere che la spesa per alcuni interventi/servizi venga sostenuta direttamente da altri entri pubblici (in primis Regione/Provincia autonoma) e quindi non comparire nei successivi dati.

Un primo aspetto che merita attenzione riguarda il rapporto tra la spesa per gli interventi che sono stati identificati come preventivi dell'allontanamento e la spesa per gli interventi sociali che producono sicuramente un allontanamento del bambino/ragazzo dalla famiglia di origine (tab. 53 e figg. 4-5).

La spesa per gli interventi preventivi registra un valore complessivo di 55 euro per ogni minore residente, con un campo di variabilità compreso tra 16 (comuni campani) e 309 euro (comuni trentini). La spesa per gli interventi di allontanamento va da un minimo di 5 euro a un massimo di 67 euro, con un valore complessivo per l'Italia di 45 euro per minore residente.

I dati evidenziano che la spesa per interventi preventivi è mediamente uguale a quella per l'allontanamento, cioè *si spende tanto per prevenire l'allontanamento quanto per realizzarlo, ma, allo stesso modo, i dati evidenziano le molte differenze tra i comuni delle diverse regioni*. Per esempio, in Calabria la spesa sostenuta dall'ente locale per prevenire l'allontanamento è 8 volte maggiore di quella sostenuta per allontanare i bambini dalla loro famiglia; in Lazio il rapporto è di 6 a 1. In Valle d'Aosta, provincia di Trento, Friuli Venezia-Giulia, Sardegna e Sicilia, la spesa per la prevenzione dell'allontanamento è tripla rispetto a quella sostenuta per l'allontanamento; in Lombardia e nella provincia di Bolzano è due volte e mezzo; in Molise, Umbria e Liguria è doppia. Piemonte, Veneto e Campania sono le regioni con un rapporto inferiore a quello medio italiano; inoltre, la Campania è l'unica regione in cui la spesa per prevenire è inferiore a quella per allontanare.

Tab. 53 – Spesa per minori: spesa per interventi preventivi e spesa per interventi di allontanamento, e loro rapporto, 2005 (valori in euro per minore residente)

	Spesa per inter. preventivi dell'allontanamento	Spesa per interventi di allontanamento	Rapporto
Piemonte	71,93	66,85	1,08
Valle d'Aosta	156,44	46,90	3,34
Lombardia	163,33	63,98	2,55
PA Bolzano	84,49	33,66	2,51
PA Trento	309,38	97,51	3,17
Veneto	40,99	39,50	1,04
Friuli V.-G.	160,66	52,15	3,08
Liguria	147,92	76,61	1,93
Emilia-R.	93,93	71,86	1,31
Toscana	71,71	47,81	1,50
Umbria	62,94	29,21	2,15
Marche	47,46	31,84	1,49
Lazio	253,00	42,45	5,96
Abruzzo	46,10	31,67	1,46
Molise	30,28	12,94	2,34
Campania	16,39	26,97	0,61
Puglia	60,03	31,8	1,89
Basilicata	35,55	20,00	1,78
Calabria	45,56	5,38	8,47
Sicilia	111,08	40,65	2,73
Sardegna	140,42	46,44	3,02
ITALIA	54,97	44,85	1,23

Fig. 4 – Spesa per minori: spesa per interventi preventivi e spesa per interventi di allontanamento, e loro rapporto, 2005

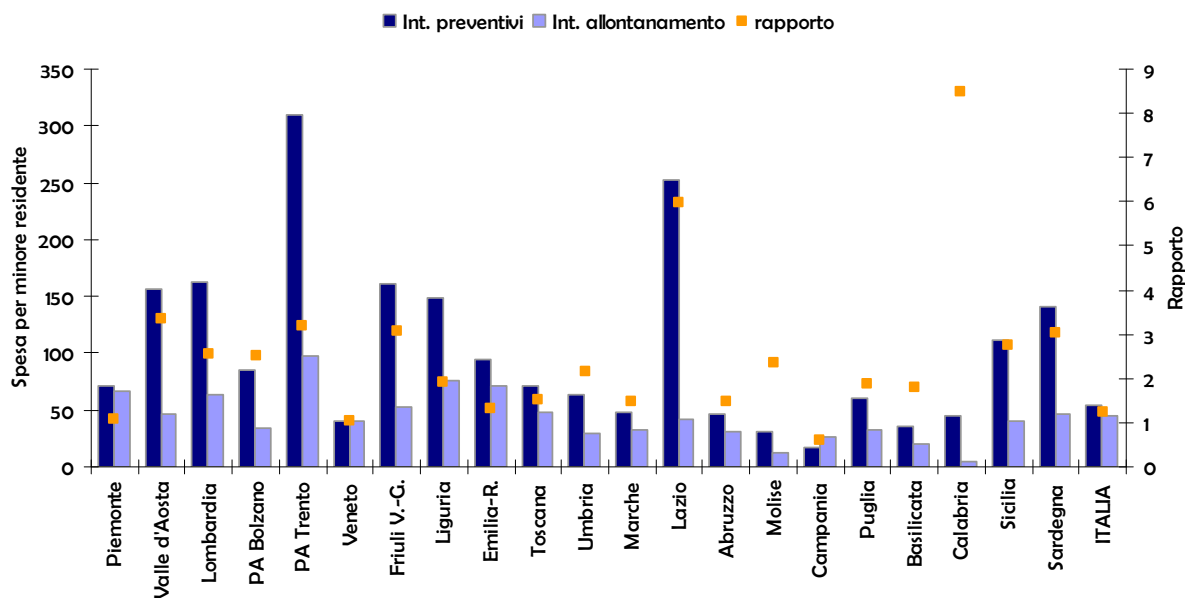
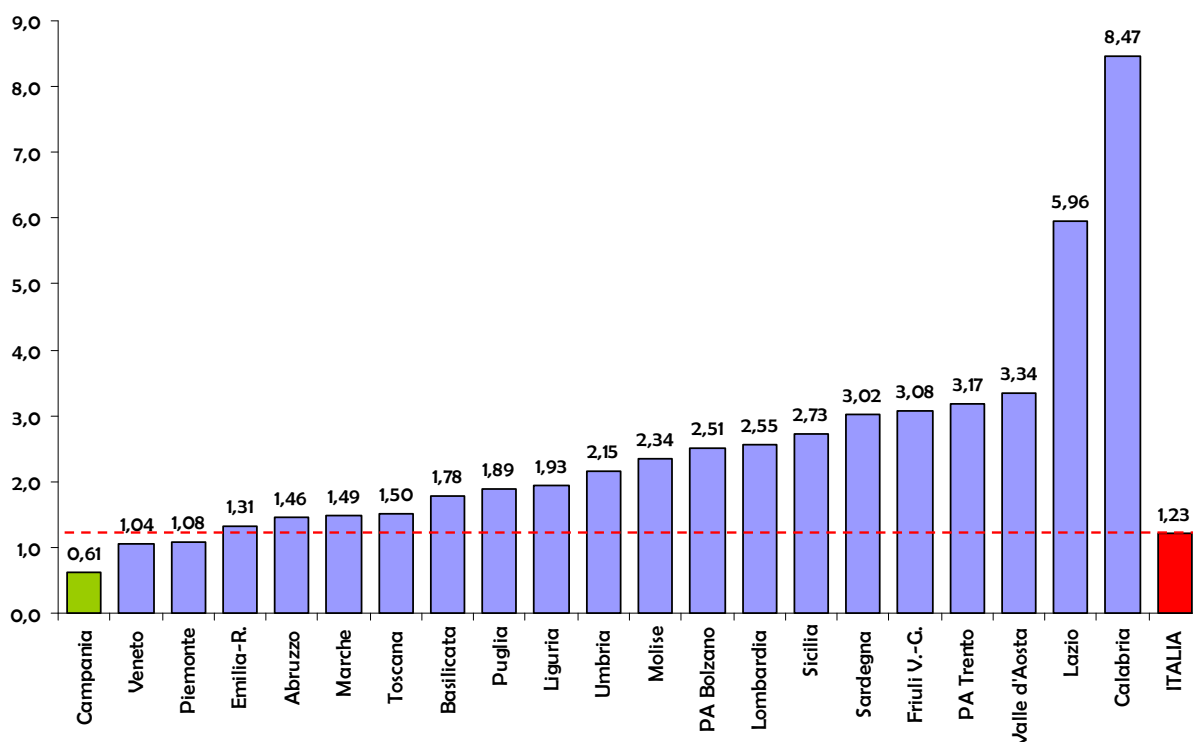


Fig. 5 – Spesa per minori: rapporto tra spesa per interventi preventivi e spesa per interventi di allontanamento, 2005



Una seconda riflessione si concentra sugli interventi preventivi dell'allontanamento, confrontando la spesa destinata agli interventi domiciliari e quella per gli interventi intermedi (tab. 54 e fig. 6). Si ricorda che tra gli interventi domiciliari sono ricompresi, ad esempio: l'assistenza domiciliare, l'intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, i contributi economici a integrazione del reddito familiare, i contributi economici per alloggio. Tra gli interventi/servizi intermedi si considerano a titolo esemplificativo: le attività di integrazione sociale, i contributi per l'inserimento lavorativo, i centri di aggregazione, i contributi economici per i servizi scolastici.

I dati considerati indicano che nell'ambito della spesa per gli interventi preventivi dell'allontanamento, maggiori risorse vengono destinate agli interventi intermedi piuttosto che a quelli domiciliari.

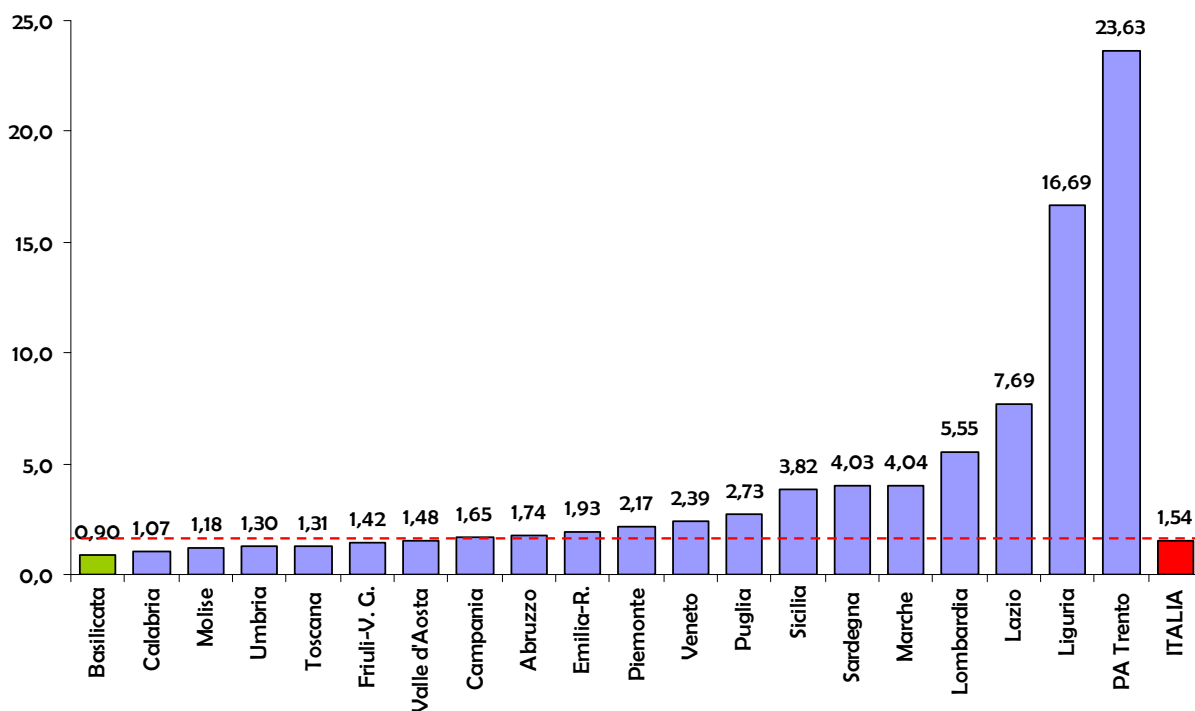
Questo si verifica in tutte le regioni e le province autonome, ad eccezione della Basilicata, dove si spende di più, seppur di poco, per gli interventi domiciliari. Per i comuni della provincia di Trento la spesa per gli interventi intermedi è 23 volte superiore a quella per i servizi domiciliari.

I dati ci indicano che l'allontanamento viene maggiormente prevenuto realizzando interventi e servizi, non tanto nella casa del bambino e della sua famiglia, ma in luoghi neutri (diurni o "ambulatoriali").

Tab. 54 - Spesa per interventi preventivi: spesa per interventi domiciliari, spesa per interventi intermedi e loro rapporto, 2005 (valori in euro)

	<i>Spesa per interventi domiciliari</i>	<i>Spesa per interventi intermedi</i>	<i>Rapporto</i>
Piemonte	22,70	49,23	2,17
Valle d'Aosta	62,99	93,46	1,48
Lombardia	24,92	138,41	5,55
PA Bolzano	0,00	84,49	-
PA Trento	12,56	296,81	23,63
Veneto	12,10	28,89	2,39
Friuli Venezia Giulia	66,47	94,20	1,42
Liguria	8,36	139,55	16,69
Emilia-Romagna	32,05	61,88	1,93
Toscana	30,98	40,73	1,31
Umbria	27,41	35,53	1,30
Marche	9,41	38,05	4,04
Lazio	29,11	223,89	7,69
Abruzzo	16,80	29,30	1,74
Molise	13,86	16,42	1,18
Campania	10,32	17,01	1,65
Puglia	16,1	43,93	2,73
Basilicata	18,68	16,86	0,90
Calabria	22,03	23,53	1,07
Sicilia	23,05	88,03	3,82
Sardegna	27,92	112,5	4,03
ITALIA	21,67	33,30	1,54

Fig. 6 - Spesa per interventi domiciliari preventivi: rapporto tra la spesa per interventi domiciliari e quella per interventi intermedi, 2005



Un terzo aspetto da considerare riguarda l'ambito degli interventi domiciliari preventivi dell'allontanamento (tab. 55 e fig. 6).

Nell'ambito del welfare, un criterio con cui analizzare la spesa è riconducibile alla natura degli interventi: servizi o trasferimenti economici. È noto che il settore dell'assistenza in Italia si caratterizza per una netta prevalenza della seconda categoria sulla prima.

Lo stesso criterio può essere considerato all'interno degli interventi preventivi domiciliari, per verificare se la spesa è rivolta a finanziare servizi (assistenza domiciliare, intermediazione abitativa ecc.) o erogazioni economiche (contributi per l'alloggio, contributi per il sostegno del reddito ecc.).

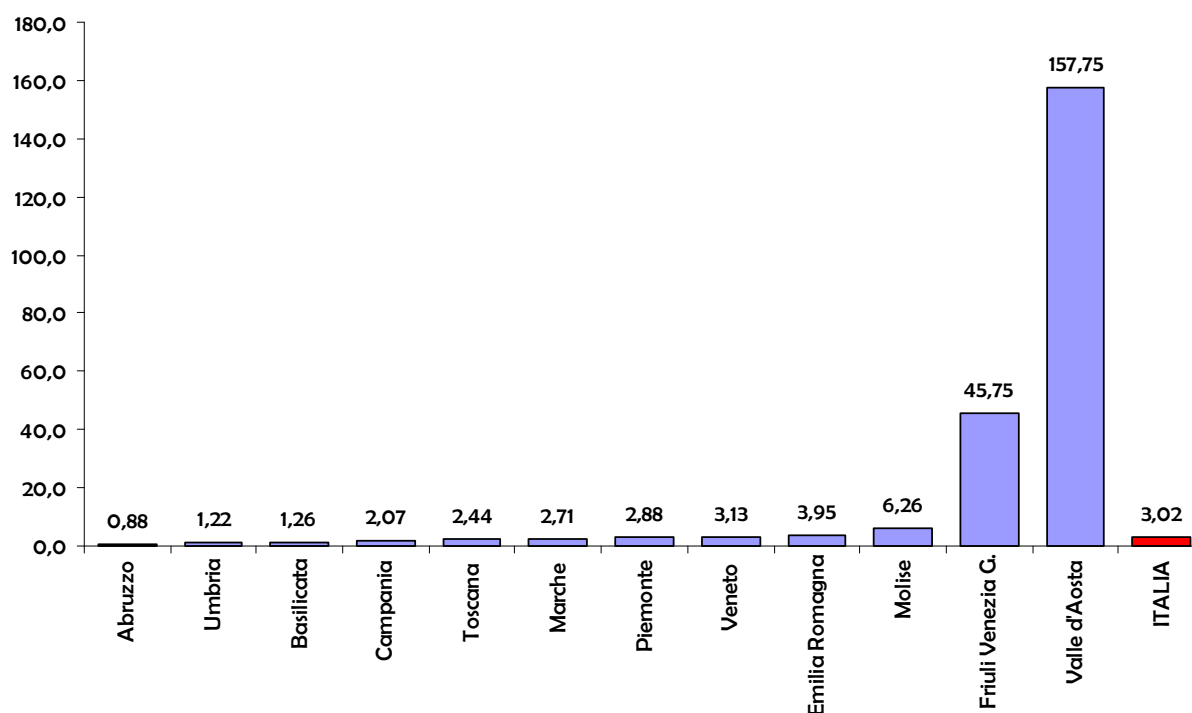
I dati indicano, almeno limitatamente a 12 regioni, la **prevalenza della spesa destinata ai trasferimenti economici sulla spesa destinata ai servizi**.

Nel rapporto tra le due grandezze, spicca il dato dei comuni della Valle d'Aosta, dove per i trasferimenti economici la spesa è pari a 62,59 euro per ogni minore residente, conto i 40 centesimi della spesa per servizi. L'Abruzzo è l'unica regione in cui prevale la spesa per servizi su quella per i benefici economici.

Tab. 55 – Spesa per interventi domiciliari preventivi: spesa per servizi, spesa per trasferimenti economici e loro rapporto, 2005 (valori in euro pro capite per minore)

	<i>Spesa per servizi</i>	<i>Spesa per trasferimenti economici</i>	<i>Rapporto trasferimenti-servizi</i>
Piemonte	5,92	16,79	2,84
Valle d'Aosta	0,51	62,47	121,40
Lombardia	10,62	14,34	1,35
PA Bolzano	0	0	-
PA Trento	1,41	11,15	7,92
Veneto	2,95	9,15	3,10
Friuli Venezia Giulia	1,61	64,85	40,17
Liguria	4,54	3,85	0,85
Emilia-Romagna	7,00	25,06	3,58
Toscana	9,05	21,93	2,42
Umbria	12,45	14,97	1,20
Marche	2,55	6,86	2,69
Lazio	10,89	18,22	1,67
Abruzzo	8,92	7,87	0,88
Molise	1,91	11,95	6,26
Campania	3,40	6,92	2,04
Puglia	3,36	12,74	3,79
Basilicata	8,42	10,26	1,22
Calabria	2,59	19,45	7,50
Sicilia	2,77	20,45	7,39
Sardegna	6,93	22,59	3,26
ITALIA	6,00	15,67	2,61

Fig. 7 – Spesa per interventi domiciliari preventivi: rapporto tra la spesa per servizi e la spesa per trasferimenti economici, 2005



Un ulteriore punto di riflessione viene considerando l'intervento preventivo dell'allontanamento, finalizzato a mantenere il bambino nel proprio contesto di vita, con la maggiore spesa per minore residente. In tutte le regioni/province considerate, l'intervento domiciliare preventivo dell'allontanamento con la spesa più rilevante è rappresentato dal contributo economico (prevalentemente destinato a integrare il reddito familiare), a eccezione dell'Abruzzo, dove la spesa maggiore è destinata all'assistenza domiciliare socio-assistenziale.

I meri dati di spesa non possono fornirci informazioni sull'appropriatezza dell'intervento (non rispondono cioè al quesito se il contributo sia o non sia il migliore intervento per garantire al minore e alla sua famiglia una vita dignitosa) o sul modo di lavorare degli operatori (per prestazioni, o per progetti in una logica di presa in carico). Tuttavia, la prevalenza dei contributi economici, tra gli interventi preventivi a carattere domiciliare, richiama alcune vecchie questioni che animano il dibattito sul welfare: soldi o servizi, un mero contributo economico o un progetto di sostegno che preveda anche, ma non esclusivamente, un'erogazione?

Tab. 56 – Spesa per interventi domiciliari preventivi: intervento con la spesa la più alta per minore residente, 2005

Regione	Intervento domiciliare preventivo con la spesa maggiore	Spesa per minore residente
Piemonte	Contributi economici per integrazione reddito	9,56
Valle d'Aosta	Contributi economici per integrazione reddito	62,47
Lombardia	Contributi economici per integrazione reddito	9,83
PA Bolzano	-	-
PA Trento	Contributi economici per integrazione reddito	11,15
Veneto	Contributi economici per alloggio	3,36

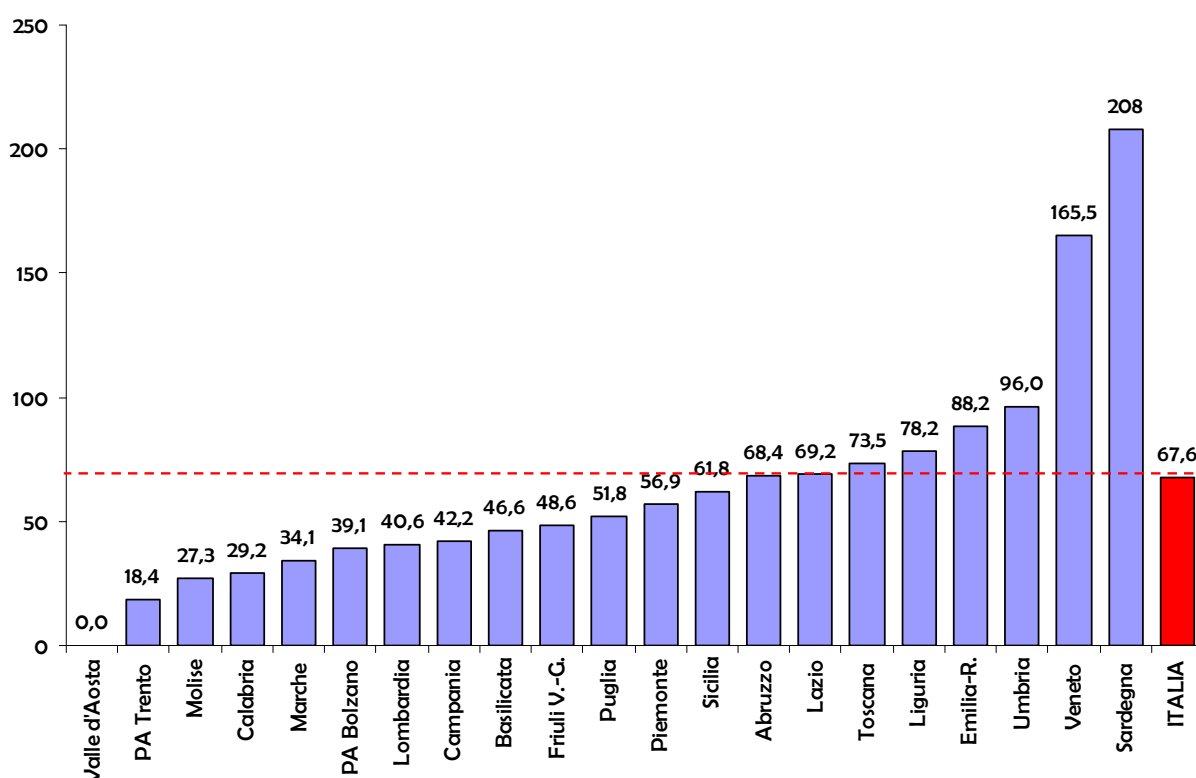
Regione	Intervento domiciliare preventivo con la spesa maggiore	Spesa per minore residente
Friuli-V. Giulia	Contributi economici per integrazione reddito	52,10
Liguria	Contributi economici per alloggio	2,74
Emilia-Romagna	Contributi economici per integrazione reddito	14,20
Toscana	Contributi economici per integrazione reddito	11,57
Umbria	Contributi economici per integrazione reddito	10,08
Marche	Contributi economici per integrazione reddito	6,12
Lazio	Contributi economici a integrazione reddito	16,04
Abruzzo	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	7,26
Molise	Contributi economici per integrazione reddito	9,46
Campania	Contributi economici per integrazione reddito	5,43
Puglia	Contributi economici per alloggio	6,52
Basilicata	Contributi economici per l'alloggio	7,51
Calabria	Contributi economici per alloggio	12,59
Sicilia	Contributi economici per alloggio	13,07
Sardegna	Contributi economici per integrazione reddito	11,97

Perché una persona, e in particolare un bambino, venga presa in carico dal servizio sociale, deve presentare problemi e bisogni di una certa complessità, vista la residualità del sistema assistenziale italiano. Ricerche condotte negli anni scorsi (Canali C. e altri; Gioga G., Pivetti M., 2007) evidenziano che i minori appartenenti a famiglie multiproblematiche (cioè famiglie in cui vi è: compresenza di diverse problematiche sociali e sanitarie; necessità di interventi di più servizi; inadeguatezza nello svolgimento dei ruoli genitoriali; uno o più minori in situazione di difficoltà, disagio, disadattamento) sono maggiormente esposti al rischio di allontanamento. Tali minori rappresentano una quota variabile tra l'1 e il 2% dei minori residenti e si presume siano tutti in carico al servizio sociale.

I dati sull'utenza del servizio sociale professionale, rilevabili dall'indagine sugli interventi e i servizi sociali, forniscono un quadro molto disomogeneo: si va dai 21 per 100 minori residenti dell'Emilia-Romagna a circa 2 minori (su 100) dei comuni trentini, con una media italiana di 7 minori su 100. Anche tenendo conto degli eventuali doppi conteggi dello stesso bambino, o della possibilità che in taluni casi sia stato conteggiato l'intero nucleo familiare, lo scarto tra i due valori (stima dei minori multiproblematici, pari all'1-2% dei minori residenti, e numero di minori in carico al servizio sociale) è troppo ampio da poter essere giustificato, indicando quindi un aumento della problematicità nei casi trattati.



Fig. 8 - Utenti minori del servizio sociale per 1.000 minori residenti



L'analisi qui proposta si qualifica come un'azione di monitoraggio su quanto spendono i comuni per prevenire l'allontanamento del bambino/ragazzo dalla sua famiglia, o per realizzarlo.

L'azione di monitoraggio in prospettiva territoriale è importante perché mette in grado di conoscere e di rendere trasparente l'azione dell'ente locale rispetto a un bisogno specifico, quello del bambino.

Non si tratta di costruire "pagelle" valutative dei diversi territori, quanto di mettere a disposizione degli stakeholders strumenti per conoscere e confrontare la capacità dei diversi territori di rispondere ai bisogni dei bambini e delle famiglie.

Questo richiede una restituzione ragionata e sistematica di informazioni fornite dalle stesse amministrazioni pubbliche, finalizzata non tanto a superare deficit di conoscenza, quanto a promuovere una visione complessiva delle diverse realtà territoriali, mettendo in relazione le azioni realizzate con le situazioni di bisogno rilevabili, evidenziando eventuali criticità e punti di forza utili al miglioramento complessivo del sistema, in termini di equità sociale e territoriale.

I dati di spesa proposti non offrono risposte sufficienti sullo stato dei servizi nel prevenire l'allontanamento. Rappresentano però uno dei tasselli attraverso i quali facilitare una riflessione su determinati fenomeni, come quelli evidenziati nelle pagine precedenti, e chiedere agli interlocutori competenti di dare risposte e promuovere cambiamenti.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Beecham J., Sinclair I. (2006), *Costs and Outcomes in Children's Social Care: Messages from Research*, Jessica Kingsley Publishing, London.
- Bezze M. (2001), *Le misure di contrasto alla povertà: il reddito minimo di inserimento*, Studi Zancan, 2, pp. 166-172.
- Bezze M. (2008), *Interventi per bambini multiproblematici: gravità dei bisogni, efficacia e costi*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A., Vecchiato T. (2005), *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, Studi Zancan, 2, pp. 93-131.
- Bezze M., Vecchiato T. (2010), *Livelli essenziali di assistenza sociale: finanziamento, costi, equità distributiva*, Studi Zancan, 6, pp. 9-21.
- Canali C., Crialesi R., Dalla Zuanna G., Sabbadini L.L., Vecchiato T. (2007), *La famiglia in Italia. Dossier Statistico*, Istat e Ministero delle Politiche per la famiglia, Roma.
- Canali C., Vecchiato T. (2007), *Multiple problem children and families: findings from Italy*, in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J., edited by, *Promoting Competence in Children and Families*, Eusarf, Leuven.
- Canali C., Innocenti E., Pozzobon G., Vecchiato T. (2007), *Studio di fattibilità per un nuovo modello di gestione unitaria dei servizi alla persona nel territorio feltrino*, Studi Zancan, 4, pp. 151-174.
- Gioia G., Mazzini E.L.L., Pivetti M. (2007), *Progetti personalizzati per le famiglie multiproblematiche con minori: una sperimentazione promossa dalla Regione Abruzzo*, Studi Zancan, 4, pp. 181-198.
- Gioia G., Pivetti M. (2008), *Progetti personalizzati capaci di considerare congiuntamente i bisogni della persona e della famiglia. I risultati di una sperimentazione con 15 famiglie multiproblematiche con minori*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T. (2007), *Per un piano di lotta alla povertà: risorse, bisogni, ipotesi e proposte*, in Caritas Italiana e Fondazione Zancan, *Rassegnarsi alla povertà. Rapporto 2007 su povertà ed esclusione sociale*, Il Mulino, Bologna.

# RISC

**R**ischio per l'**I**nfanzia e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

## SEZIONE 5

## AREA PROFESSIONALE



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## INTRODUZIONE

Questa parte dello studio RISC è dedicata alle politiche istituzionali e professionali di contrasto all'allontanamento familiare in Italia. Sono stati individuati tre livelli di analisi:

- *il livello comunale*: è stato selezionato un gruppo di comuni sulla base della numerosità della loro popolazione (che implica complessità di situazioni). A questi è stato somministrato un questionario per comprendere cosa viene fatto a livello comunale in questa area di bisogno;
- *il livello professionale*: con un questionario somministrato agli Ordini regionali degli assistenti sociali e con un approfondimento con gruppi di assistenti sociali;
- *il livello regionale*: è stato predisposto un questionario per regione, suddiviso in tre parti: la parte sulla normativa (descritta nella sezione 3), la parte sui costi (esaminata nella sezione 4); in questa terza parte vengono affrontate le opzioni professionali, per delineare quanto viene fatto per contrastare l'allontanamento familiare. Quest'ultimo aspetto è stato approfondito in un focus group i cui risultati sono riportati di seguito. Al focus group sono state invitate le regioni che hanno risposto al questionario.

## IL LIVELLO COMUNALE



Per analizzare quanto viene fatto nei comuni italiani è stato inviato un questionario a 24 comuni selezionati sulla base della loro numerosità. Il tasso di risposta è stato del 25% (hanno risposto 6 comuni su 24 interpellati).

L'analisi a livello comunale offre spunti di riflessione. In particolare, si focalizza su alcuni temi legati al sostegno della famiglia e alla prevenzione degli allontanamenti, con attenzione a:

- tipologia di servizi che mettono in atto interventi di sostegno alle famiglie vulnerabili, per prevenire l'allontanamento;
- professionalità che mettono in atto gli interventi;
- caratteristiche peculiari (tipologie) degli interventi;
- tempo medio in cui una famiglia è in carico al servizio;
- andamento degli interventi nel tempo;
- numero di famiglie prese in carico all'anno;
- percentuale di riduzione degli allontanamenti.

## Analisi schede comuni

### Norme e regolamenti

	Bergamo	Trieste	Venezia	Prato	Napoli	Taranto
<b>Interlocutori istituzionali e sociali del Comune per il sostegno a famiglie e minori</b>						
Tribunale dei minori	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Azienda sanitaria	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Istituti scolastici		✓	✓	✓	✓	✓
Provincia			✓	✓		
Terzo settore e/o coop sociali	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Altro			✓	✓		
<b>Regolamenti comunali che disciplinano l'accesso a servizi e interventi per minori e famiglie</b>						
Sì		✓	✓	✓		✓
No	✓				✓	
<b>Piani comunali/territoriali su azioni di sostegno alle famiglie fragili e di prevenzione allontanamento</b>						
Sì		✓	✓	✓	✓	✓
No	✓					
<b>Accordi con l'Azienda sanitaria per la gestione dei servizi sociali e sociosanitari per l'infanzia e la famiglia</b>						
Sì		✓	✓	✓	✓	✓
No	✓					
<b>Convenzioni e accordi con altre istituzioni del territorio rilevanti ai fini della ricerca</b>						
Sì		✓	✓	✓		
No	✓				✓	✓
<b>Partecipazione del Comune a reti regionali/nazionali/internazionali attive sul tema della ricerca</b>						
Sì		✓	✓	✓	✓	
No	✓					✓
<b>Strumenti per l'indagine e il monitoraggio della situazione delle famiglie e dei minori</b>						
Sì	✓	✓	✓		✓	✓
No				✓		

### Specificazioni

Interlocutori istituzionali e sociali (altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Associazioni impegnate nell'affido familiare, specialmente in quello diurno (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Prefettura (<i>Prato</i>)</li> </ul>
Regolamenti comunali	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regolamento Servizio Minori, delibera consigliere n. 21 dd 24.1.1992; delibere di giunta n. 656 dd 20.12.2004 e n. 711 dd 27.12.2004 (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Regolamento per Servizio educativo domiciliare. In via di approvazione: regolamento per Affidamento familiare, compreso quello diurno (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Regolamento di applicazione Indicatore della situazione economica (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Regolamento per le prestazioni di assistenza sociale economica e per le prestazioni integrative (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Regolamento di assistenza domiciliare e Modalità attuative per le prestazioni oggetto del Servizio di assistenza domiciliare a favore di nuclei familiari con anziani, disabili, minori (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ n. 2 regolamenti di accesso al sistema integrato dei servizi sociali (<i>Taranto</i>)</li> </ul>

<b>Piani comunali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piano di Zona 2006-2008 (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ In via di approvazione: Piano di Orientamento progettuale per la separazione dei minori della famiglia e per gli interventi in emergenza (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ PISR e Piano Sociale di Zona (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Piani Sociali di zona (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Piano territoriale legge n. 285/97 - Piano di zona (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
<b>Accordi con Azienda sanitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piano di Zona 2006-2008, Protocollo Affidi, Protocollo contro il maltrattamento (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Regolamento UVMD Minori e Allegate Linee Guida per il funzionamento del Gruppo di Lavoro Interistituzionale per la gestione Progetti Quadro di Cura e Protezione che richiedono interventi ad integrazione socio-sanitaria (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Delega per l'Alta integrazione socio-sanitaria (<i>Prato</i>)</li> </ul>
<b>Convenzioni e accordi con altre istituzioni del territorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protocollo contro il maltrattamento a minori (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Protocollo di Intesa con la Provincia per i Minori Riconosciuti da un solo genitore. Gestione Associata con gli altri 3 Comuni del territorio Ulss 12, sia per la gestione del Centro per l'Affido e la solidarietà familiare, che per gli inserimenti in comunità di accoglienza (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Asel - Osservatorio Provinciale (<i>Prato</i>)</li> </ul>
<b>Reti regionali/ nazionali/ internazionali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cismai, CNCM (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Coordinamento Nazionale Affidi, Tavoli regionali sull'Affido e sui temi della DGR 2416 (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Centro di documentazione e ricerca dell'Istituto degli Innocenti di Firenze (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Rete regionale (<i>Napoli</i>)</li> </ul>
<b>Strumenti per indagini e monitoraggio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banca dati informatica (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Osservatorio regionale (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Osservatorio sui dati relativi al target Infanzia e Adolescenza, gestito dal servizio Politiche Cittadine per l'Infanzia e l'Adolescenza del Comune (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Sì, in collaborazione con la Provincia (<i>Taranto</i>)</li> </ul>

### Sezione professionale

	Bergamo	Trieste	Venezia	Prato	Napoli	Taranto
<b>Servizi che mettono in atto interventi di sostegno alle famiglie vulnerabili, per prevenire l'allontanamento</b>						
Servizi sociali del Comune	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Servizi tutela e protezione dell'infanzia delle az. sanitarie	✓	✓		✓	✓	
Altri servizi					✓	
<b>Professionalità che mettono in atto gli interventi</b>						
Assistenti sociali	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Psicologi	✓		✓	✓	✓	✓
Educatori	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Neuropsichiatri infantili				✓	✓	
Altro			✓	✓	✓	



	Bergamo	Trieste	Venezia	Prato	Napoli	Taranto
<b>Caratteristiche peculiari (tipologie) degli interventi – Importanza (1 = più importante)</b>						
Psicoterapeutico-clinico	4	0	0	0	4	0
Riabilitativo	1	0	0	0	3	0
Educativo	3	1	1	1	1	1
Assistenza sociale	1	2	2	2	2	2
Aiuto economico	2	3	3	0	5	3
Altro			✓			
<b>Interventi centrati su:</b>						
Bambino		✓	✓	✓	✓	✓
Funzione genitoriale	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ambiente circostante		✓	✓	✓		
Altro	✓		✓	✓		
<b>Tempo medio in cui una famiglia è in carico al servizio</b>						
Una settimana						
1 mese						
3 mesi						
6 mesi						✓
Altro	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Andamento degli interventi</b>						
In aumento	✓			✓	✓	✓ <sup>2</sup>
In diminuzione						
Costante		✓				✓ <sup>3</sup>
Non definibile			✓ <sup>4</sup>			
<b>Numero di famiglie prese in carico nell'ultimo anno</b>						
0-20						
21-50						
51-100						
101-200		✓		✓		
Oltre 200	✓		✓		✓	✓
<b>Quanto sono stati prevenuti gli allontanamenti</b>						
0-5%						✓
5-10%	✓	✓				
10-20%				✓		
Oltre 20%					✓	

2 Gli interventi di sostegno ai nuclei

3 Gli allontanamenti dal nucleo familiare

4 Da anni si lavora per contenere al massimo la separazione dei minori dalla famiglia, ma non si è in grado di definire, senza un criterio dato (per es. in rapporto al numero dei Progetti Quadro di Cura e Protezione avviati nell'anno, oppure in rapporto alle tipologie di fattori di rischio ecc.), l'aumento e/o la diminuzione delle separazioni dalla famiglia. Per questo anche ad alcune delle domande successive non è possibile rispondere (*Venezia*)

## Specificazioni

Servizi che mettono in atto interventi di sostegno (altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Associazione del Terzo settore (<i>Napoli</i>)</li> </ul>
Esempi di tipi di intervento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza domiciliare minori, progetti territoriali di gruppo, unità diurna (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Servizio Socio educativo territoriale (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Consulenze di coppia e gruppali ai genitori in difficoltà, Servizio Educativo Domiciliare, Contributi a Misura di Bambino, supporto individualizzato - in accordo con i servizi Ulss 12 - alle famiglie per la fruizione degli interventi sociosanitari necessari ai singoli e/o alla coppia (interventi consultoriali, psichiatrici, Sert, mediazione familiare ecc.) (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Centri Diurni; Servizi Semires.; Servizio educat. Individ.; Affidato Part-time (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Progetto Tutoraggio, Educativa Territoriale, Gruppi Adolescenti, Centri Socio Educativi (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Contributi economici; assistenza domiciliare; sostegno alla genitorialità; attività socio-ricreative; affidamento familiare; Centro Bambini-Genitori (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
Obiettivi degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevenzione secondaria del disagio, osservazione, vigilanza, supporto, sostegno (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Servizio di Sostegno Socio educativo: contrastare il disadattamento sociale, educare il minore ad adattarsi in modo attivo all'ambiente, superando situazioni conflittuali a livello familiare e sociale, e favorire modificazioni nel contesto di riferimento dei minori, per dare risposte adeguate ai bisogni e alle necessità che essi esprimono. ... Creare le condizioni socio educative ed ambientali per sostenere i diversi momenti difficili della crescita dei ragazzi, evitandone l'allontanamento dalla propria famiglia, facendo emergere e promuovendo le risorse positive presenti nel minore, maggiori competenze nei genitori e nell'ambiente di contesto. Gli obiettivi possono essere raggruppati secondo tre aree: tutela, sostegno e prevenzione – collegate tra loro da una logica interna e consequenziale, e si perseguono all'interno di cinque percorsi professionalizzanti: educativa domiciliare, educativa di gruppo in particolare per minori compresi in una fascia d'età tra i 6 e i 14 anni, educativa territoriale con gruppi di adolescenti, sviluppo di comunità, emergenza ed urgenza (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Consulenze: affrontare con i genitori le difficoltà relazionali che vivono con i figli al fine di assicurare un contesto relazionale "sano"; Servizio Educativo Domiciliare, per sostenere il genitore fragile nella relazione con il figlio e offrire al minore una figura educativa di riferimento, ad integrazione di quelle genitoriali, per sostenere lo sviluppo, l'apprendimento, il rapporto coi pari ecc.; Contributo a Misura di bambino per supportare economicamente la famiglia nelle spese necessarie alla crescita del figlio; interventi sociosanitari di supporto alle specifiche difficoltà dei genitori, in modo che possano meglio esercitare la loro funzione (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Sostegno, Aiuto, Prevenzione (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Sostegno e recupero capacità genitoriali (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Sostegno economico e psicosociale alle famiglie in difficoltà, finalizzati al supporto formativo e informativo al ruolo genitoriale (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
Professionalità (altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educatori domiciliari (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Insegnanti (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Insegnanti, educatori, operatori del terzo settore (<i>Napoli</i>)</li> </ul>
Caratteristiche interventi (altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicosociale (<i>Venezia</i>)</li> </ul>

Centratura interventi (altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sull'intero nucleo familiare (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ (Interventi sociosanitari) Sulle difficoltà personali dei genitori (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Scuola (<i>Prato</i>)</li> </ul>
Tempo medio in carico al servizio (altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Più di un anno (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Da 9 mesi a 1 anno (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Minimo 2 anni (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ Da 1 a 5 anni (in relazione al progetto) (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Da 1 a 3 anni (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Anche oltre i sei mesi (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
Tipo di famiglie bersaglio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Famiglie multiproblematiche con conflittualità di coppia, spesso monogenitoriali e straniere (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ In genere le famiglie sono caratterizzate da pluralità di problemi: economici, isolamento sociale, povertà culturali e particolari problemi sanitari degli adulti (es. dipendenze e patologie psichiatriche) (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Famiglie in difficoltà temporanea/persistente ad esercitare le funzioni educativo/genitoriali. Famiglie con elevato grado di conflittualità, disagio psichico o altra patologia. Famiglie con problemi strutturali che comportano emarginazione e disadattamento (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Scarsa cultura, disoccupazione/inoccupazione, inadempienze scolastiche, genitori incapaci e/o inadeguati, famiglie segnalate dalle scuole, dalla ASL, dal 114, sottoposte a misure dal Tribunale per i Minorenni (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Assenza di lavoro, presenza di più minori, problematiche abitative, basso livello di istruzione, degrado ambientale dovuto a povertà sia economica che culturale, inadeguatezza genitoriale (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
In base a cosa è possibile affermare che sono stati prevenuti gli allontanamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento di adesione delle famiglie a interventi di tipo preventivo (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Il dato indicato [alla voce "quanto sono stati prevenuti gli allontanamenti"] è una stima. Attualmente non si è in grado di fornire dati precisi (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Con gli interventi [sopra descritti] è stato diminuito il rischio psicosociale (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Nel corso del 2008 i minori inseriti in progetti di prevenzione sono stati circa 5600; per altri 700 minori, dopo aver attivato tutte le risorse possibili, si è giunti all'allontanamento in affido familiare o in strutture residenziali (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Il dato è relativo agli interventi alternativi posti in essere che hanno consentito di sostenere i nuclei evitandone la disgregazione (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
Sistema di monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sì: sistema informatico, cartella minori (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Sì: sono previste delle schede specifiche per ogni fase dell'intervento (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Sì, per ora solo una raccolta dati annuale tra tutti i servizi sociali di Cura e Protezione che confrontano il dato coi due anni precedenti. Ci si sta attrezzando per approfondire il monitoraggio anche in riferimento alla DGR2416 (<i>Venezia</i>)</li> <li>▪ No, non è ancora stato standardizzato un sistema di rilevazione oggettivo (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Sì (<i>Napoli</i>)</li> <li>▪ Sì, attraverso gli operatori psicosociali (<i>Taranto</i>)</li> </ul>
Risultati degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenimento del nucleo nel proprio contesto di vita, maggiore consapevolezza delle difficoltà e potenziamento delle proprie capacità/risorse (<i>Bergamo</i>)</li> <li>▪ Miglioramento delle relazioni dei genitori nei confronti dei figli. I genitori riescono, attraverso la mediazione degli educatori, a utilizzare al meglio le possibilità che i servizi sociali e sociosanitari offrono (<i>Trieste</i>)</li> <li>▪ Miglioramento delle condizioni personali e familiari del minore, sia in ambito scolastico e sociale che all'interno del nucleo familiare (<i>Prato</i>)</li> <li>▪ Conoscenze più approfondite dei nuclei familiari, maggiore fiducia nelle istituzioni, disponibilità a "farsi aiutare"; dialogo e capacità di ottimizzare le risorse relati-</li> </ul>

ve alle famiglie *(Napoli)*

- Si evidenzia una stabilità del numero di inserimenti di minori in strutture, pur in presenza di un considerevole aumento delle problematiche socio-economiche e del numero di utenza presa in carico dal Servizio Psico-Sociale *(Taranto)*

---

Progetto specifico nell'ambito della prevenzione degli allontanamenti

- Intervento presso l'unità diurna-centro multifamiliare: esso si articola nell'arco di tre mesi (prorogabili di altri tre) e prevede la presenza contemporanea di più famiglie per 10/11 giornate. Il percorso di gruppo *[interrotto]* *(Bergamo)*
- Si allega una scheda (PEI relativo ad una situazione presa in carico dal SSSED) *(Trieste)*
- Servizio Educativo Individuale - Servizio di sostegno e appoggio a minori in difficoltà e alle loro famiglie - La finalità del progetto è quella di fornire strumenti educativi adeguati alla realizzazione di autonomi percorsi di crescita, maturazione e risoluzione dei conflitti. Il progetto individuale è definito sulla base di una valutazione del Servizio professionale secondo le problematiche presentate dal minore e dalla famiglia, con un'articolazione temporale sottoposta a verifiche intermedie effettuate dai soggetti coinvolti nel progetto (assistenti sociali, educatori, eventuali altri soggetti quali operatori sanitari e/o scolastici) *(Prato)*
- Progetto Adozione Sociale – si veda scheda allegata *(Napoli)*
- Progetto "Genitori si diventa" - Intervento domiciliare di sostegno alla genitorialità *(Taranto)*

---

Criteri soglia di rischio utilizzati dagli operatori

- Non ci sono criteri standard prefissati, ma vengono valutati di volta in volta *(Bergamo)*
  - Per i bambini più piccoli: condizioni di malnutrizione o carenze di cure sanitarie o ipercura; esistenza di relazioni invischianti. Per i ragazzi: comportamenti molto vicini alla devianza, abbandono scolastico, assenza di consapevolezza del ragazzo della criticità della propria situazione *(Trieste)*
  - I criteri soglia di rischio utilizzati sono rilevati dalla guida e strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori della Regione Toscana *(Prato)*
  - Rischio psicosociale *(Napoli)*
  - La soglia di rischio è strettamente correlata alle caratteristiche che connotano le "famiglie bersaglio", così come specificato al punto riguardante il tipo di famiglie bersaglio *(Taranto)*
-

## IL LIVELLO PROFESSIONALE



Sono stati inviati questionari agli Ordini regionali degli assistenti sociali: il tasso di risposta è stato del 42%. Un approfondimento specifico è stato fatto con un gruppo di assistenti sociali che lavorano in Toscana e in Piemonte: nell'intervista è stato chiesto quali sono i criteri che portano all'allontanamento di un bambino/ragazzo dalla sua famiglia e qual è il percorso di decisione messo in atto.

	Liguria	Lombardia	FVG	Toscana	Marche	Molise	Basilicata	Sicilia
<b>Servizi che mettono in atto interventi di sostegno alle famiglie per prevenire l'allontanamento</b>								
Servizi sociali dei Comuni	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Servizi tutela e protezione dell'infanzia delle az. sanitarie	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
Altri servizi (Centri regionali o altro)		✓		✓			✓	

	Liguria	Lombardia	FVG	Toscana	Marche	Molise	Basilicata	Sicilia
<b>Problematiche delle famiglie dei bambini/ragazzi a rischio di allontanamento/ Famiglie a cui si rivolgono (famiglie con:) (1 = massima importanza)</b>								
Dipendenza da sostanze	4	3	1	5	6	5	6	
Alcoldipendenza	4	3	3	6	5	2	5	4
Salute mentale	3	4	4	4	1	5	4	
Reddito/ abitazione/povertà	5	5	6	3	6	4	3	3
Carenze educative	2	2	5	2	2	1	1	1
Conflittualità familiare	1	1	1	1	1	3	2	2
<b>Tipologia principale degli interventi/ Caratteristiche peculiari di tali interventi</b>								
Psicoterapeutico-clinico-riabilitativo	3	2	2	3	4	2	4	
Educativo	1	3	1	2	3	3	1	1
Assistenza sociale	1	1	3	1	1	1	2	2
Aiuto economico	4	4	4	4	1	4	3	3
<b>Contesto in cui si svolgono gli interventi</b>								
Domiciliare	1	1	1	1	1	3	1	2
Ambulatoriale	1	2	2	2	1	2	3	
Diurno	3	1	3	3	1	1	2	1

## Specificazioni

Categoria	Citazioni
Servizi che mettono in atto interventi di prevenzione degli allontanamenti (Altro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aziende speciali, Consorzi (<i>Lombardia</i>)</li> <li>▪ Società della Salute (<i>Toscana</i>)</li> <li>▪ In quest'ambito vi lavorano anche tutto il terzo settore e il volontariato (<i>Basilicata</i>)</li> </ul>
Esempi di intervento più frequenti (di prevenzione degli allontanamenti)/ Tipologie di intervento più diffuse nell'ambito della prevenzione degli allontanamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sostegno psicosociale, contributi economici, interventi socio-educativi (<i>Friuli-VG</i>)</li> <li>▪ Sostegno economico; Inserimento in Centi Diurni, Case Famiglia e Centri di Accoglienza; Segnalazione al Centro Affidi per affiancamento di una famiglia affidataria nel periodo di difficoltà della famiglia naturale; Progetto di educativa territoriale (affiancamento tutor a minori con difficoltà socio familiari) (<i>Toscana</i>)</li> <li>▪ Sostegno economico, psicosociale ed educativo, inserimenti in comunità e strutture diurne, affidi familiari (<i>Marche</i>)</li> <li>▪ Centri socioeducativi; affidi educativi (sostegno individualizzato a domicilio da parte di un educatore); sostegno all'inserimento lavorativo dei genitori (<i>Liguria</i>)</li> <li>▪ Servizi educativi domiciliari, territoriali, scolastici; centri diurni, CAG; sostegni economici; supporti psicosociali alla genitorialità; famiglie d'appoggio; reti sociali (<i>Lombardia</i>)</li> <li>▪ Sostegno psicosociale; sostegno economico (<i>Molise</i>)</li> <li>▪ Attivazione dei benefici nazionali/regionali/comunali, quali aiuto per libri testo, borse di studio, rimborso del fitto di casa, assegno al terzo figlio, assegno di maternità, sconti vari sulle forniture, reddito di cittadinanza. ... Viene attivato anche aiuto al domicilio che possa essere diretto all'anziano che vive in famiglia, al portatore di handicap, al minore o ai genitori del minore che trovano difficoltà nell'accudimento dei figli. ... Progetti atti a favorire l'integrazione,</li> </ul>

Categoria	Citazioni
Progetti significativi/ innovativi realizzati/in corso di realizzazione per la prevenzione degli allontanamenti	<p>la socializzazione, l'educazione socio-culturale diretta agli adolescenti, ai bambini, agli anziani, ai portatori di handicap e per le loro famiglie (progetti attivati soprattutto nei periodi di vacanza scolastica). ... Centri di aggregazione e servizi diurni (attivi tutto l'anno), atti a dare servizi, ma anche a garantire il contatto educativo con la famiglia di origine. ... Progetti di aiuto alla genitorialità del Consultorio (<i>Basilicata</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inserimento in servizi diurni (mensa, doposcuola, attività dopo scolastiche ricreative, sportive, socializzanti ecc.) (<i>Sicilia</i>)</li> <li>▪ Dati non in possesso di questo Ordine professionale (<i>Friuli-VG</i>)</li> <li>▪ Progetti di educativa territoriale e di strada; progetti di integrazione sociosanitaria tra Ambiti Territoriali Sociali (LR 12/2006) e Servizi ASL (Sert, Centri di Salute Mentale, Unità Operative di Assistenza Consultoriale), con finalità diagnostica/prognostica e di presa in carico e di trattamento congiunta<sup>5</sup> nei confronti di bambini e di adolescenti (<i>Liguria</i>)</li> <li>▪ Segnaliamo comuni che nell'ambito di applicazione di leggi nazionali (285 - 40) e regionali (23) hanno elaborato progetti sia di intervento specifico che di riorganizzazione del servizio tutela, creando forti interazioni socio-sanitarie-educative (Monza, Milano, Isola bergamasca, Brescia - per quanto di conoscenza) (<i>Lombardia</i>)</li> <li>▪ Progetto Centro Affidi; Progetto "Crisalide" di sostegno alle donne immigrate per sostenerle nella cura e nell'educazione della prole; Leva Civile (<i>Toscana</i>)</li> <li>▪ Progetto comunale "La Bella Estate" (le azioni dirette ai minori comprendono varie attività espletate all'esterno: uscite di tipo culturale, di contatto con l'ambiente e con gli animali, di socializzazione, di integrazione attraverso momenti di gioco e svago), ... soggiorno sport-vacanza, corso di vela e nuoto. Per gli adolescenti ... prevede attività di animazione all'entrata dei locali, ... finalizzate a stabilire con i giovani un patto sull'uso responsabile dell'alcol e sulla scelta del guidatore. ... Questi progetti hanno visto la partecipazione, per le azioni già attive nel 2009, di circa 200 ragazzi. ... Prevedono ancora circa 40 ragazzi per il corso di vela e nuoto e circa 500 ragazzi avvicinati per l'attività di prevenzione per l'alcol (<i>Basilicata</i>)</li> <li>▪ (Progetti di) educativa-domiciliare (<i>Sicilia</i>)</li> </ul>
Criteri soglia di rischio (se utilizzati) per evitare l'allontanamento/ Criteri soglia di rischio entro cui è possibile evitare l'allontanamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La pericolosità per l'incolumità psicofisica del minore (<i>Toscana</i>)</li> <li>▪ La non collaborazione dei genitori e la mancanza di progressi positivi (<i>Marche</i>)</li> <li>▪ Se non vi è grave rischio di abuso psico-fisico, legato a difficoltà genitoriali causate da abuso di alcol, sostanze, povertà, disabilità che compromettono le capacità educative del genitore (<i>Molise</i>)</li> <li>▪ È possibile evitare l'allontanamento quando si riesce ad attivare gli interventi alternativi o integrativi del ruolo genitoriale, e i familiari riescono a collaborare, almeno in parte, per attivare interventi di tutela e protezione del minore (<i>Basilicata</i>)</li> <li>▪ Se non vi è concreto pregiudizio per il minore (<i>Sicilia</i>)</li> </ul>
Dati a disposizione sui bambini allontanati	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non rilevato, data la peculiarità sia della tematica che della frammentazione organizzativa (<i>Lombardia</i>)</li> <li>▪ Circa 50 (<i>Molise</i>)</li> <li>▪ I bambini allontanati sono quelli che hanno avuto la sfortuna di nascere in un nucleo multiproblematico, ... che non hanno una rete di supporto, i cui genitori hanno problemi di dipendenza da sostan-</li> </ul>

<sup>5</sup> Si veda, ad esempio, Prospettive Sociali e Sanitarie n. 1/2009, pp. 16-20, e n. 5/2009, pp. 13-20.

Categoria	Citazioni
Dati a disposizione sugli interventi di prevenzione degli allontanamenti	<p>ze o problemi di tipo psichiatrico, o quando i bambini stessi sono maltrattati o subiscono l'incuria genitoriale (<i>Basilicata</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I Comuni posseggono i dati completi (<i>Sicilia</i>)</li> <li>▪ Nessuno (<i>Molise</i>)</li> <li>▪ Si veda le risposte alle domande sulle tipologie di intervento più diffuse e sui progetti significativi/innovativi (<i>Basilicata</i>)</li> <li>▪ Nessuno (<i>Sicilia</i>)</li> </ul>
Processo attraverso cui viene definito il bisogno di allontanamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'intervento di valutazione è effettuato da assistente sociale e psicologo, con eventuale collaborazione dell'educatore; sono stati organizzati corsi di formazione e cicli di supervisione, allo scopo di definire procedure e criteri condivisi (<i>Liguria</i>)</li> <li>▪ Segnalazione, richiesta enti e/o AA.GG. indagine sociale, ambientale e familiare, eventuale valutazione psicologica e psichiatrica (<i>Molise</i>)</li> <li>▪ Prima si lavora per fare emergere la problematica, quindi si attiva un'accurata indagine socio-familiare e psicologica. ... Si lavora per cercare di far comprendere i danni di tale situazione sul minore, soprattutto sulla coppia genitoriale, quando c'è, ... cercando di attivare un progetto psico-sociale-riabilitativo mirato. ... Se il nucleo di riferimento non comprende, o non vuole collaborare, si chiama il Giudice del Tribunale per i Minorenni che valuterà e cercherà di far comprendere ... l'importanza dell'attivazione di interventi di sostegno (<i>Basilicata</i>)</li> </ul>
Criteri soglia per l'allontanamento dalla famiglia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I criteri soglia che possono rendere necessario l'allontanamento si possono ricondurre ad abbandono fisico; grave conflittualità genitoriale; abusi sui minori (<i>Liguria</i>)</li> <li>▪ La soglia è la gravità dell'esposizione al rischio, determinata dagli operatori o dall'operatore. L'allontanamento avviene quasi sempre attraverso l'intervento coattivo delle AA.GG., poiché le famiglie, di solito, non sono in grado di farsi carico della retta e le amministrazioni comunali (molto piccole) richiedono "pezze di appoggio" (<i>Molise</i>)</li> <li>▪ (Se anche a seguito dell'intervento del Giudice del Tribunale per i Minorenni) la famiglia non collabora e il rischio per l'incolumità del minore è abbastanza alta, solo allora si provvede ad emanare un provvedimento di allontanamento che deve avere carattere provvisorio. ... Quando tutte le funzioni genitoriali sono veramente inesistenti o inattivabili, solo allora si provvede a un allontanamento definitivo con perdita della potestà genitoriale (<i>Basilicata</i>)</li> <li>▪ Solo se la famiglia è causa del pregiudizio e non vuole modificare la situazione, o non fa modificare la situazione (<i>Sicilia</i>)</li> </ul>



## Approfondimento 1 L'esperienza di un gruppo di assistenti sociali della Toscana

Complessivamente sono state analizzate le testimonianze di **54 assistenti sociali**, raccolte attraverso un questionario autosomministrato. In particolare, le domande principali vertevano su:

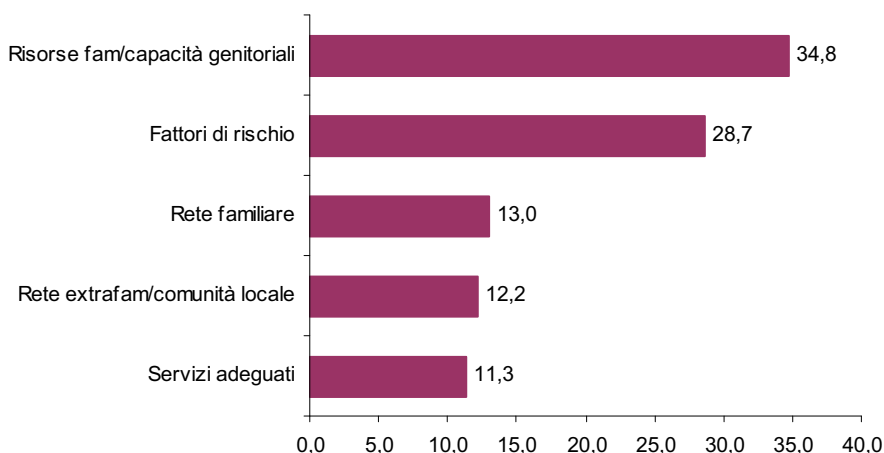
1. quali sono i criteri che utilizza/utilizzerebbe per capire/valutare se si può evitare l'allontanamento di un minore dalla sua famiglia;
2. qual è l'apporto del servizio sociale professionale per evitare l'allontanamento di un minore dalla sua famiglia.

Nelle tabelle sottostanti sono indicate le categorie/sottocategorie emerse dall'analisi del contenuto, il riferimento al questionario (scheda/soggetto), il numero di citazioni e la relativa percentuale. In un questionario (relativo a una persona) si possono trovare riferimenti a più categorie, pertanto la somma dei riferimenti può superare 54.

### 1. Criteri utilizzati/da utilizzare per valutare se si può evitare l'allontanamento

Categoria	Sottocategoria	Schede/soggetto	N.	%
Analisi fattori di rischio, contesto familiare ecc.		S1, S3, S4, S5, S8, S11, S12, S13, S14, S15, S17, S18, S20, S22, S23, S24, S29, S30, S33, S36, S37, S38, S39, S40, S41, S42, S43, S44, S45, S47, S48, S49, S52, S53	33	61%
Analisi delle risorse della famiglia	Risorse/potenzialità esistenti nella famiglia/ Capacità/ competenze genitoriali	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S19, S21, S22, S25, S26, S28, S30, S32, S35, S36, S37, S38, S39, S40, S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48, S49, S51, S52, S54	40	74%
	Rete familiare	S7, S10, S11, S12, S17, S22, S29, S30, S32, S37, S38, S42, S44, S50, S51	15	28%
	Rete extrafamiliare/ comunità locale	S7, S10, S11, S15, S29, S30, S32, S38, S44, S47, S48, S50, S52, S53	14	26%
Presenza di servizi adeguati		S5, S7, S14, S22, S27, S33, S38, S41, S44, S46, S48, S51, S52	13	24%

Fig. 1 - Criteri utilizzati/da utilizzare per valutare se si può evitare l'allontanamento: aree di contenuto e percentuali di risposta



## 2. Apporto del servizio sociale per evitare l'allontanamento

Categoria	Sottocategoria	Schede/sogetto	N.	%	
Attivazione di interventi/servizi	In generale	S2, S5, S26, S29, S34, S35, S42, S48, S49, S52	10	19%	
	Sostegni economici	S1, S2, S4, S6, S16, S19, S32, S38	8	15%	
	Socio-educativi (incluso sostegno alla genitorialità)	domiciliari	S1, S4, S6, S7, S10, S11, S15, S16, S17, S19, S24, S27, S33, S39, S41, S42, S48, S50, S51, S53	20	
		intermedi/diurni	S3, S4, S6, S16, S17, S21, S27, S37, S38, S41, S51, S53	12	
		non specificato	S2, S14, S32	3	
			<i>Totale n. riferimenti Tot unità-schede serv.socio-ed.</i>	35	
Altri servizi (sanitari, psicosociali ecc.)		S3, S6, S12, S15, S21, S33, S38, S41, S45, S48, S53	11	20%	
Preso in carico	Preso in carico (in generale)	S3, S5, S6, S13, S14, S21, S25, S28, S31, S34, S35, S38, S40, S41, S43, S46, S50	17	31%	
	Integrazione/ Collaborazione altri operatori/ équipe multidisciplinare	S3, S4, S5, S6, S7, S10, S12, S14, S15, S17, S18, S23, S24, S29, S31, S33, S37, S40, S42, S43, S45, S48, S49, S51, S54	25	46%	
	Progetto personalizzato	S3, S8, S20, S23, S24, S28, S32, S38, S43, S53, S54	11	20%	
	Monitoraggi/verifiche/valutazioni	S3, S11, S13, S20, S22, S25, S26, S30, S32, S34, S35, S36, S38, S42, S52	15	28%	
Attivazione rete formale/informale		S1, S2, S4, S7, S9, S11, S15, S16, S17, S18, S22, S24, S25, S27, S28, S30, S36, S39, S43, S45, S47, S50, S52, S54	24	44%	

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

1. *L'analisi dei fattori di rischio in cui si trova il minore* (esistenza di una situazione di abuso, maltrattamento, grave pericolo per l'incolumità ecc.) e, in generale, *l'analisi del suo contesto di vita, ambientale e relazionale* (famiglia, scuola, gruppo dei pari), ossia un'anamnesi sociale per capire il tipo e il grado di disagio espresso, da quanto persiste e quali risorse/strumenti sono stati messi in campo per cercare di superarlo. Questa prima area di valutazione, riguardante in sintesi *l'analisi del bisogno*, viene esplicitata dal 61% dei casi. In particolare, 8 persone sottolineano la necessità di effettuare la valutazione del bisogno con l'apporto di altri operatori e con il confronto interprofessionale (S8, S11, S13, S33, S41, S43, S44, S52)
2. *L'analisi delle risorse del nucleo familiare* costituisce un'altra macro-area di contenuto. In particolare, *l'analisi delle potenzialità presenti nella famiglia e le competenze genitoriali* – intese come capacità affettive, educative, relazionali nei confronti del minore, ma anche consapevolezza dei problemi, capacità di collaborare a un progetto di aiuto al cambiamento, *compliance* ecc. – viene citata dal 74% degli intervistati e costituisce l'aspetto che intercetta la maggiore

percentuale di riferimenti (si veda fig. 1). Segue *l'analisi delle risorse della rete familiare* (nonni, parenti) e *della rete extrafamiliare e della comunità locale* (risorse amicali, del vicinato, parrocchie, associazioni sportive e/o ricreative ecc.), indicate entrambe da circa un quarto degli/delle assistenti sociali intervistate.

3. *La possibilità di poter disporre di servizi adeguati sul territorio*, ovvero la disponibilità - quantitativa e qualitativa - di servizi funzionanti ed efficaci per mettere in atto interventi di sostegno finalizzati a evitare l'allontanamento. Tale necessità è sottolineata dal 24% delle persone intervistate.

Per quanto riguarda **l'apporto del servizio sociale per evitare l'allontanamento**, le persone intervistate fanno riferimento a tre macro-nuclei tematici:

1. Il primo riguarda *l'attivazione di servizi e interventi di sostegno*, in vari ambiti. Il 50% degli intervistati sottolinea il ruolo del servizio sociale *nell'attivazione di interventi di tipo socio-educativo* (a livello domiciliare, o intermedio/diurno) e *di sostegno alla genitorialità* per rafforzare le competenze genitoriali. La maggior parte di tali interventi avviene a livello domiciliare, ma non è escluso il ricorso a strutture intermedie (centri diurni, di aggregazione ecc.). Il 20% degli intervistati fa riferimento anche *all'attivazione di altri servizi*, per esempio di consulenze sanitarie, neuropsichiatriche, o colloqui di sostegno psicologico/psicosociale, finalizzate al sostegno del nucleo familiare e allo sviluppo - o al recupero - delle funzioni genitoriali. Infine, il 15% degli intervistati individua anche nel *sostegno economico* - laddove siano accertate difficoltà e carenze di tipo economico - uno dei possibili ambiti di intervento propri del servizio sociale per evitare l'allontanamento.
2. La seconda area di contenuto comprende tematiche riguardanti *la presa in carico*. Il 31% fa riferimento al processo di *presa in carico (in generale)*, sia del minore che della famiglia. Il 46% degli intervistati sottolinea la necessità di effettuare una *presa in carico integrata, mediante un'équipe multiprofessionale*, e di attivare confronti e collaborazioni con altri operatori. Poco più di un quarto degli/delle assistenti sociali focalizza l'attenzione specificatamente sugli aspetti di *monitoraggio, verifica e valutazione* propri delle varie fasi della presa in carico (valutazione di efficienza e di efficacia del progetto di intervento, apportando in itinere le modifiche necessarie; valutazione dei risultati ottenuti ecc.). Infine, il 20% dei rispondenti fa riferimento al *progetto personalizzato*, sottolineando la necessità di predisporre progetti "mirati", centrati sulla specificità della famiglia in carico, per evitare risposte standardizzate.
3. Il terzo macro-nucleo tematico intercetta tutte quelle affermazioni riguardanti i *rapporti con la rete formale e informale* (attivazione/collaborazione con i servizi del territorio, ma anche con le risorse informali della rete extrafamiliare e della comunità). Ben il 44% delle persone intervistate, infatti, identifica in questo tipo di azioni un apporto peculiare del servizio sociale per evitare l'allontanamento del minore dalla sua famiglia.

## Dettaglio delle citazioni per categoria

### 1. Criteri utilizzati/da utilizzare per valutare se si può evitare l'allontanamento

#### 1.1. Analisi dei fattori di rischio/ analisi del contesto familiare, anamnesi sociale/ analisi dei bisogni...

- Monitoraggio delle famiglie già in carico ... utilizzando indicatori di rischio; conoscenza anamnesi sociale (scolarità, problemi salute, reddito...) (S1)
- Condizioni di pregiudizio e pericolo per il minore (S3)
- Analizzare il pregiudizio del minore stesso. Valutare i fattori di rischio (S4)
- Valutazione dei fattori di rischio (S5)
- Cogliere il rischio e quindi decisamente intervenire prima a sostegno di tutto il nucleo familiare, ma, se non è risolutivo per le gravi carenze, centrando l'intervento sul minore ... Individuazione dei bisogni attraverso strumenti mono-professionali di osservazione ed analisi e, successivamente, unitamente al confronto interprofessionale ... (S8)
- Verifica attenta della gravità delle inadeguatezze della rete familiare e del livello di recuperabilità dei disagi ... Analisi del contesto, valutazione della situazione, anche collaborando con altri servizi (S11)
- Valutazione dello "stato di disagio" della famiglia e del minore (S12)
- Valutazione sociale della situazione familiare, rigorosamente in équipe con lo psicologo, che permetta una segnalazione all'autorità giudiziaria (S13)
- (Per evitare l'allontanamento): inesistenza di una situazione di maltrattamento/abuso grave che necessiti di un intervento di tutela urgente (S14)
- Osservare alcuni indicatori quali: ... buon contesto di vita/comunitario, scolastico e parentale (S15)
- Assenza di particolari condizioni di gravità (abuso/maltrattamento/reati contro la persona) (S17)
- Valutare la presenza di particolari gravità che possono ostacolare il mantenimento dei figli minori all'interno del nucleo familiare (maltrattamento, abuso...) (S18)
- I fattori rilevati a livello di rischio/protezione, danno/benessere (S20)
- Analizzare il problema per una diagnosi (S22)
- Individuare indicatori che ci permettano di effettuare una seria valutazione sulla sua famiglia di origine e sul suo contesto di vita ... Indicatori ... di tipo sociale, psicosociale e sanitario (S23)
- Conoscenza a 360 gradi della problematica del minore e della sua famiglia. Capire da quanto tempo c'è il disagio e quali risorse/strumenti si sono messi in campo per cercare di superarlo (S24)
- Analisi delle problematiche (S29)
- Valutazione della gravità della situazione (fattori di rischio) ... Valutazione del contesto familiare e ... ambientale (S30)
- Collaborazione con insegnanti per individuazione casi a rischio (S33)
- Conoscenza dello stato di bisogno del nucleo familiare... Utilizzo di esperti per valutare lo stato di sofferenza del minore (S36)
- Assenza di pericolo di integrità psicofisica del minore (S37)
- Attenta valutazione degli indicatori che evidenziano sintomi di disagio/maltrattamento/abuso (S38)
- Grado di disagio espresso dal minore nei vari ambiti di vita: famiglia, scuola, gruppo dei pari (S40)
- Conoscenza approfondita attraverso colloqui e visite domiciliari della famiglia del minore, conoscenza e raccordo con scuola e altri ambiti che frequenta il minore (S41)
- Misurazione dei fattori di rischio e di compromissione della crescita e della situazione psico-fisica del minore ... Valutazione delle condizioni ambientali/relazionali (S42)
- Approfondimento della situazione in termini di valutazione da un gruppo di operatori (équipe multiprofessionale) con funzione anche di supporto, oltre che valutativo. Coinvolgimento pediatra, scuola (S43)
- Assenza di pericolo per l'incolumità del minore ... Coinvolgimento di altri servizi specialistici per valutare il vissuto del minore (S44)
- Valutare il rischio del minore (abuso, maltrattamento, incuria ecc.) ... Evidenziare gli indici del disagio del bambino: andamento scolastico, rapporti con i coetanei, attaccamento figure genitoriali, attaccamento altre figure adulti ecc. (S45)
- Contestualizzazione della situazione (S47)
- Monitoraggio del minore a scuola, valutazione dei rischi/danni che il minore presenta ... dell'età del minore e sua storia personale ... degli obiettivi che si possono raggiungere con l'allontanamento del minore ... del rapporto affettivo con i genitori (S48)
- Prima valutazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione (S49)

- Coinvolgimento di altri servizi specialistici nella valutazione, assenza di pericolo di incolumità del minore ... Analisi del contesto, valutazione della situazione (S52)
- Rilevare fattori di rischio e fattori protettivi all'interno delle famiglie e nel contesto di vita (S53)

## 1.2. Analisi delle risorse della famiglia

### 1.2.1. Analisi delle risorse/potenzialità esistenti nella famiglia/ Capacità/competenze genitoriali

(capacità affettive, educative, relazionali nei confronti del minore, ma anche consapevolezza dei problemi, capacità di collaborare a un progetto di aiuto al cambiamento, *compliance* ecc.)

- Monitoraggio delle famiglie già in carico riguardo alle capacità genitoriali (S1)
- Individuare le possibili risorse esistenti nella famiglia e ... aspetti che possono essere ottimizzati e trasformati in risorse (S2)
- Livello di consapevolezza genitoriale nelle difficoltà. Collaborazione nell'analisi delle difficoltà e dell'aiuto da parte dei genitori (S3)
- Valutare le risorse interne della famiglia ... Valutare capacità genitoriali e le possibilità di recupero (S4)
- Valutazione competenze genitoriali ... Risorse residue all'interno della famiglia (S5)
- Collaborazione della famiglia o di un componente. (Valutazione delle) risorse personali ad un processo di aiuto al cambiamento (S6)
- Capire la famiglia e come vive il bambino in quella specifica sua famiglia e quali risorse vengono attivate dai vari componenti nei momenti di crisi (S8)
- Monitoraggio delle funzioni genitoriali sulle famiglie multiproblematiche conosciute dai servizi o dalle varie reti (S9)
- Coinvolgimento del servizio di psicologia per valutare le capacità genitoriali (S10)
- Attenta valutazione delle capacità genitoriali ... Valutazione delle potenzialità (emotive, intellettive ecc.) dei genitori di collaborazione ad un progetto di aiuto (S12)
- Si può evitare l'allontanamento laddove esista nella coppia genitoriale sufficiente consapevolezza del comportamento di abuso o del pregiudizio arrecato ... con possibilità di intervento di cura della relazione e trasformazione della stessa (S13)
- Consapevolezza dei genitori rispetto al riconoscimento del bisogno dei propri figli e del disagio legato al problema specifico ... Disponibilità dei genitori a condividere un progetto di aiuto che riguardi loro oltre che il bambino (S14)
- Presenza di almeno un genitore adeguato (S15)
- Le relazioni affettive/emotive con uno o entrambi i genitori. Le capacità genitoriali, le risorse familiari e della famiglia allargata in generale (S16)
- Valutazione delle capacità genitoriali ... Capacità dei genitori di aderire ad un progetto di cambiamento (S17)
- Occorre valutare ... le capacità genitoriali con particolare riguardo alla validità del rapporto affettivo che si è instaurato tra genitori e figli (S19)
- Monitoraggio sulle capacità genitoriali delle famiglie conosciute dal Servizio sociale e dalla rete dei servizi e/o segnalazioni che pervengono dalle istituzioni (S21)
- Capire se vi siano misure adottabili che colmino ... il vuoto di tutela all'interno del nucleo qualora si presentino margini di ricostruzione di ruoli genitoriali tutelanti (S22)
- Un aspetto importante è la capacità della famiglia e la volontà di lavorare su se stessa per migliorare e recuperare i propri limiti, affrontando in maniera concreta le difficoltà all'interno del nucleo, accettando i progetti dei servizi (S25)
- Valutazione della coppia genitoriale o genitore singolo in base alle capacità genitoriali (affettive, educative, relazionali) nelle dinamiche familiari e all'influenza di tali dinamiche sulla crescita e formazione del minore. Precoce individuazione delle condotte patologiche e valutazione della capacità del genitore/nucleo di correggere tali condotte (S26)
- Valutare le capacità affettive ed educative dei genitori (S28)
- Verificare la disponibilità della famiglia a seguire il progetto o comunque a collaborare nella definizione del progetto (S30)
- Valutare le risorse personali del nucleo di appartenenza del minore ... la disponibilità al cambiamento (S32)
- Analisi delle risorse ... a disposizione in alternativa all'allontanamento sia in termini economici che sociali, umani (S35)
- La possibilità di condividere un progetto di presa in carico con le figure genitoriali (S36)
- Volontà/*compliance* della famiglia di farsi aiutare ... Potenzialità, possibilità di modificare atteggiamenti che mettano a rischio il minore (S37)
- Valutazione delle risorse della famiglia ristretta (fattibilità di cambiamento) (S38)
- Potenzialità della famiglia, disponibilità e collaborazione a lavorare con i servizi, rispetto delle prescrizioni (S39)

- Il grado delle carenze genitoriali. La disponibilità della famiglia di origine al cambiamento e a mettersi in discussione ... ad affrontare e risolvere i disagi del minore avendo preso consapevolezza della presenza di carenze e dei disagi stessi (S40)
  - Valutazione interdisciplinare delle capacità ... genitoriali, soprattutto motivazionali (S42)
  - Valutazione vincoli/risorse (S43)
  - Capacità di collaborazione della famiglia o di alcuni dei suoi membri... Esistenza di potenzialità, capacità, affidabilità negli impegni concordati (S44)
  - Valutare le capacità genitoriali ... quanto la famiglia si dimostra collaborante/oppositiva ad eventuali progetti (S45)
  - Disponibilità di componenti del nucleo familiare a condividere il progetto assistenziale (S46)
  - Conoscenza delle capacità genitoriali ... (S47)
  - Valutazione risorse della famiglia (S48)
  - Procedere, attraverso il coinvolgimento di servizi specialistici, alla valutazione sulle competenze genitoriali ... Valutare la possibilità di intraprendere un percorso condiviso con la famiglia (S49)
  - Conoscenza approfondita, anche attraverso l'apporto di altre professionalità, della coppia genitoriale e della famiglia, delle "risorse" personali e familiari presenti ... per sondare la possibilità di recupero delle funzioni genitoriali (S51)
  - Capacità di collaborazione della famiglia o di alcuni membri della rete familiare; esistenza di potenzialità, capacità, affidabilità nel portare avanti i compiti concordati (S52)
- Individuare ambiti/bisogni della vita quotidiana del bambino e correlare ... le capacità genitoriali di ogni singolo genitore e della coppia (es. accudimento, protezione, salute, affettività, educazione, relazionalità, autonomia, socializzazione, amicizia ecc.) (S54)

#### 1.2.2. Analisi della rete familiare (risorse parentali, della famiglia allargata ecc.)

- Conoscenza approfondita della rete familiare (nonni compresi) (S7)
- Approfondimento della rete familiare per valutare se ci può essere un margine di lavoro con la famiglia o con la rete (S10)
- Approfondire la conoscenza della rete familiare ristretta e allargata per verificare la presenza di accettazione o meno degli interventi e consapevolezza delle difficoltà presenti (S11)
- Attenta valutazione ... della rete familiare (S12)
- Presenza di una rete sociale/familiare di sostegno (S17)
- Valutare se vi siano supporti esterni sufficienti a raggiungere l'obiettivo (S22)
- Analisi delle risorse ancora presenti (familiari ...). Intervenire quanto possibile a supporto delle risorse rimaste (S29)
- Analizzare le risorse familiari ... su cui poter lavorare per il superamento delle difficoltà (S30)
- Individuare/ valutare le risorse familiari (anche famiglie allargate) che potrebbero essere di supporto al nucleo familiare (S32)
- Presenza nella rete familiare allargata di membri che possano supportare il nucleo problematico (S37)
- Valutazione delle risorse della famiglia ... allargata e parentale (fattibilità di cambiamento) (S38)
- Possibili risorse esterne al sistema genitori/figli attivabili (S42)
- Capacità di collaborazione ... della rete familiare (S44)
- Valutazione delle risorse - parentali e non - presenti che girano intorno al minore e la loro rilevanza attribuita dal soggetto (S50)
- Capire le risorse disponibili a livello familiare, intendendo sia la famiglia come nucleo che come famiglia allargata (S51)

#### 1.2.3. Analisi della rete extrafamiliare (amici, vicini ecc.) e delle risorse della comunità locale

- Conoscenza approfondita della rete extrafamiliare, ... della comunità locale che sappia costruire socialità e/o esperienze di prossimità tra famiglie (S7)
- Coinvolgimento della comunità locale e delle rete amicale o di vicinato per valutare le possibili attività di supporto (S10)
- Coinvolgimento delle risorse esterne istituzionali e non (S11)
- Osservare ... l'attivazione nel territorio di risorse formali e informali (S15)
- Analisi delle risorse ancora presenti (familiari ed extrafamiliari) (S29)
- Analizzare le risorse familiari, ma anche extrafamiliari, su cui poter lavorare (S30)
- Valutare possibili supporti esterni, ma all'interno della comunità di appartenenza del nucleo familiare (Odv, centri diurni, centri di aggregazione, parrocchie...) (S32)
- Valutazione delle risorse della comunità di vita (S38)
- Disponibilità e coinvolgimento di risorse formali e informali della comunità (S44)

- Conoscenza della rete formale e informale (S47)
- Valutazione di risorse extrafamiliari (S48)
- Potenziamento delle risorse (parentali e non), tenendo conto delle istituzioni che accolgono, o sono comunque vicine al minore (scuola, reti, associazioni sportive e/o ricreative) (S50)
- Disponibilità di risorse formali e informali e capacità e disponibilità al coinvolgimento di risorse nella situazione (S52)
- Per ogni carenza, individuare apporti da inserire per supportare i genitori (sia servizi, risorse famiglia allargata o sociale, da formalizzare) (S53)

### **1.3. Presenza di servizi adeguati nel territorio**

- Possibilità di attivare servizi adeguati (S5)
- Servizi di sostegno alla genitorialità, servizi socio-educativi rivolti ai minori. Un centro affidi funzionante (S7)
- Disponibilità di supporti/aiuti di tipo educativo e promozionale di un cambiamento (per consentire la permanenza del minore in famiglie) (S14)
- Valutare se vi siano supporti esterni sufficienti a raggiungere l'obiettivo (S22)
- Attivazione di una rete di servizi di aiuto, se abbiamo la certezza della possibilità di attivare i servizi che devono essere quantitativamente e qualitativamente presenti nel territorio (S27)
- Esistenza di servizi da utilizzare per valorizzare le risorse familiari residue e correggere impostazioni educative sbagliate (S33)
- Offerta appropriata, da parte del territorio, di prestazioni idonee ad evitare l'allontanamento) (S38)
- Il Servizio sociale può evitare l'allontanamento ... conoscendo le varie risorse alternative effettivamente presenti sul territorio (S41)
- Possibilità di attivare una rete di protezione nei confronti del minore, e di sostegno e controllo alla famiglia (S44)
- Disponibilità di servizi domiciliari (assistenza domiciliare ed educativa) ... Presenza di servizi semiresidenziali ... (S46)
- Valutazione dei servizi/supporti che i servizi hanno attuato a favore della famiglia/minore (S48)
- Valutare le risorse territoriali presenti e la sua possibilità di utilizzo, la capacità di adesione della famiglia (S51)
- Possibilità di attivare una rete di protezione per il minore e di sostegno e controllo della famiglia (S52)

## **2. Apporto del servizio sociale per evitare l'allontanamento**

### **2.1. Attivazione di interventi/servizi**

#### **2.1.1. Interventi e servizi in generale (non specificati)**

- Inventare e creare nuovi servizi per favorire l'uscita dal problema (S2)
- Attivazione di interventi mirati sia sui genitori che sul minore (S5)
- Tempestiva attivazione dei sostegni e dei correttivi necessari al nucleo (S26)
- Intervenire con le metodologie e risorse proprie del servizio a supporto di quanto ancora di positivo è presente nella famiglia e fuori (S29)
- Garantire tutti gli interventi necessari per evitare l'allontanamento (S34)
- Offrire una pluralità di servizi e interventi di cui il Servizio dispone (S35)
- Supporto alla genitorialità con spazi singoli e di coppia e con il minore (S42)
- Attivare servizi di supporto idonei al bisogno (S48)
- Possibilità di incidere sui fattori di rischio attraverso interventi di protezione del minore alternativi all'allontanamento (S49)
- Attivazione di altri servizi (S52)

#### **2.1.2. Di sostegno economico**

- Politiche di sostegno al reddito della famiglia (S1)
- Un supporto laddove esistano difficoltà di tipo economico, inserito in un progetto più ampio di intervento (S2)
- Eventuale sostegno economico ... inserito ovviamente in un progetto globale che lavori su tutti gli aspetti (S4)
- Contributi economici (S6)
- Sostegni: economico ... (S16)
- Il Servizio sociale si adopererà con gli strumenti a disposizione: aiuti economici ecc. (S19)
- Individuare eventuali necessità di carattere economico ed intervenire in merito (S32)
- Erogazione delle risorse ... occorrenti per il raggiungimento degli obiettivi (risorse economiche ...) (S38)

### 2.1.3. Interventi/servizi di supporto socio-educativo (incluso il sostegno alla genitorialità)

- Interventi domiciliari educativi "sostanziali" ... Lavoro di consultorio, sostegno alla genitorialità (S1)
- Fornire sostegno genitoriale, sostegno educativo sia al minore che ai genitori per fornire indicazioni che portino al cambiamento degli stili educativi esistenti (S2)
- Sostegno alla genitorialità ... Maggiore rischio, maggiore copertura diurna per limitare la presenza in famiglia (S3)
- Attivazione servizio di educativa domiciliare ... Attivazione sostegno alla genitorialità ... Inserimento del minore in attività socializzanti ed educative (S4)
- Servizi territoriali sociali quali educativa, assistenza domiciliare, centri di aggregazione (S6)
- SSP per attivare interventi educativi a domicilio (S7)
- Attivazione di servizi di educativa a supporto del minore, attivazione dell'assistenza domiciliare per fornire aiuto e indicazioni per una corretta gestione della casa e dell'accudimento dei minori (S10)
- Attivazione dei servizi domiciliari di supporto al nucleo (S11)
- Organizzazione/progettazione di servizi specifici a supporto della genitorialità e a sostegno dei minori (S14)
- Visite domiciliari (S15)
- Sostegni: ... educativo, alla gestione della casa, della cura, mediazione culturale, mediazione familiare, alla genitorialità ... Affidamento familiare (temporaneo o part-time). Forme di affidamento temporaneo di genitori in difficoltà (S16)
- Offerta di servizi domiciliari, educativi, integrativi (affido part-time) (S17)
- È più importante sostenere un valido rapporto affettivo ... aiutando la famiglia a superare le criticità ... Il Servizio sociale si adopererà con gli strumenti a disposizione (... sostegni educativi, domiciliari ecc.) utili a supportare la famiglia nel superare i propri bisogni (S19)
- È molto importante intervenire sulla famiglia di origine in termini di recupero delle capacità genitoriali anche attraverso l'educativa territoriale (S21)
- Attivare servizi domiciliari ed educativi. Sostegno alla famiglia (S24)
- Attivazione di una rete di servizi domiciliari e territoriali per il minore, finalizzati ad integrare, modificare e recuperare le risorse familiari, quali assistenza domiciliare, assistenza domiciliare educativa, centri diurni e di socializzazione. Interventi di sostegno alla genitorialità (S27)
- Supportare le risorse (del nucleo) con interventi di carattere educativo (S32)
- Utilizzazione di servizi intermedi (centri di socializzazione) a supporto ... Interventi di supporto alla famiglia: ... educativa domiciliare rivolta ai genitori (S33)
- Servizi di supporto al ruolo genitoriale; servizi di supporto al minore (a rielaborare i suoi vissuti): partecipazione ad attività ludico-creative (es. attivazione servizi specialistici); progetti che permettano l'autonomia economica del genitore (S37)
- Erogazione delle ... prestazioni occorrenti per il raggiungimento degli obiettivi (... servizi intermedi ...) rivolti al "nucleo" e al cambio di vita del minore (S38)
- Sostegno ai genitori, impiego delle risorse a favore non solo del minore, ma anche della famiglia. Supporto nell'ambito domiciliare di interventi educativi (S39)
- Attivazione interventi di educativa domiciliare, ... supporto scolastico ed extrascolastico (come inserimento in gruppi di pari o di doposcuola) (S41)
- Contatto diretto con il minore anche attraverso la predisposizione di interventi di aiuto domiciliare (S42)
- Il servizio sociale può ... lavorare per supportare la famiglia, ... attivare l'educatore a domicilio per valutazione delle dinamiche familiari, aiutare la famiglia a riconoscere i propri limiti, attivare servizi a domicilio di supporto delle capacità genitoriali (S48)
- Supporto alla genitorialità (S50)
- Utilizzo delle risorse territoriali (es. inserimenti in centri educativi, centri di aggregazione...), affiancamento di un educatore/operatore domiciliare (S51)
- Intervento educativo domiciliare ... Inserimento del minore in gruppi protettivi della comunità locale, e/o affidamento diurno (S53)

### 2.1.4. Altri servizi di sostegno (sanitari, colloqui di sostegno psicosociale ecc.)

- Attivazione di eventuali consulenze sanitarie (S3)
- Colloqui di sostegno (S6)
- Sostegno psico-sociale (S12)
- Colloqui specifici (S15)
- Intervenire sulla famiglia di origine in termini di recupero delle capacità genitoriali anche attraverso ... colloqui, sostegno psicologico (S21)



- Interventi di supporto alla famiglia: presa in carico psicologica su sviluppo competenze genitoriali (S33)
- Erogazione delle ... prestazioni occorrenti per il raggiungimento degli obiettivi (... servizi di consultorio e di sostegno) rivolti al "nucleo" ... (S38)
- Colloqui di sostegno psico-sociale alla capacità genitoriale (S41)
- Colloqui con i genitori singolarmente o come coppia per la ridefinizione della situazione/problema (S45)
- Il Servizio sociale può ... attuare supporto psicologico/neuropsichiatrico (S48)
- Intervento del servizio sociale professionale, per favorire l'*empowerment* dei genitori (S53)

## 2.2. Presa in carico

### 2.2.1. Presa in carico in generale

- Presa in carico della famiglia (S3)
- Presa in carico del nucleo familiare (S5)
- Accompagnamento in un percorso di autonomia (lavorativa, di gestione familiare) (S6)
- Altro intervento che consegue è la presa in carico (S13)
- Presa in carico della situazione: lavoro con il bambino e la famiglia mediante gli strumenti della professione ... per il cambiamento progettato (S14)
- È importante il sostegno, supporto del minore e quindi una "forte" presa in carico dello stesso (S21)
- Il servizio sociale contribuisce ... attivando processi di aiuto e di autonomia del nucleo, favorendo l'accesso a risorse istituzionali e comunitarie sulla base di progetti multidisciplinari condivisi tra équipe e famiglia (S25)
- Presa in carico del nucleo familiare (S28)
- Occorrerebbe che sull'intero nucleo familiare multiproblematico ci fosse una presa in carico di équipe (S31)
- Presa in carico della famiglia (S34)
- Presa in carico del minore e della sua famiglia (S35)
- Presa in carico del minore ... della famiglia (S38)
- Presa in carico della famiglia di origine mediante supporto professionale e di servizi (S40)
- Presa in carico dell'intera famiglia (S41)
- Gli interventi di sostegno, controllo e accompagnamento sono alla base della presa in carico dello stesso e della famiglia (S43)
- Presa in carico minore e famiglia (S46)
- Presa in carico complessiva di tutta la famiglia (S50)

### 2.2.2. Integrazione/ Collaborazione altri operatori/ équipe multidisciplinare

- Confronto con mmg e pediatra ... scuola, insegnanti (S3)
- Condivisione necessaria e fondamentale con gli altri operatori – psicologo, neuropsichiatra - di un progetto unitario di intervento (S4)
- Valutazione dell'AS all'interno di un'équipe multidisciplinare (S5)
- Accompagnamento ad altre figure professionali per prese in carico condivise (S6)
- Verifiche e collegamenti con altri membri dell'équipe che ha in carico la situazione (S7)
- Invio ad altre professioni e/o servizi (psicologi, psichiatri, Sert) per poter elaborare progetti congiunti di supporto al nucleo familiare (S10)
- Presa in carico integrata (scuola, neuropsichiatria, psicologia, salute mentale) che possa prevedere le eventuali forme di sostegno al minore e famiglia (S12)
- Collaborazione sul progetto di cambiamento concordato con la famiglia con altre figure professionali (psicologo, educatore, volontario) (S14)
- Presa in carico multiprofessionale del minore e della sua famiglia ... Confronto continuo tra vari operatori e servizi (sociali, giuridici, comunitari, scolastici) (S15)
- Lavorare in sinergia con altre professionalità per una valutazione multidimensionale del bisogno sia del bambino, sia del genitore (UO psicologia, Sert, Salute mentale adulti, educativa territoriale, scuola...) (S17)
- Confronto e lavoro interdisciplinare in un'équipe multiprofessionale ... condivisione e complementarietà tra professioni (S18)
- Il servizio sociale professionale ... deve poter contare anche su un lavoro sinergico con altre figure professionali come lo psicologo e l'educatore (S23)
- Confronto con altre figure professionali per avere l'apporto e l'esperienza anche di altri professionisti (S24)

- L'apporto del servizio sociale professionale integrato all'apporto delle figure professionali dell'équipe multidisciplinare (S29)
- Occorrerebbe ... una presa in carico di équipe, con professionisti che intervengano sugli adulti e professionisti che lavorino sul minore, al fine di superare le problematiche e migliorare le relazioni (S31)
- Possibilità reale di lavoro multidisciplinare ... Collaborazione con altri professionisti (psicologo, NPI) per definire il progetto di intervento ... Monitoraggio della famiglia in collaborazione con altri professionisti (S33)
- Progettazione, coinvolgimento di altri professionisti (consultorio), contatti con la scuola (S37)
- Presa in carico multidisciplinare precoce (non solo in caso di disagio grave ormai conclamato) (S40)
- Elaborazione di un progetto congiunto con altri professionisti di supporto al sistema genitori-minore: psicologo, educatori (S42)
- Il Servizio sociale, con l'apporto di altri operatori specialisti, in un'ottica di équipe multiprofessionale ... (S43)
- Collaborare con équipe per stesura di progetto di sostegno con definizione di chi fa cosa, con tempi di verifica a medio e lungo periodo (S45)
- Lavorare in équipe ... (presa in carico globale), coinvolgere il T.M. (S48)
- Condivisione del caso con altri operatori, discussione in équipe, messa a fuoco dei vari punti di vista ed integrazione di questi attraverso l'elaborazione di un progetto condiviso ... Adoperarsi, come referente del caso, affinché, nei casi complessi, vi sia un'elaborazione condivisa tra operatori del progetto sul minore ... Fondamentale ricercare collaborazione (S49)
- Necessità di lavoro integrato tra le varie istituzioni (S51)
- Coinvolgimento altri operatori e professioni (S54)

### 2.2.3. Progetto personalizzato

- Progetto personalizzato sul minore ... Progettare formalizzato e sottoscritto da AS e dalla famiglia (S3)
- Occorre evitare risposte standardizzate, ma centrare su quella specifica famiglia, inserita in quel suo contesto di vita e relazioni (S8)
- La formulazione del progetto (S20)
- Lavoro sinergico con altre figure professionali come lo psicologo e l'educatore che insieme dovranno produrre un progetto individuale di intervento sul minore (S23)
- Elaborazione di un progetto sul minore e sulla sua famiglia, con obiettivi specifici e il più possibile condiviso con i soggetti interessati e con gli altri operatori (S24)
- Poter condividere con i/il genitori/e un progetto che ... assicuri loro tutto il supporto possibile (S28)
- Strutturare un progetto sulla base delle risorse, condividere il progetto con il nucleo familiare (S32)
- Elaborazione di un progetto "mirato" con obiettivi di cambiamento precisi, definiti nel tempo, fattibili (S38)
- Il Servizio Sociale ... conduce la regia in un progetto specifico su un minore e la sua famiglia (S43)
- Progetto personalizzato d'intervento (S53)
- Consulenza, processo di aiuto nel definire il progetto (S54)

### 2.2.4. Monitoraggi/verifiche/valutazioni

- Monitoraggio costante della situazione familiare (S3)
- Verifica costante sulla situazione, sia con la famiglia che con gli attori coinvolti nel caso (S11)
- Presa in carico che monitori l'evoluzione della situazione e possa in itinere correggere il progetto e verificare gli esiti (S13)
- La verifica del progetto tramite la lettura sistematica della modifica degli indicatori rilevati (S20)
- Verificare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento ed eventualmente modificare, unitamente ad altri professionisti coinvolti, il progetto rispetto ai nuovi elementi emersi ... Avere un ruolo di garante verso la famiglia e verso l'istituzione rispetto alla tutela del minore utilizzando ... le verifiche dei professionisti coinvolti a supporto della "giustezza" dell'intervento (S22)
- I progetti dei servizi ... devono tener conto dell'interesse del minore monitorando l'evoluzione del processo e verificando in maniera oggettiva i risultati ottenuti anche e soprattutto in termini di benessere per il bambino (S25)
- Costante monitoraggio dei correttivi necessari al nucleo rispetto all'efficacia dell'intervento, valutabile in particolare sull'evoluzione dello stato di benessere/malessere del minore (S26)
- Valutazione degli esiti attraverso il coordinamento delle figure coinvolte, sia istituzionali che non (S30)
- Verificare con cadenze periodiche la situazione ... Verificare l'adeguatezza del progetto attraverso incontri periodici e colloqui di sostegno con gli attori e di verifica con gli operatori coinvolti nel progetto (S32)
- Valutazione (S34)
- Verificare il grado di collaborazione e di comprensione (dei servizi di cui il Servizio dispone) da parte delle persone coinvolte (S35)

- Monitoraggio del progetto predisposto a sostegno del minore e del nucleo (S36)
- Lavoro di monitoraggio continuo sul caso (esiti) (S38)
- Monitoraggio continuo (S42)
- Verifica e monitoraggio in itinere della situazione (S52)

### 2.3. Attivazione rete formale/informale

- Lavoro di prevenzione attraverso un lavoro di rete nella comunità, aggregando risorse famiglia dei ragazzi-scuola-volontariato (S1)
- Creare un raccordo con servizi che possano dare un ulteriore e più specifico sostegno (psicologico) (S2)
- Attivare tutta una serie di servizi di supporto e modellare il servizio stesso sui bisogni del minore (S4)
- Costruire e/o ricostruire reti di sostegno alla famiglia e di supporto socio-educativo del minore. Conoscenza approfondita della comunità locale in merito alle attività di volontariato e/o di servizio civile per creare legami informali con la famiglia in difficoltà ... Lavoro all'interno del Centro Affidi ... Collegamento con asili nido e/o scuola in genere per monitoraggio sulla situazione (S7)
- Lavoro di prevenzione ... tramite la rete comunitaria con tutti i servizi a disposizione del territorio (S9)
- Coinvolgimento della rete formale e informale (S11)
- Attivatore di reti formali e informali (S15)
- Patti con la scuola, con le associazioni sportive e ricreative (comunità) (S16)
- Valorizzare la rete familiare allargata e favorire le iniziative di attivazione della rete comunitaria (vicinato/ volontariato...) (S17)
- Individuazione, se esistente, di un supporto della famiglia più allargata ... Valutazione di una rete di servizi sociali attraverso forme educative da parte di associazioni e cooperative ... Valutazione e promozione di forme volontaristiche del terzo settore come supporto alle funzioni quotidiane del nucleo familiare (S18)
- Analizzare risorse formali ed informali finalizzate all'obiettivo. Coinvolgerle e metterle in rete, in relazione con il nucleo familiare su cui si va ad operare (S22)
- Coordinamento tra la rete per monitorare la situazione sotto diversi punti di vista (scuola, tempo libero) e attivare eventuali servizi di supporto o modifiche dei servizi esistenti (S24)
- Attivare risorse/connessioni/sinergie tra servizi/terzo settore per promuovere benessere nel nucleo familiare (S25)
- Coinvolgimento della rete familiare e di altre risorse della comunità (S27)
- È opportuno poter disporre, ad esempio, di famiglie di appoggio in orario diurno (affido part-time) o di comunità più o meno informali dove il bambino ritrova la condivisione regolare del progetto quotidiano (S28)
- Coordinamento degli interventi con l'attivazione delle risorse del sociale e del volontariato e attività esistenti sul territorio (S30)
- Promozione di servizi a sostegno del mantenimento nel nucleo (affidi ecc.) secondo un lavoro integrato con la realtà del territorio (associazioni ecc.) (S36)
- Dar vita a un progetto condiviso con la famiglia, privilegiando un lavoro di rete con la comunità (S39)
- Attivazione delle risorse presenti sul territorio (S43)
- Coinvolgere nel progetto di sostegno non solo la coppia, ma la famiglia allargata dove possibile, terzo settore, aiuto informale (S45)
- Attivazione delle risorse/opportunità presenti sul territorio per l'infanzia e collaborazione con l'unità infanzia-adolescenza, T.M., risorse familiari, attivazione rete informale (associazioni di volontariato) (S47)
- Creare e/o cercare di potenziare la rete dei servizi offerti collegando tra loro tutte le risorse in modo da rafforzare la rete stessa (S50)
- Coinvolgimento del TM per gli atti conseguenti e necessari per il raggiungimento dell'obiettivo ... Attivazione delle risorse formali ed informali (S52)
- Individuazione altre risorse formali o informali e loro attivazione (S54)

## Approfondimento 2

### L'esperienza di un gruppo assistenti sociali e di educatori del Piemonte

L'analisi del contenuto considera le risposte fornite alla domanda: *quali sono i criteri che utilizza/utilizzerebbe per capire/valutare se si può evitare l'allontanamento di un minore dalla sua famiglia?* Complessivamente, attraverso un'intervista scritta, sono stati esplorati i punti di vista di 16 operatori (assistenti sociali ed educatori) delle Aree Minori/Disabili della Divisione Servizi Sociali del Comune di Torino. Le risposte sono state analizzate con la tecnica dell'analisi del contenuto. Sulla base delle informazioni raccolte, si è operato costruendo progressivamente un elenco dei nuclei tematici presenti, ciascuno declinato a sua volta in categorie e sottocategorie più specifiche.

Il criterio seguito nella prima fase di analisi è stato quello di classificare la quota maggiore di informazioni presenti in ogni singola risposta, per non perdere elementi significativi. Esaurita la fase di lettura e classificazione dei contenuti, sono stati realizzati alcuni accorpamenti categoriali per rendere più agevole il trattamento delle informazioni emerse.

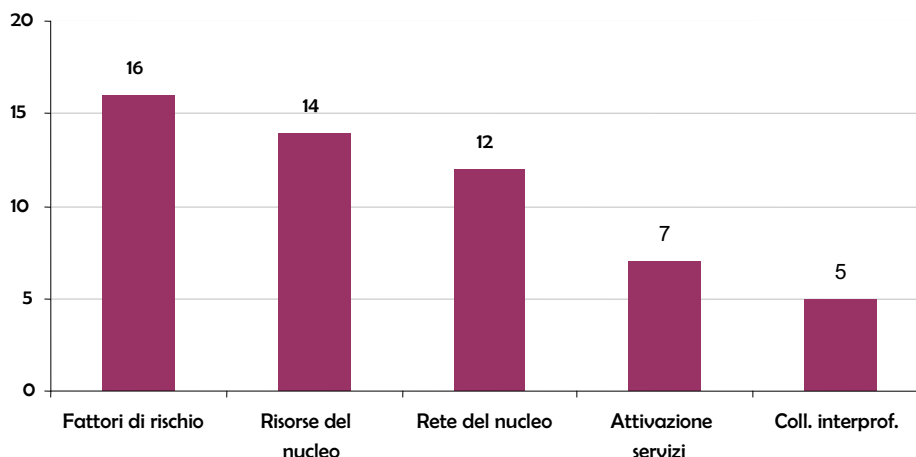
La classificazione dei contenuti e l'accorpamento categoriale sono stati poi oggetto di confronto e discussione da parte del gruppo di ricerca, al fine di ridurre possibili distorsioni, dovute a inferenze soggettive in fase di lettura e di analisi.

Di seguito si presenta la sintesi dei criteri utilizzati per valutare se è possibile evitare l'allontanamento. La tabella seguente evidenzia, per ogni categoria, le relative sottocategorie, i riferimenti associati e il loro numero (in valore assoluto). Successivamente, per ogni categoria/sottocategoria, sono indicate in dettaglio le citazioni dei singoli operatori.

#### 1. Criteri utilizzati/da utilizzare per valutare se si può evitare l'allontanamento

Categoria	Sottocategoria	Schede/oggetto	N.	
Analisi fattori di rischio, situazione familiare ecc.		S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16	16	
Analisi delle risorse del nucleo familiare	Risorse/potenzialità del nucleo/ Competenze genitoriali (Consapevolezza dei problemi/bisogni, disponibilità a collaborare a un progetto di aiuto, <i>compliance</i> ecc.)	S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14, S15, S16	14	
Analisi della rete del nucleo familiare	Rete familiare (risorse della famiglia allargata: nonni, parenti ecc.)	S5, S6, S10, S12, S13, S14, S15	7	
	Rete informale di aiuto (amici, vicini, Odv ecc.)/ in generale	S3, S4, S7, S11, S14	5	
			<i>Totale riferimenti</i>	12
			<i>Totale schede-unità</i>	11
Possibilità di attivare interventi/servizi di sostegno		S4, S6, S7, S8, S9, S11, S14	7	
Confronto/ collaborazione interprofessionale		S1, S5, S8, S9, S13	5	

Fig. 1 - Criteri utilizzati/da utilizzare per valutare se si può evitare l'allontanamento: aree di contenuto e numero di riferimenti associati (valori assoluti)



Come già indicato, l'analisi è stata condotta su 16 interviste. Per quanto riguarda **i criteri utilizzati, o da adottare, per evitare l'allontanamento**, dalle risposte degli intervistati emergono cinque principali aree di contenuto:

1. La più numerosa, esplicitata dal 100% delle persone intervistate, è quella riguardante la *valutazione dei fattori di rischio e del contesto familiare*, ossia il grado di problematicità del nucleo, di disagio/sofferenza del minore, il suo legame affettivo con i genitori e la sua età (quest'ultimo elemento viene sottolineato da più di un terzo degli operatori intervistati).
2. Segue, con 14 riferimenti, *l'analisi delle risorse del nucleo familiare e delle competenze genitoriali*, intese soprattutto come consapevolezza del problema/bisogno da parte degli adulti del nucleo, capacità/disponibilità a collaborare attivamente a un progetto di aiuto al cambiamento, *compliance* ecc.
3. Al terzo posto emerge *l'analisi della rete del nucleo familiare*, a cui fanno riferimento 11 persone. Tale categoria comprende sia l'analisi della rete familiare/parentale, sia quella più ampia extrafamiliare (amici, vicini, Odv ecc.), al fine di comprendere se intorno al nucleo esista una rete informale che possa diventare una "rete di aiuto".
4. Anche la *possibilità di attivare interventi/servizi di sostegno* è ritenuta un elemento positivo per evitare l'allontanamento, come evidenziato esplicitamente da 7 operatori. In questo modo viene sottolineata la necessità di disporre di un'adeguata rete di servizi sul territorio.
5. Infine, 5 persone fanno riferimento alla necessità di mettere in atto modalità operative in *collaborazione con altri servizi e professionalità*; i contenuti che rientrano in tale categoria, sebbene non sempre propriamente riferiti ai criteri per evitare l'allontanamento, possono tuttavia risultare utili ai fini di una riflessione sull'importanza di modalità integrate di intervento.

## **2. Dettaglio citazioni per categorie (criteri utilizzati/da utilizzare per valutare se si può evitare l'allontanamento)**

### **1. Analisi dei fattori di rischio/ analisi della situazione familiare, anamnesi sociale**

#### **(grado di problematicità del nucleo; disagio/sofferenza del minore, età, legame affettivo con i genitori ecc.)**

- Valutare che non sussistano gravi elementi di pregiudizio per i minori presenti nel nucleo ... dunque che non vi siano genitori (o anche uno dei due) maltrattanti "attivi" (violenze fisiche, psicologiche) o "passivi" (incuria, abbandono), o ancora con gravi patologie che non consentono il mantenimento di un equilibrio psico-fisico per il minore (S1)
- Benessere psico-fisico del minore ... comprendere le cause del malessere del minore ... (S2)
- Valutazione dello stato di disagio vissuto dal minore ... Valutazione del grado di rischio a cui è sottoposto il minore e della possibilità di protezione all'interno del nucleo (S3)
- Ascolto del bambino e dei suoi bisogni, desideri, aspettative. Valutazione del tipo di disagio del bambino e della gravità. Legame affettivo esistente tra genitori e figli (S4)
- Prendo in considerazione le difficoltà e la sofferenza del minore ... quanto questa sofferenza incide ogni giorno sulla sua vita (S5)
- Valutare l'età del minore e quanto è "danneggiata", i rischi della permanenza del minore in famiglia rispetto ad un suo equilibrato sviluppo psico-evolutivo ... Il legame affettivo tra il minore e i genitori (S6)
- Il tempo: quanto tempo richiede il cambiamento e se è compatibile con i tempi del bambino). Il grado di sofferenza del bambino e la sua età (S7)
- Elementi di disagio/sofferenza del minore evidenziabili e già conosciuti ... Caratteristiche della sua rete familiare, scolastica, sociale con riferimento a risorse minime positive. Età del minore ... Ipotesi prognostica in relazione a fase evolutiva in cui si trova il minore (S8)
- Complessità e gravità delle problematiche familiari ... Attenta analisi ... dei rischi evolutivi legati ad un proseguimento della permanenza del minore presso il nucleo familiare di origine (S9)
- Valutazione della problematicità del nucleo e del minore (S10)
- Età dei minori ... Valutazione di quali interventi sono già stati effettuati su quel nucleo e loro esiti. Motivo scatenante il rischio di allontanamento e il grado di "gravità" (S11)
- Età del minore ... Valutazione dei fattori di rischio imminente per il minore (S12)
- Percorso di conoscenza della situazione pregressa ed attuale (con particolare attenzione a fattori di rischio o devianza) (S13)
- Accertarsi che non ci sia maltrattamento (S14)
- Valutare segnali di malessere espressi dal minore ... Importante valutare la "storia" pregressa del nucleo (contatti con altri servizi, progetti "falliti" in passato, altri figli già allontanati ecc.) (S15)
- Rispetto al minore un criterio importante è l'età, il coinvolgimento in situazioni di pregiudizio, le dinamiche conflittuali all'interno del nucleo, se il minore è inserito in un contesto scolastico e di socializzazione adeguato (S16)

### **2. Analisi delle risorse del nucleo familiare**

#### **(Risorse/potenzialità del nucleo/Competenze genitoriali, intese soprattutto come: consapevolezza del problema/bisogno, capacità/disponibilità a collaborare attivamente ad un progetto di aiuto al cambiamento, compliance ecc.)**

- Che vi siano figure genitoriali per le quali è stata fatta una "prognosi" positiva circa la sostenibilità di interventi supportivi alla genitorialità. ... Collaborazione attiva del genitore; capacità di autodeterminarsi nel modificare la situazione personale/familiare/sociale; consapevolezza dei bisogni rilevati sui minori e acquisizione di strumenti per sostegno (S1)
- Valutazione del grado di collaborazione del nucleo nel rapporto con i servizi, ... della possibilità di attivare interventi di aiuto, sulla base del consenso dei genitori. ... Valutazione delle risorse e difficoltà dei genitori e, in base ad esse, riflessione sulla possibilità di invio/attivazione di canali di sostegno .... Valutazione della capacità di riconoscimento dei problemi e delle strategie di risoluzione (S3)
- Capacità dei genitori di mettersi dalla parte del bambino. Collaborazione dei genitori, che comprende la capacità di riconoscere il bisogno, chiedere aiuto, accettare l'aiuto. ... Valutazione delle risorse personali dei membri del nucleo familiare (S4)
- Cerco di comprendere se ci sono spazi utili per un lavoro positivo con gli adulti ... se esiste una collaborazione, se gli strumenti offerti vengono utilizzati (S5)
- Valutare il grado di recuperabilità dei genitori, la capacità di collaborazione dei genitori al progetto (S6)

- Accettare e condividere gli aiuti, "mettersi in gioco" da parte della famiglia, riuscire a rendersi conto della situazione e avere le capacità, o acquisirle, di apportare un cambiamento (S7)
- Possibilità/capacità del nucleo di appartenenza di accogliere le proposte e collaborare (S8)
- Volontà/capacità delle figure familiari adulte di usufruire degli aiuti proposti (S9)
- (Valutare) Se esiste una richiesta di aiuto ai Servizi da parte del nucleo. Grado di consapevolezza della problematicità da parte del nucleo. Comprensione della situazione e disponibilità al confronto da parte del nucleo. Grado di adesione al progetto e agli interventi in esso contemplati. Analisi del nucleo, delle sue "risorse interne" ... Quali "spazi" ed "energie" il nucleo possiede, spendibili in un lavoro di comprensione ... del problema (S10)
- Grado di collaborazione della famiglia, nel senso di possibilità che la famiglia dà per capire cosa non sta funzionando, di "entrare nel caso". Grado di ammissione/comprendimento delle difficoltà (S11)
- Consapevolezza dei problemi da parte dei genitori. Grado di collaborazione e accettazione degli aiuti proposti. Possibilità di cambiamento in positivo delle capacità genitoriali (S12)
- Risorse interne alla famiglia: capacità genitoriale residua e disponibilità al suo potenziamento; ... Volontà ad inserirsi nel tessuto sociale (lingua, abitudini...); accettazione, amore per il minore nonostante le difficoltà ... Accettazione da parte della famiglia alla collaborazione in un progetto dove il servizio sociale è molto presente come guida e come controllo (S14)
- Valutare il livello di consapevolezza di entrambe le figure genitoriali rispetto alle problematiche riscontrate. Valutare il reale livello di collaborazione dei genitori: la loro adesione agli interventi di sostegno ritenuti necessari dai servizi e la tenuta dell'atteggiamento collaborante ... A fronte della reale collaborazione dei genitori, valutare la loro capacità di usufruire dei sostegni offerti al fine di giungere alla modificazione della situazione di pregiudizio inizialmente osservata (S15)
- Rispetto alla famiglia credo sia importante la collaborazione autentica e, anche se con difficoltà, continuativa nel tempo ... (Valutare) se vi sono spazi di contrattazione ... Se con le famiglie si potesse parlare insieme e riflettere sulla tematica dell'allontanamento, sui rischi, sulle risorse per evitarlo, questo permetterebbe loro di potersi fare aiutare, costruendo un progetto d'intervento per loro e con loro (S16)

### 3. Analisi della rete del nucleo familiare

#### 3.1. Rete familiare (risorse della famiglia allargata: nonni, parenti ecc.)

- Esploro le reti familiari per capire se possono sostenere (S5)
- Valutare la presenza di reti familiari valide che possano sopperire alle eventuali "mancanze genitoriali" (S6)
- Analisi di un'eventuale rete familiare o di supporto (al nucleo) (S10)
- Famiglia allargata (parenti idonei ad offrire un sostegno) (S12)
- Analisi della rete familiare ... In caso di ipotesi di inadeguatezza del contesto familiare, presa di contatto con rete parentale eventualmente esistente (S13)
- Altri membri della famiglia che possano collaborare (S14)
- Valutare l'esistenza di rete familiare in grado di sostenere concretamente il nucleo (S15)

#### 3.2. Rete informale di aiuto (amici, vicini, associazioni di volontariato ecc.)/in generale

- Valutazione circa la presenza di una rete intorno al nucleo che possa diventare una "rete di aiuto" (S3)
- Valutazione della presenza di una rete intorno al nucleo familiare e della possibilità di attivazione di reti ... informali di sostegno (S4)
- La rete ... informale della famiglia (S7)
- Esistenza o meno di una rete di aiuto attorno al nucleo (S11)
- Rete intorno alla famiglia (amici, vicini di casa, parrocchia, volontari), mediatori culturali (S14)

### 4. Possibilità di attivare interventi/ servizi di sostegno (rete formale)

- Possibilità di attivare interventi di sostegno che coinvolgano i membri del nucleo familiare ... Valutazione della possibilità di attivazione di reti formali ... di sostegno (S4)
- Valutare la possibilità/fattibilità di attivare interventi alternativi alla comunità (S6)
- La rete formale ... della famiglia (S7)
- Risorse attivabili, istituzionali, ... nel suo contesto di vita per attivare un processo di aiuto (S8)
- Fattibile possibilità di interventi appropriati rispetto ai problemi evidenziati ... Fattibilità di interventi di aiuto che possano evitare l'allontanamento del minore (S9)
- Possibilità di attivare/coinvolgere servizi specialistici di aiuto alla persona, al nucleo, al minore (S11)
- La possibilità di mettere in atto interventi educativi e sanitari (educativa territoriale, affido diurno, NPI, attività riabilitative, attività socializzanti, scuola ecc.) (S14)

## 5. CONFRONTO/COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE

- Interventi ... di sostegno che si innestino con un ampio lavoro di rete tra i servizi (S1)
- Mi confronto con gli altri servizi (scuola, NPI, educativa) (S5)
- Possibilità di definire il progetto di aiuto in integrazione con servizi sanitari/educativi, con definizione di tempi di verifica (S8)
- Attenta analisi (anche con altre figure professionali) dei rischi evolutivi (S9)
- Colloqui con insegnanti ... o altre figure coinvolte nella vita sociale del minore (S13)

### *Caso specifico*

- Discriminazione iniziale rispetto ad una richiesta di allontanamento del minore esplicitata direttamente dal nucleo piuttosto che in seguito ad una valutazione dei servizi (sociali, sanitari), magari su segnalazione della scuola ... Grado di esplicitazione della richiesta di allontanamento e/o di rifiuto del minore da parte del suo nucleo (S10)

## 3. Altre categorie emerse dall'analisi

### **Come procede il servizio/operatori: attivazione di interventi/servizi di sostegno alla genitorialità ecc.**

- Aiuto alla famiglia per ciò che concerne disagio economico/lavorativo/abitativo o direttamente al minore a supporto di eventuali difficoltà scolastiche o di emarginazione. Più complesso il sostegno alle famiglie al cui interno vi sono minori con evidenti disagi emotivi, psicologici dovuti a traumi (abusi di vario tipo, maltrattamenti). In buona parte dei casi anche qui si cerca di offrire interventi (domiciliari, educativi) o di orientare ad altri servizi (per interventi di counselling, mediazione familiare) al fine di aumentare consapevolezza negli adulti del nucleo (S2)
- Cerco di sostenerli (*ndr*: gli adulti del nucleo familiare) con gli strumenti che la realtà territoriale mi offre ... Sostengo la persona adulta nella comprensione degli strumenti stessi. Ascolto il bambino direttamente e/o indirettamente. Aggiungo elementi nuovi di osservazione che possano intervenire per modificare positivamente le dinamiche genitori-figli. Offro spazi positivi per passare del tempo buono insieme (es. la madre accompagnerà la figlia in piscina), dando la possibilità di trovarsi insieme per fare cose divertenti (S5)



## FOCUS GROUP CON LE REGIONI<sup>6</sup>

### Il focus group

Il focus group è stato realizzato a Roma, presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il 29 settembre 2009. Hanno partecipato le Regioni: Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo, Emilia-Romagna, Veneto, Umbria, Basilicata.

### Finalità e obiettivi

La ricerca RISC indaga, come oggetto principale, le modalità e i percorsi degli interventi di sostegno alle famiglie per prevenire gli allontanamenti; l'obiettivo generale è quindi quello di ricostruire lo stato degli interventi a favore delle famiglie vulnerabili e una mappatura ragionata di tali interventi.

Scopo del focus group è stato quello di discutere con i referenti regionali i risultati relativi alle schede da loro inviate, al fine di comprendere meglio le risposte contenute in esse e approfondire alcune questioni che difficilmente sarebbero potute essere oggetto di una rilevazione di natura quantitativa. In particolare, le aree da indagare erano le seguenti:

#### *a) Descrizione delle pratiche*

Quali sono le tipologie principali di azioni previste in questi interventi?

Su quali aree/ contenuti/ assi verte l'intervento...

Quali sono le azioni principali che vengono previste in questi interventi?

Quale tempistica prevedono questi interventi? (mediamente quanto tempo una famiglia sta in carico al servizio)

Quali politiche e quali interventi tecnico-professionali di sostegno alla funzione genitoriale?

Ci sono interventi innovativi rivolti ai bambini e alle famiglie vulnerabili?

Quali sono?

In base a che cosa vengono definiti tali?

Quali elementi strutturano nuove pratiche professionali basate sull'approccio dell'aiuto ai genitori a modificare il loro comportamento, a costruire delle modalità per rispondere in maniera più adeguata ai bisogni dei loro bambini? A sostenere il legame genitore-figlio, piuttosto che a separare?

#### *b) Descrizione delle logiche e dei modelli di intervento che soggiacciono alle pratiche*

Nella logica di de-istituzionalizzazione che attraversa in questo momento storico i servizi che lavorano con le famiglie a rischio, a livello di letteratura, soprattutto internazionale, prevale una logica di lavoro con la famiglia, che tende a separare solo in situazioni di particolare ed evidente difficoltà i bambini dalle famiglie di origine, privi-

---

6. Questo capitolo è stato curato da Paola Milani.

leggiando invece l'aiuto di tipo socio-educativo finalizzato a garantire il diritto del bambino a vivere nella propria famiglia.

Nella pratica dei servizi tale logica è effettivamente entrata a far parte delle prassi attuate o è ancora in auge la logica dell'intervento centrato sulla tutela del bambino, prevalente fino ad alcuni anni fa?

Quali sono le teorie di riferimento che giustificano le scelte operative?

Quali trasformazioni in questa area di intervento? (dagli anni '70 ad oggi...)

- il succedersi dei modelli di intervento;
- cosa è cambiato nei modelli e cosa è cambiato nella pratica.

Gli interventi di contrasto alla istituzionalizzazione dei bambini sono centrati (chi è il soggetto dell'intervento):

- sul bambino;
- sulla funzione genitoriale (riqualificazione delle competenze parentali);
- sull'ambiente circostante (reti naturali, alloggio ...).

Come e se l'approccio centrato sulla famiglia - e non solo sul bambino - è entrato nell'area della protezione e tutela dell'infanzia?

-nozione di genitorialità (quali contenuti attribuiscono gli operatori alla nozione di genitorialità e di competenze educative parentali)

-nozione di intervento clinico

-nozione di intervento socio-educativo

-nozione di fattore di rischio

-nozione di fattore protettivo

(gli interventi socio-educativi che sono centrati sulla funzione genitoriale mirano a migliorare le condotte educative genitoriali, reperire e migliorare le competenze parentali. Come queste ultime vengono definite? Come vengono valutate? Come vengono sostenute? Da quali operatori? In base a quali riferimenti teorici? Quale teoria della/nell'azione?

Con quali strumenti? -colloquio, osservazione, discorso...)

### *c) Descrizione dei sistemi di valutazione delle pratiche*

Quali indicatori hanno gli operatori per determinare se il genitore ha o non ha, mette in atto o meno una tale competenza? Gli apprendimenti del genitore... (la funzione genitoriale si può apprendere?)

In base a cosa vengono definiti i dis-funzionamenti e funzionamenti dei genitori nella loro funzione genitoriale?

## **Il metodo**

L'indagine di tipo qualitativo ha a disposizione molteplici strumenti e tecniche: l'osservazione, le interviste, le tecniche narrative, il colloquio, lo studio di casi ecc. Si è ritenuto utile integrare lo strumento del focus group alla scheda di rilevazione, in quanto strumento in grado di stimolare il vissuto e le opinioni dei soggetti grazie all'interazione fra i partecipanti, sulla base di sollecitazioni comuni con cui il conduttore facilita e dirige la discussione.

Diversamente dall'intervista individuale, e ancor più dal questionario, il focus group può consentire di innescare delle dinamiche di gruppo, quindi delle interazioni, che

consentano una maggior spontaneità, una caduta delle resistenze dei partecipanti e un maggior confronto: un gruppo di pari può discutere molto più volentieri di un problema comune attraverso l'elaborazione approfondita e libera del tema proposto dal moderatore. Ciò che importa è sia cosa ogni membro “risponde” o “dice” (come nell'intervista), sia come i membri interagiscono verbalmente tra loro nel fornire le proprie riflessioni.

La caratteristica principale del focus group consiste nella possibilità di ricreare una situazione simile al processo ordinario di formazione delle opinioni, permettendo ai partecipanti di esprimersi attraverso una forma consueta di comunicazione, la discussione tra “pari” in piccolo gruppo.

Dal punto di vista metodologico il focus group, che nasce come una tecnica col fine di focalizzare un argomento e far emergere le relazioni tra i partecipanti, si svolge come una sorta di “intervista di gruppo”. Essa viene guidata da un moderatore che, seguendo una traccia (griglia) più o meno strutturata, propone degli “stimoli” ai partecipanti. Corrao (2000, p. 25) propone la seguente definizione: “una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità”. Ciò che avviene nel focus group tradizionale è qualcosa di più del semplice confronto cognitivo, poiché si tratta di “un'interazione personale che coinvolge tutta la persona e che permette la creazione di un'atmosfera confidenziale tale da favorire l'espressione di opinioni e sentimenti” (Corrao S., 1999, p. 96).

Il focus è tipicamente composto da 6-10 persone, ma può variare da 4 a 12.

Il numero è condizionato da due fattori: deve essere sufficientemente piccolo perché ciascuno abbia l'opportunità di avere spazio e sufficientemente ampio da permettere di diversificare le percezioni (Krueger R.A., 1994, p. 17); quando il gruppo eccede in partecipanti c'è la tendenza a frammentarsi: le persone vorrebbero parlare, ma non riescono, perché non c'è sufficiente spazio di conversazione e, per poter esprimere le proprie opinioni, si finisce per rivolgersi ai vicini formando dei gruppetti.

Con l'utilizzo di un registratore digitale panoramico abbiamo registrato la discussione di gruppo, così da poterla riascoltare integrando gli appunti presi dal verbalizzatore (che annotava i passi più significativi ai fini dell'indagine): “Occorre immergersi negli argomenti principali (topics), ma anche in ogni espressione dei partecipanti, ascoltando e riascoltando le cassette” (Templeton J.F., 1994, p. 14).

È stata molto utile la presenza di un verbalizzatore per prendere appunti sui contenuti della discussione (sintesi degli interventi, con particolare attenzione ad annotare le frasi-citazioni significative): in questo modo, un moderatore/animatore ha accertato che la sessione progredisse uniformemente conducendo la discussione, mentre il verbalizzatore/osservatore ha controllato che venissero trattati tutti gli argomenti rilevanti ai fini dell'indagine ed ha esaminato le dinamiche di relazione del gruppo.

La traccia conteneva una serie programmata di nuclei tematici da indagare, la cui formulazione è flessibile; le domande sono strutturate il meno possibile e a volte – come nel nostro caso – la traccia non contiene neppure vere e proprie domande, ma il richiamo ad argomenti (“nuclei”). L'ordine degli argomenti è “ad imbuto”: si inizia da argomenti più generali per arrivare a quelli più specifici; i temi più importanti, cioè quelli che rappresentano il nucleo della questione, sono affrontati verso il centro della discussione. Nella pratica si verifica spesso di passare da domande generali a specifiche, approfondire aspetti precisi e poi riprendere un aspetto generale dell'argomento

trattato; ciò dipende dal tipo di argomento e dal clima e andamento della discussione. Un accorgimento molto utile è quello di lasciare aperta l'ultima parte della discussione per un duplice motivo:

- potrebbero emergere fatti imprevisti e interessanti;
- i partecipanti (e questo dovrebbe avvenire ogni volta che si somministra uno strumento) devono essere soddisfatti della loro partecipazione e avere la possibilità di esprimere ogni tipo di opinione/feedback (anche in merito all'esperienza in atto).

Dalla raccolta di dati provenienti dalle molteplici fasi sopra descritte è stata ricavata la mole di informazioni riguardanti gli argomenti-chiave dell'indagine. L'analisi di questi elementi è stata effettuata con un approccio qualitativo che è andato a "comprendere" gli aspetti, più che a "spiegarli", in modo anche "sistematico", cioè prevedendo una codifica mediante l'analisi del contenuto, utilizzando il software denominato *Atlas.Ti* (Tuzzi A., 2003).

L'obiettivo è stato di esplorare nel dettaglio gli argomenti relativi ai principali nuclei tematici, attraverso un'analisi approfondita sulla trascrizione effettuata a seguito della sbobinatura integrata all'osservazione (Templeton J.F., 1994).

### Alcuni dati quantitativi

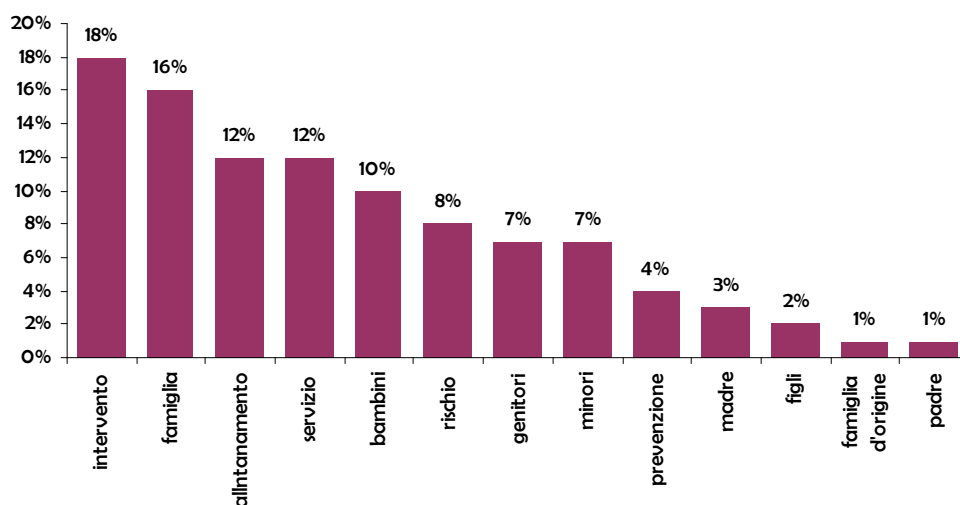
*Word Token:* 6640 parole, 42521 caratteri – spazi inclusi

*Totale interventi:* 96 (conduttrice esclusa)

L'analisi del testo trascritto effettuata con *Atlas.Ti* ha permesso di segmentare il testo in base a dei codici (parti di testo in cui si parla prevalentemente di un tema, per esempio l'allontanamento, i bambini, le famiglie ecc.).

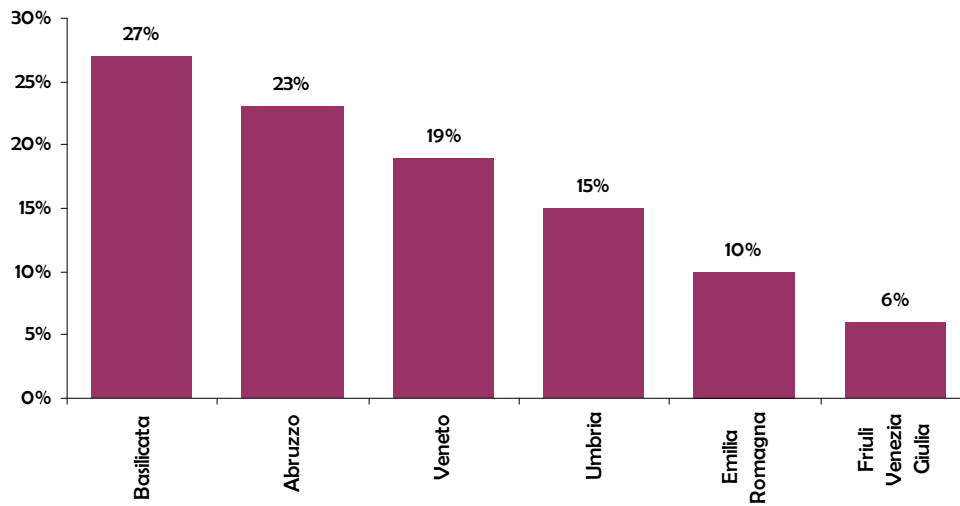
Di seguito è riportato l'elenco dei codici in base al numero di volte in cui sono stati presenti nella discussione.

Fig. 1 – Citazione per codice (valore percentuale)



Sempre con *Atlas.Ti*, è stato conteggiato il numero di interventi che ha effettuato ogni singolo referente regionale. Complessivamente sono stati 48 (Basilicata: 13, Abruzzo: 11, Veneto: 9, Umbria: 7, Emilia-Romagna: 5).

Fig. 2 – Numero interventi per regione (valore percentuale)



Tab. 1 - Le 15 parole “più dette”

<i>Parola-chiave</i>	<i>Occorrenza</i>
Famiglia/famiglie + nucleo/nuclei + genitori/genitore + mamma/madre + papà/padre	(75 + 9 + 23 + 5 + 2) = 114
Intervento/interventi/intervenire	83
Allontanamento/allontanamenti/allontanare + Separazione/separazioni/separare	(60 + 6) = 66
Bambino/bambini/bambina/bambine + minore/minori	(17 + 19) = 36
Servizio/servizi	41
Rischio/rischi	28
Operatore/operatori	26
Economico/economici	22
Difficoltà/gravità/difficile	20
Prevenzione/prevenire	20
Problemi/problema/problematico/problematiche/problematicità + fatica/fatiche	20
Progetto/progetti/progettazione/progettazioni	19
Aiuto/aiuti/sostegno/sostegni/sostenere	19
Valutazione/valutazioni	17
Competenze/competenza/capacità	13

Osservando la frequenza dei codici e delle parole “più dette”, si rileva come siano centrali, ovviamente, le parole messe a fuoco già dal tema del focus e quindi dalla conduttrice (famiglia, genitori, intervento, allontanamento ecc.). Ciò nonostante, è possibile rilevare già anche una certa visione della prevenzione dell'allontanamento, in cui le competenze delle famiglie, la cultura del progetto e della valutazione sono più deboli della cultura centrata sul rischio, i deficit e i problemi.

## **Analisi dei nuclei tematici**

### ***Nucleo a) Descrizione delle pratiche***

Il primo nucleo tematico affrontato è stato quello finalizzato a rilevare e descrivere nel dettaglio le pratiche di prevenzione degli allontanamenti presenti nelle diverse regioni.

La prima parte della discussione è stata utilizzata, dunque, per circoscrivere l'oggetto dell'indagine, ossia il costruito “prevenzione dell'allontanamento”, che è subito apparso come troppo ampio:

*“Da dov'è che cominciamo a guardare per capire cos'è l'intervento di prevenzione dall'allontanamento? Ci mettiamo a un metro, due metri, ... a cento giorni dall'allontanamento?” (Veneto)*

Si è quindi ricercata insieme, a partire dallo stato degli interventi delle singole Regioni, una definizione di “intervento che riduce il rischio di istituzionalizzazione del bambino” e quindi di separazione dalla famiglia di origine.

È stato molto difficile arrivare a una definizione condivisa, in quanto le risposte faticavano a stare sul piano delle pratiche e oscillavano, piuttosto, dal racconto sulle singole pratiche al riferimento alle politiche più generali:

*“Noi abbiamo la legge 95 che destina provvidenze a favore della famiglia, e che finanzia tre macroattività. I soggetti attuatori sono i Comuni, i consultori, l'associazionismo.*

- comune: per il sostegno genitorialità, in parte anche per i nidi;*
- consultori: per azioni per la genitorialità, secondo la mission dei consultori;*
- associazionismo: finanziare progetti vari” (Abruzzo)*

*“Si può intervenire anche sul piano giudiziario, facendo allontanare il genitore non idoneo ... Cioè ad allontanarsi non è il minore, ma il genitore pericoloso, maltrattante” (Abruzzo)*

*“Servizio di avviamento al lavoro (SaL), percorsi assistiti ecc.; parallelamente si può cercare di evitare gli sfratti, sanare morosità pregresse, cioè tamponare tutte le situazioni che in quel momento acuiscono le conflittualità ... e anche lavorare sulle competenze della madre. I servizi lavorano sui genitori per il benessere del bambino e, in queste fasi, al bambino fanno fare percorsi abbastanza sganciati dalla famiglia” (Umbria)*

*“Obiettivo è l'integrazione tra i servizi, pubblico e privato, in modo da dare risposte il più possibile integrate e congrue. Il tutto poi va declinato nella realtà (siamo ancora fermi)” (Basilicata)*

*“Si tratta di contributi economici per trasporto, energia elettrica, per bisogni essenziali che possono aiutare a mantenere unita la famiglia” (Friuli VG)*

*“Come Regione non abbiamo un progetto specifico rispetto al rischio di allontanamento, ma sia nel piano che nella legge sono previsti livelli diversi di intervento rispetto alla tipologia del caso.*

*Per ogni singolo caso mi ritrovo nello schema della collega del Veneto: a seconda dei livelli e della tipologia del caso si fa un'azione diversa, quindi un'azione di tutela nel momento in cui il bambino è a rischio di incolumità, e un'altra sul nucleo familiare, laddove le capacità educative e di tutela della famiglia ci sono, ma vanno potenziate” (Umbria)*

*“La Regione Friuli ha emanato due leggi. La legge 6/2006 ridisegna il sistema integrato dei servizi in un'ottica di integrazione e promozione del benessere; la legge 11/2006 - sul sostegno alla famiglia e alla genitorialità - prevede interventi come la carta famiglia, che destina risorse a famiglie che potrebbero ritrovarsi in una situazione di bisogno (quindi va nell'ottica della prevenzione)” (Friuli VG)*

Lentamente si è condiviso che le tipologie degli interventi messi in atto con il fine di prevenire gli allontanamenti sono varie e articolate e si posizionano su più piani, in una logica di multidimensionalità che vede la presenza di più attori (servizi sociali, sanitari, della giustizia, della scuola, del privato sociale ecc.) e di più piani di intervento (sociale, psicologico-psicoterapeutico, giuridico, solo in piccola parte educativo).

*“La risposta è molto eterogenea, emergono tipologie di intervento completamente diverse tra loro” (Veneto)*

*“Non esiste un intervento standard, dipende... Gli interventi sono molteplici, si intrecciano... Sono economici, sono psicologici, sono sociali, sono di affidamento eterofamiliare (diurno/part-time): non si può definire che è uno ... A volte si incrociano” (Basilicata)*

La maggior parte si è riconosciuta nel tentativo di classificazione proposto dal referente della Regione Veneto: *“4 tipologie di intervento: -interventi che incrementano le risorse del nucleo; -interventi che limitano gli aspetti critici, cioè che servono per ridurre condizioni di rischio; -interventi sulla relazione genitore-figlio, ossia interventi che vanno a lavorare sulla riabilitazione delle capacità di quel genitore; poi c'è tutto il lavoro per aumentare la capacità di resilienza e autonomia del bambino” (Veneto)*

Si fa frequente riferimento alle politiche e alle regolamentazioni regionali, poco ai servizi, quasi mai a pratiche di intervento specifiche e/o esperienze documentate di cui si possano discutere dati, sia di processo che di efficacia; qualche volta ci si limita al racconto di singoli casi, con difficoltà ad astrarre. Alcune regioni fanno riferimenti a specifici progetti (Veneto), le altre si riferiscono più a singole pratiche. L'unica pratica che viene definita con chiarezza condivisa sono gli interventi di educativa domiciliare e/o territoriale.

Si parla in prevalenza di interventi di tipo individuale: *“Innanzi tutto si cerca la fiducia della famiglia, altrimenti non segue l'operatore e la direzione che si vuole prendere ... Paradossalmente sono facilitati i nuclei familiari che hanno difficoltà economica, perché quella si sa come affrontare, anche se è sempre una punta dell'iceberg ... Il problema non è 'non ho i soldi per', ma 'non riesco a trovare lavoro', 'lo trovo, ma non lo mantengo', 'non trovo una strategia per garantire beni primari'. All'inizio è un discorso di consulenza e di rapporto, poi il tecnico inizia a proporre tutti quei servizi che possono dare informazioni 'altre' rispetto al setting in ufficio (assistenza domiciliare, assistenza socio-educativa, centri estivi perché il bambino possa mantenere reti sociali 'altre' oltre alla famiglia)” (Umbria). Non emerge quasi mai il riferimento a pratiche di gruppo.*

Emerge anche l'idea che il concetto di prevenzione sia estremamente ampio e articolato: esso include la prevenzione primaria (o universale, o promozione), la prevenzione secondaria, o mirata, e la prevenzione terziaria (di cui peraltro nessuno parla), intendendo con ciò gli interventi rivolti alle famiglie già separate, magari per favorire il processo della riunificazione familiare:

*“Se teniamo la famiglia in situazione di cosiddetta normalità, possiamo dire – e qualcuno di voi l'ha detto - che gli interventi di prevenzione dell'allontanamento sono quelli di sostegno alla genitorialità nei centri per le famiglie. Mentre se noi prendiamo delle famiglie che chiedono aiuto ai servizi, entrano in un processo di presa in carico ... e c'è un progetto di intervento specifico per evitare di allontanare il bambino, e in quel progetto mettiamo in atto, per esempio, un intervento di educativa domiciliare, noi diciamo che l'educativa domiciliare è un intervento per non allontanare. Ma quello che cambia è il target con cui sto lavorando: non è più la famiglia in generale, ma sono in un ambito di prevenzione secondaria, o mirata. Ho un soggetto molto più selezionato. Restringiamo il campo” (Veneto)*



Tante tipologie diverse di intervento possono rientrare nella categoria della prevenzione primaria, ma è solo l'Emilia-Romagna che entra nel dettaglio, portando esempi specifici riferiti a pratiche in atto:

*“Una specificità della nostra regione è stata di lavorare molto, negli ultimi anni, non solo sulla prevenzione, ma anche sulla promozione del benessere e dell'agio, quindi di corresponsabilizzare la comunità di appartenenza, i vari soggetti che ne fanno parte (scuola, le associazioni, le parrocchie ecc.), quindi inserire il disagio all'interno di una rete. Anche il piano sociosanitario è stato un buon volano per ragionare su sociale e sanitario, rispetto al tema del prendersi cura, dell'accompagnare ... e quindi la creazione di alcuni soggetti che non lasciano il servizio sociale da solo in questo compito ... Vedi i Centri per le famiglie, che operano con famiglie che non accedrebbero al servizio sociale perché lo vedrebbero come stigmatizzante (counselling, mediazione familiare nei casi di separazione difficile, oppure inserire all'interno dei centri per le famiglie tutta l'area di lavoro che si chiama 'sviluppo di comunità', dove insieme al sociale si ragiona sull'integrazione dei bambini stranieri, delle donne)” (Emilia Romagna)*

Spostandosi poi dalla definizione di prevenzione primaria a quella di prevenzione secondaria, si identifica l'idea di lavoro mirato con specifiche famiglie a rischio. Emerge quindi la necessità di definizione, ma non emerge una definizione univoca di “famiglia a rischio”:

*“Dobbiamo arrivare ad identificare il rischio, quando si pone, oggettivamente e con un carattere di omogeneità” (Abruzzo)*

*“Di fronte a una situazione di rischio, ma non ancora francamente manifesto, ... cioè quelle situazioni che mettono in allerta il sistema dei servizi, ti pongono una domanda non banale (c'è un bambino da proteggere, una famiglia da sostenere? non lo sai ancora)... Sulla definizione di rischio di allontanamento ... Una cosa che manda in confusione tutto il sistema Veneto è che dentro il lavoro che è stato fatto in Veneto, dal 2005 ad oggi, c'è una definizione di 'rischio' e c'è una definizione di 'pregiudizio' molto esplicito, chiaro, condiviso. La definizione di rischio è dentro le linee guida ... In Veneto ci sono le linee guida, per cui noi sappiamo che dopo una prima valutazione hai strumenti come l'UVMD (unità valutativa multidimensionale) e una serie di condizioni in cui decidi il progetto e, insieme con altri operatori, decidi la tipologia di interventi, chi fa cosa e chi ne ha la regia” (Veneto)*

*“Abbiamo criteri condivisi sempre in teoria, ma non scritti ... Nelle linee guida regionali è dichiarato espressamente che deve essere predisposto un piano educativo individualizzato per i minori che vanno in affidamento, per l'inserimento dei minori disabili e situazioni molto particolari, oppure per le ragazze madri, per le quali noi prevediamo un sostegno economico ... Significa che in quel caso è obbligatorio il piano individualizzato” (Basilicata)*

Esistono, infine, dei criteri condivisi su quando - e perché - allontanare o non allontanare? Non si arriva ad un'esplicitazione chiara nel gruppo, ma mentre due Regioni (Veneto ed Emilia-Romagna) si riferiscono a una definizione presente all'interno della regolamentazione regionale, le altre 4 Regioni affermano di non disporre di punti di riferimento condivisi tra i diversi soggetti responsabili della tutela:

*“In Umbria esiste un criterio omogeneo su quando una situazione è da allontanare. Fasi del procedimento: quando si parla di queste situazioni il procedimento con il Tribunale dei minori è in fase di istruttoria, con i tempi della giustizia che non coincidono coi tempi della famiglia, per cui l'operatore si trova a dover chiedere alla famiglia un cambiamento in tempi brevi” (Umbria)*

*“Molto dipende dalle situazioni specifiche, dalle realtà in cui operiamo: non ci può essere una definizione omogenea e precisa, perché la varietà umana e la varietà territoriale, con le rispettive culture ecc., non permette di dare una definizione univoca ... Però, laddove il genitore, per difficoltà varie, non riesce a modificare quello stato di disagio serio – come hanno già detto le colleghe -, per cui il bambino non è pulito, non mangia ecc. ... dopo tutti gli interventi possibili ... allora si allontana” (Basilicata)*

*“Dipende dagli operatori, dai consultori... Non essendoci una cultura omogenea, evidentemente possono anche verificarsi casi di difforme gestione di questi fenomeni” (Abruzzo)*

*“Io mi sento un po' più ottimista sul fatto che a livello di territorio regionale ci sia un'interpretazione abbastanza univoca delle situazioni che necessitano di interventi di protezione e allontanamento, supportata anche dal fatto che in questi anni abbiamo finanziato dei programmi di tipo provinciale, affinché garantissero anche formazione, coordinamento degli operatori” (Emilia-Romagna)*

C'è però consenso nell'affermare che nel rischio non rientrano le situazioni di precarietà economica, a meno che la precarietà non sia un sintomo di una situazione di multi-problematicità:

*“L'allontanamento non si fa per problemi economici o che si possono gestire, si fa su determinate situazioni, abbastanza gravi ... A grandi linee no, non si fa per motivazioni economiche, a meno che non ci sia uno stato di miseria conclamata: gente che non mangia proprio, bambino denutrito ... Ma sono situazioni che non muovono dalla mera carenza economica. Cosa c'è dietro? Ci sono famiglie che hanno un livello cognitivo ai limiti, e quello è un dato oggettivo: allora vai a fare un lavoro di sostegno per incanalare verso un tipo di lavoro che, per quanto semplice, produce un reddito” (Basilicata)*

*“Allora, per non allontanare ... qui ho la stessa difficoltà che hanno riportato le colleghe ... Non ci sono casi in cui una famiglia si è vista allontanare il minore per questioni economiche” (Umbria)*

I processi di intervento sono anch'essi molto eterogenei. I partecipanti al focus tendono a collegare questa eterogeneità alla diversità di condizioni e assetti organizzativi esistente anche all'interno di una stessa regione, nonché alla difficoltà di definire in modo univoco a quali soggetti è in capo la titolarità dei servizi e degli interventi:

*“Ci sono 'uffici di cittadinanza' (come servizio di base), che sono équipe stabili per territorio di appartenenza, dove il coordinamento è del servizio sociale, ... con l'educatore e il comunicatore sociale ... Questa è l'équipe stabile ... Ci sono differenziazioni per quanto riguarda l'area tutela: la provincia di Perugia ha inserito la tutela all'interno*

dell'ufficio di cittadinanza. La provincia di Terni ha scelto di fare un servizio ad hoc per la tutela" (Umbria)

*"Rispetto alle modalità di intervento posso solo dire che sono differenziate sul territorio: la tutela è in capo ai comuni che, sulla base di indicazioni regionali sempre più sollecitanti, agiscono anche con operatori delle aziende sanitarie"* (Friuli Venezia Giulia)

*"Quindi, da un lato, nel riconoscere all'ente locale la piena titolarità, il tema della tutela è in capo non solo al servizio sociale, ma condiviso da una pluralità di soggetti. La cosa più difficile è poi tenere la regia di questi soggetti, a più livelli. Nel 2007 la Regione ha emanato una direttiva specifica sul tema dell'affido e delle comunità di accoglienza, sul sistema delle comunità residenziali, però nel 2008 è uscita la legge - per noi quadro (legge 14) - sulle giovani generazioni, che cerca proprio di tenere insieme cura, promozione e prevenzione (fascia di età 0-35 anni)"* (Emilia-Romagna)

*"Dal 2000 ad oggi ... abbiamo 54 enti gestori (di cui alcuni comuni, Asl, Asp, unioni, consorzi, e anche la forma organizzativa è diversa). La titolarità è rimasta ai Comuni, ma la gestione è diversa. Gli operatori spesso non sono in équipe (saranno il 20%, però sono in difficoltà)"* (Emilia-Romagna)

*"A livello di legislazione regionale in ogni documento si parla di integrazione tra sociale e sanitario, di incontro tra assistente sociale e psicologo, in tutte le situazioni di complessità che lo richiedono, poi però come viene declinato non è omogeneo in tutto il territorio. I principi sono sanciti in modo molto chiaro e definito, anche sui tempi della valutazione (anzi, a volte in modo fin troppo dettagliato!), però poi ... Quello che nel servizio sociale è problematico è che per rispondere a questi bisogni complessi serve una flessibilità di risorse ... e a volte non è sempre facile avere la risposta adatta a quella situazione e quindi dai quello che hai sul territorio. Adesso è qualche anno che non lavoro più sul territorio e mi auguro che le cose siano cambiate, però se penso ad alcune situazioni ... dove mamme in situazione di grave fragilità personale, sole ecc., che a un certo punto non ce la fanno più con il proprio figlio e quasi te lo portano in ufficio e ti dicono "tieni, collocalo!"... Ecco, se allora avessi avuto un supporto, anche al di là del pubblico, cioè di famiglie, di prossimità, di aiuto domiciliare ... Perché a volte c'è un buon progetto, ma poi la difficoltà è portarlo avanti, creando quel lavoro di rete a 360 gradi di cui si parlava prima, ma che non è facile"* (Emilia-Romagna)

Si discute, anche parecchio, di come allontanare e di come siano molte le variabili in gioco sul piano dell'intervento professionale: è interessante rilevare come il discorso scivoli più frequentemente su questo argomento, piuttosto che sul "cosa fare di diverso dall'allontanare".

### ***Nucleo b) Descrizione delle logiche e dei modelli di intervento che soggiacciono alle pratiche***

Questo nucleo è stato meno discusso del precedente, a causa sia del poco tempo a disposizione, sia di una difficoltà oggettiva dei partecipanti a ragionare su questo tema. Passare dalle pratiche alle ragioni che sottostanno alle pratiche - e all'esplicitazione delle teorie di riferimento che le orientano e le determinano - è un'operazione che

avrebbe richiesto tempi di discussione ben più ampi. Ma è anche vero che il ruolo delle persone presenti, da alcuni concepito più in termini politici che tecnici, non ha permesso alla discussione di avviarsi agevolmente anche su questo piano.

C'è consenso, comunque, nel rilevare che c'è stato un cambiamento culturale: oggi, rispetto ad alcuni anni fa, prevale la concezione secondo cui il minore ha diritto a crescere all'interno del suo mondo relazionale, pertanto è maggiore l'attenzione a preservare il legame con la famiglia e l'ambiente di origine. C'è dunque un chiaro riferimento all'idea di Preservations interventions, ma si scivola spesso a parlare di "quando si allontana" più che di cosa si fa, in riferimento a specifiche famiglie, per "non allontanare". Non si arriva, in sintesi, a descrivere (né tanto meno a definire) tali pratiche, a evidenziarne gli elementi costitutivi.

*"È stato un rovesciamento del mondo: partiamo dal rischio di allontanamento o dalla valorizzazione delle risorse di quel nucleo che, per quanto scalcagnato ... magari 10 anni fa avremmo allontanato senza neanche pensarci?! Adesso è più facile sentire parlare della valorizzazione delle risorse, non più valutazione del rischio, ma della recuperabilità ... Non parliamo più solo della valutazione della capacità, o dell'idoneità, ma anche di come fare per implementare le capacità di questo nucleo nel prendersi cura dei propri bambini ... A volte, in questa logica, un allontanamento diventa anche uno strumento di implementazione delle capacità, paradossalmente ... Fare un allontanamento il più possibile consensuale, anche quando ci si arriva con il Tribunale, veramente a tempi ridotti, a volte è una prevenzione della separazione, della rottura..."*  
(Veneto)

È questo quasi l'unico momento in cui emerge qualche elemento sulla concezione dell'allontanamento come strumento di protezione, piuttosto che di rottura, del legame, e quindi di supporto a una famiglia, come mezzo per garantire il diritto alla famiglia del minore. Si evidenzia qui la difficoltà a mettere a fuoco una visione positiva della tutela dell'infanzia, in cui si agisce non tanto per separare, ma per ricostruire, rafforzare, sostenere, promuovere. Sono queste, infatti - fra le altre che possiamo leggere tra le righe della tabella presentata nel par. 4 sulle "parole dette" - le parole mancate, le parole non dette: segno tangibile di una debolezza di una cultura ancora troppo orientata alla ricerca degli elementi di rischio piuttosto che alla valorizzazione dei fattori di protezione.

Inoltre non emergono mai espliciti riferimenti a modelli teorici che normalmente determinano le tipologie di intervento, non si parla cioè mai di interventi di tipo cognitivo-comportamentale, sociale-comunitario, sistemico-relazionale ecc.

Non emerge l'idea che il lavoro di prevenzione degli allontanamenti consista, talvolta, nell'aiutare la famiglia ad esplicitare la sua richiesta di aiuto, piuttosto che colpevolizzarla per le sue inadeguatezze:

*"Se da un punto di vista teorico io vedo, in Regione, che tutti gli operatori concordano su quali sono i rischi che portano all'allontanamento, noto che, da un punto di vista pratico, fanno fatica ad allontanare: non solo perché sono soli, ma anche per l'impatto emotivo - che nessuno mai considera - per l'operatore che fa l'allontanamento ... Il mondo comunitario (famiglia di origine, vicini di casa, mondo delle associazioni) può aiutare la famiglia, ... ma la famiglia è pronta a ricevere questo sostegno? Perché il sostegno a volte c'è, ma la famiglia lo rifiuta. A volte non c'è il sostegno" (Basilicata)*

Il Veneto parla di crollo nei dati sugli allontanamenti, la cui riduzione sarebbe da ascrivere non solo a un cambiamento di rotta nella cultura, a progetti specifici di prevenzione, ma anche alle contrazioni economiche:

*“Contrazione molto forte degli allontanamenti ... Facciamo che è una compartecipazione: è cambiata la cultura e sono diminuiti i soldi! Non può essere solo cultura, il crollo è troppo alto”.*

*“Ci sono stati 7 progetti specifici che avevano come obiettivo evitare gli allontanamenti e quindi prevenirli. Le valutazioni sono in itinere adesso ... Tutti gli interventi che sembrano avere avuto un ottimo risultato sono quelli che hanno tenuto conto della necessità di lavorare sul rischio e sulla risorsa, di spostare l'intervento da una valutazione del rischio a una valutazione delle risorse del nucleo familiare” (Veneto)*

Nella cultura, almeno di alcuni referenti regionali, il genitore naturale resta oggetto di intervento, non soggetto, non protagonista del suo progetto. Il progetto è sempre dei servizi, mai della famiglia:

*“L'assistenza socio-educativa non è rivolta specificatamente al bambino, ma è di supporto... Tutti gli interventi sono rivolti al bambino, ma l'azione si fa sul genitore, in modo che il bambino possa vivere il più possibile una vita normale, come tutti i bambini... La tutela del bambino passa attraverso la famiglia, quindi il bambino deve essere tutelato, ma all'interno del suo nucleo, e allora si interviene sul genitore. Nel mentre si interviene con i genitori, al bambino deve essere consentito di fare una vita normale” (Umbria)*

### ***Nucleo c) Descrizione dei sistemi di valutazione delle pratiche***

Questo terzo nucleo sostanzialmente non è stato affrontato, per due ragioni: la mancanza di tempo, per via della chiusura anticipata del focus; la debolezza delle pratiche, di cui si è discusso nel nucleo a). La valutazione è cioè strettamente legata alle stesse pratiche che si devono valutare: se è presente una difficoltà già nel definire tali pratiche, è evidente che la difficoltà sia ancora più evidente nel valutarle. Questo non-dato sembra dunque offrire un'indicazione abbastanza netta sul fatto che le poche pratiche esistenti non vengono di norma valutate e che anche i progetti realizzati abbiano difficoltà a essere se non valutati negli esiti, almeno documentati nei processi. In sede di discussione sul nucleo di valutazione, i referenti regionali si limitano a fare riferimento ad alcune criticità rilevate nel modo di impostare il lavoro sulla prevenzione degli allontanamenti:

-le famiglie che non sono intercettate dai servizi

*“E quelli che non arrivano ai servizi?” (Umbria)*

-il turn-over degli operatori

*“Per quanto riguarda il fatto di raggiungere tutte le famiglie o alcune: ovviamente c'è una difficoltà oggettiva del servizio sociale professionale: l'operatore è presente in maniera non stabile e non continua ... L'indicazione che la Regione ha dato è quella di lavorare in rete: cioè non ha fatto una programmazione specifica per i minori a rischio, ma ha detto di lavorare in rete per creare promozione, prevenzione e, laddove*

*necessario, la cura (legge regionale n. 4/2007) ... Ovviamente è difficile, perché il lavoro di rete è molto complesso” (Umbria)*

-la debolezza della cultura tecnico-professionale degli operatori:

*“Manca una cultura del rischio di allontanamento...” (Abruzzo)*

-la solitudine degli operatori:

*“Certo è che, secondo me, quello che rende difficile mettere in atto questi interventi è la solitudine degli operatori. Anche come Regione, facciamo fatica a monitorare le forme organizzative, per cui ci sono Comuni grandi e strutturati, e Comuni piccoli, che non hanno un'équipe. Da una recente indagine sul personale che lavora nei servizi sociali, c'è un turn-over alto e spesso sono anche operatori giovani, quindi se sono soli, non inseriti in una condizione tutelante anche per loro, sono più in difficoltà” (Emilia-Romagna)*

*“Rispetto alla solitudine degli operatori di cui riportava la collega, molto carico c'è rispetto a cosa proporre al giudice, ... perché la situazione è del giudice, a prescindere dalla posizione del servizio sociale...”.*

*“Discorso della difficoltà dell'allontanamento da parte dell'operatore: è una difficoltà che ha un forte impatto emotivo, ma la difficoltà maggiore è anche il seguire ancora la famiglia di origine (ricordiamoci che il mandato è quello!)” (Umbria)*

## **Conclusioni**

Emerge una forte differenziazione fra le Regioni, in particolare tra quelle in cui è presente, o è in fieri, una politica per la famiglia (Veneto, Emilia-Romagna, Friuli) e quelle in cui non è presente. Il modo di interpretare il proprio ruolo da parte dei referenti regionali ha determinato la qualità delle risposte: alcuni (Umbria, Veneto ed Emilia) sono entrati nelle questioni tecnico-professionali, altri si sono mantenuti su un livello più politico.

Si evidenzia che nel tempo si è modificata la cultura, la concezione, l'impostazione strategica dell'intervento, spostando l'asse da interventi specialistici, centrati solo sul bambino, a interventi più globali, centrali anche sulla famiglia e l'ambiente di origine. Ma questa affermazione sembra essere una dichiarazione di intenti, più che la conseguenza specifica di un'analisi delle pratiche, perché le singole regioni riferiscono solo in parte di sperimentazioni e progetti relativi all'obiettivo e di azioni mirate al loro monitoraggio e valutazione. Non è stato perciò possibile fare un bilancio complessivo di tali pratiche.

Si evince, quindi, una generale carenza nella documentazione e nella pubblicazione dei risultati che crea una diffusa difficoltà a individuare e riconoscere cosa è stato fatto: si dice quali sono le politiche, ma non si riescono a dare informazioni precise sulle modalità concrete di attuazione delle politiche; sappiamo quanti sono i bambini allontanati in Italia, ma in questa sede non abbiamo avuto informazioni esaurienti utili a capire se ci sono bambini non allontanati a causa di un intervento specifico a loro rivolto. Sappiamo che si fanno azioni di prevenzione e promozione, ma non sappiamo cosa esse generino. Non si discute sui processi (quante famiglie, con quali interventi, quali minori a rischio in base a quali criteri, quanti allontanamenti effettuati, quanti evitati ecc.), né tanto meno sugli esiti degli interventi effettuati.

Sembra anche persistere una difficoltà culturale ad esprimere una visione di cosa sia la prevenzione dell'allontanamento: essa appare un costrutto poco usato, su cui i referenti regionali sembrano aver ragionato meno che su quello di allontanamento; appaiono deboli anche una cultura pragmatica dell'intervento preventivo, un linguaggio, una sintassi comune che aiuti a identificare pratiche codificate.

Questo spiega in parte la difficoltà a riportare il discorso degli operatori dalle politiche generali, dalle indicazioni di principio e di intenti, al piano della realtà: cosa è stato fatto o non fatto, come (i metodi), perché (i presupposti teorici), gli obiettivi, con chi (i soggetti).

### Riferimenti bibliografici

Corbetta P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. I paradigmi di riferimento*, vol. I, Il Mulino, Bologna.

Corrao S. (2000), *Il focus group*, Franco Angeli, Milano.

Corrao S. (1999), *Il focus group: una tecnica di rilevazione da ri-scoprire*, *Sociologia e Ricerca Sociale*, 60, pp. 94-106.

Krueger R.A. (1994), *Focus groups. A practical Guide for Applied Research*, Sage, Thousand Oaks.

Tuzzi A. (2003), *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*, Carocci, Roma.





**RISC**

**R**ischio per l'**I**nfanzia e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

**SEZIONE 6**

**AREA SPERIMENTAZIONE**



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## RAGIONI E CARATTERI DELL'ESPERIMENTO

Si è pensato di associare le conoscenze raccolte con metodo osservazionale e analitico (basato sulle analisi della letteratura, della normativa, dei costi, dell'organizzazione dei servizi, delle opzioni professionali e di quanto altro documentato nelle sezioni precedenti) a conoscenze prodotte con il metodo sperimentale. Ciò ha comportato la costruzione di un disegno sperimentale multicentrico, reso possibile dalla collaborazione di 6 regioni e di 12 unità operative (due per ogni regione).

Il primo obiettivo è stato quello di verificare la differenza di esito osservabile nella condizione di vita di bambini e ragazzi a rischio di allontanamento, mettendo a confronto l'impatto di metodi di presa in carico diversi, misurandone l'efficacia sulla condizione di vita del bambino/ragazzo, grazie all'utilizzo di strumenti qualitativi e quantitativi. Il secondo obiettivo è stato quello di dare una risposta sperimentale al quesito posto dalla ricerca: se e come identificare una soglia di rischio, utilizzabile per prendere decisioni in condizioni di forte criticità, con sufficiente fiducia che le scelte adottate siano finalizzate alla migliore protezione e tutela del bambino.

### Complessità dei problemi

Il piano di sperimentazione ha cercato di assumere quanto più possibile il punto di vista di bambini, ragazzi, genitori in difficoltà che, proprio perché vivono quotidianamente le difficoltà esemplificate, hanno insieme bisogno di essere aiutati a superarli (Ben-Arieh A., 2001; Ward H., Rose W., 2002; Scottish Executive, 2008). Tra i molti problemi considerati dai servizi prevalgono il maltrattamento, l'abuso, la devianza, l'esclusione di molti ragazzi, i comportamenti problematici, le deprivazioni in cui sono costretti a vivere.

### L'obiettivo culturale

Vedere ridotto e superato il rischio di allontanamento, articolando l'aiuto in diverse forme e direzioni: aiuto al bambino, sostegno ai genitori, riduzione dei fattori conflittuali e patologici.

Assumere (insieme con le domande dei protagonisti) le istanze proprie della valutazione di efficacia (outcome verificato). Essa, infatti, diversamente dalla valutazione di processo, di risultato, di efficienza ecc., è chiamata a dire se i bisogni e i diritti fondamentali dei figli e dei genitori si incontrano con i servizi, trovano risposte, con quali risultati, con quali indici di efficacia.

### La valutazione di outcome

Persegue l'obiettivo di verificare e valutare la quantità di benefici che le persone (bambini, ragazzi, famiglie) ottengono dopo che hanno chiesto e fruito dell'aiuto dei servizi sociali, sanitari, educativi. Le ragioni per aiutare sono molte: sostenere le famiglie nelle loro case e nella loro vita, soprattutto quelle in grave difficoltà (figli e

genitori multiproblematici), che richiedono ai servizi un grande impegno di lavoro e di risorse (Aldgate J., 2007; Whittaker J.K., 2008); gestire al meglio la fase di uscita dalla presa in carico dei servizi; far incontrare il punto di vista degli operatori e delle famiglie; dare rilevanza a quanto bambini e genitori dicono delle proprie difficoltà; sviluppare strategie efficaci; identificare i comportamenti a rischio nell'infanzia e nell'adolescenza, farne motivo di aiuto precoce, tenendo conto delle istanze multiculturali che riguardano non solo i bambini immigrati, ma anche quelli accolti in adozione da altri paesi; migliorare la capacità genitoriale, dal momento che molti problemi sono riconducibili a difficoltà dei giovani genitori.

## **Output e outcome**

Nella valutazione di outcome prevale l'interesse per il guadagno di benessere (personale, relazionale, sociale), di integrazione sociale, di sviluppo delle potenzialità, di riduzione degli ostacoli che impediscono la piena espressione della personalità. In altre parole, la qualità di processo (professionale, organizzativo ecc.) è condizione necessaria, ma non sufficiente, per dare aiuto efficace. Questo avviene ogni volta che la situazione non evidenzia modificazioni significative nella condizione di bisogno. Nella sperimentazione è stata messa in evidenza questa differenza con diverso utilizzo di misure di risultato (output) e di esito (outcome) (Canali C., Rigon P., 2003; Thoburn J., 2007; Zeira A. e altri, 2007).

## **Una metodologia per una visione globale: del bisogno, delle responsabilità e degli esiti**

Una soluzione per operare nelle direzioni sopra indicate è la metodologia S-P (Canali C., Vecchiato T., 2008), che facilita una visione globale del bisogno. È stata sperimentata in varie regioni, nell'ambito di ricerche su livelli essenziali di assistenza (visti, ad esempio, in termini di processi professionali da garantire), con riferimento alle famiglie multiproblematiche con figli minori.

Gli strumenti di misurazione e valutazione utilizzati facilitano l'esercizio integrato delle responsabilità professionali. Inoltre, preparano e rendono possibile la valutazione di efficacia, grazie alla possibilità di meglio collegare gli interventi previsti dal progetto personalizzato con i risultati effettivamente ottenuti. La metodologia si avvale di una piattaforma informatizzata, utile per facilitare la gestione integrata e condivisa delle conoscenze riguardanti le persone prese in carico da più professionisti e servizi. Le caratteristiche del percorso metodologico e del database interattivo consentono la condivisione delle informazioni necessarie per la presa in carico personalizzata e la valutazione multidimensionale di efficacia. La struttura del metodo e del sistema S-P riproduce le fasi del lavoro per progetti personalizzati, ovvero:

- la raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia;
- l'analisi della situazione del bambino/ragazzo e della sua famiglia, approfondendo i diversi problemi e fattori di rischio;
- la definizione del problema sul quale intervenire;
- la predisposizione del progetto personalizzato e del piano operativo;
- la verifica e la valutazione di efficacia.

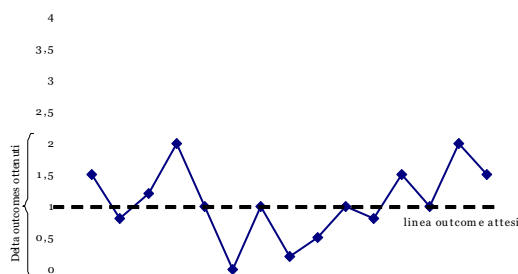
Strumenti

Il metodo S-P integra la visione bidimensionale, come fa il tracciato di base (Blythe B.J., Tripodi XT., Fasolo E., 1993; Nugent W. e altri, 2001) e la visione multifattoriale (multivettoriale) di decisioni verificabili nei rispettivi esiti, utilizzando un modello teorico e metodologico chiamato “Person”, cioè “Personalised Environment for Research on Services, Outcomes and Needs” (Vecchiato T., 2008). “Person” ricorda continuamente la sfida quotidiana di lavorare a effettivo servizio dei figli e dei genitori e insieme con loro. Per questo contiene e considera più dimensioni: la persona, il suo contesto, le risorse (dei servizi, delle persone, della comunità), i bisogni da affrontare, le decisioni, i risultati di efficacia da conseguire, la valorizzazione delle responsabilità per una ricerca “evidence based” e “outcome based”.

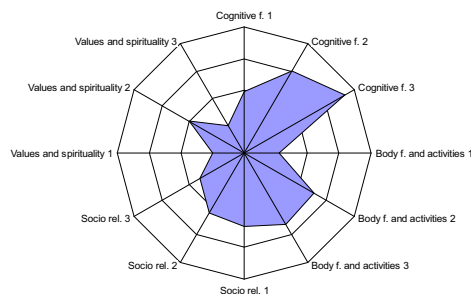
Considerare gli outcome

Ci si è avvalsi inoltre della possibilità tecnica di confrontare le misure di outcome attesi e outcome ottenuti (esempio 1), mettendo in relazione i loro diversi apporti al risultato raggiunto (esempio 2).

### Esempio 1



### Esempio 2



In senso tecnico si può così disporre di misure di efficacia basate:

- sul delta tra risultati attesi e ottenuti, in contesti territoriali diversi, con la stessa metodologia, dai gruppi sperimentali e controllo;
- sui rapporti tra variabili (valori “osservati al tempo 0”, “attesi al tempo n”, “osservati al tempo n”).

Obiettivi e risultati attesi:

- sperimentare un protocollo interprofessionale di aiuto e servizio ai bambini/ragazzi e alle famiglie (il criterio di rischio tale da motivare l'inclusione nel gruppo sperimentale);
- analizzare i risultati conseguiti dalle unità sperimentali e quelle di controllo;
- integrare il protocollo di valutazione del rischio e il protocollo di presa in carico (nell'ipotesi che i risultati dello studio lo consentano);
- formulare raccomandazioni utili alla disseminazione dei risultati.

Obiettivi e risultati attesi

La scelta operativa ha privilegiato un disegno sperimentale multicentrico “pre-test e post-test” con gruppo di controllo non equivalente che include figli e genitori in difficoltà, considerando i cambiamenti che intervengono nell'arco di 5-6 mesi. Per la valutazione il modello S-P è stato applicato a un gruppo di persone “prese in carico secondo le usuali modalità” con valutazione aggiuntiva (gruppo 1) e persone “prese in carico secondo il protocollo di ricerca” (gruppo 2):

Disegno sperimentale

1. il gruppo 1 viene preso in carico secondo le usuali modalità e viene periodicamente rivalutato utilizzando gli strumenti previsti dal protocollo;
2. il gruppo 2 viene valutato prima e dopo la presa in carico, l'aiuto viene erogato in modo personalizzato, secondo quanto indicato nel protocollo di sperimentazione; viene valutato l'esito confrontando i risultati attesi con i risultati ottenuti.

#### **Risultati attesi della sperimentazione**

1. Sperimentare un *criterio di valutazione del rischio*: il criterio, a valenza multidimensionale, viene utilizzato, nella ricerca, per l'inclusione nello studio sperimentale e, in caso di riscontro positivo, potrà essere proposto successivamente come criterio soglia a supporto di decisioni volte a prevenire l'allontanamento.
2. *Confrontare i risultati* conseguiti dalle unità sperimentali e dalle unità di controllo, valutando il diverso rendimento dei due gruppi in termini di *outcome*.
3. Formulare *raccomandazioni* utili alla disseminazione dei risultati e con *linee guida di tipo misto* (professionali e di processo organizzativo), per un utilizzo più sistematico del protocollo di presa in carico.

## SIGNIFICATO E CARATTERI DELLA SPERIMENTAZIONE SUL CAMPO

### Le questioni poste dalla ricerca

Il tema di ricerca pone un problema che, anche alla luce dell'analisi di letteratura, non ha risposte sufficienti. *Come valutare il rischio in età evolutiva?* A che condizioni il rischio conseguente a maltrattamento, abbandono, incuria, insufficiente capacità educativa dei genitori ecc. è tale da giustificare l'allontanamento di un bambino dalla sua famiglia?

I criteri meglio conosciuti sono quelli utilizzati per allontanare piuttosto che per tentare di garantire la permanenza a casa e la continuità di vita con i genitori. Pertanto, identificare criteri di rischio non significa soltanto concentrarsi sui fattori di pericolo, di sofferenza, di incapacità; significa anche poter riconoscere e valutare i contenuti di capacità e potenzialità, che giustificano l'accettazione del rischio in quanto tale, facendosi carico di situazioni compromesse, ma non al punto tale da rinunciare a ricomporle e gestire il superamento dei problemi.

La fase sperimentale ha aggiunto alla ricerca una possibilità che la sola indagine conoscitiva non poteva fornire in modo autonomo: verificare se i criteri di valutazione del rischio e della possibilità di permanenza a casa sono tali da non esporre il bambino/ragazzo a sofferenze ingiustificate, comunque tali da rendere improbabile una successiva separazione. Si è trattato di mettere in opera una duplice valutazione professionale:

- della gravità della condizione di deprivazione, di carenza di risposte a bisogni fondamentali e, nello stesso tempo,
- della possibilità di ridurre questi fattori, preparando le condizioni per superare i problemi e dare continuità di vita con i genitori, sapendo che i benefici potranno essere maggiori delle difficoltà.

La verifica che la fase sperimentale è stata chiamata a realizzare è duplice:

- di affidabilità dei criteri di valutazione del rischio proposti;
- di maggiore efficacia di una presa in carico basata su progetti personalizzati, coerenti con il metodo in seguito proposto.

In questo quadro, la valutazione preliminare del rischio è stata una prima base per la successiva verifica di efficacia. Vediamo più in dettaglio alcuni aspetti delle due condizioni appena descritte.

Cosa può dare la sperimentazione a questi interrogativi

La proposta di valutazione del rischio tiene conto delle indicazioni emerse dall'analisi di letteratura e della necessità di una valutazione congiunta della condizione del figlio e dei genitori. Considerare in modo autonomo il bambino/ragazzo significherebbe esporre il progetto di presa in carico ad una sottovalutazione delle parti in gioco, in particolare del possibile apporto dei genitori, malgrado i loro problemi e le loro incapacità. Per questo la proposta metodologica di valutazione del rischio si articola in due momenti:

- il *primo* è chiamato a mettere a fuoco la *condizione degli adulti e i fattori di contesto socioambientale e relazionale* che descrivono difficoltà e potenzialità degli adulti; i fattori sotto osservazione nella famiglia sono:
  1. compresenza di diverse problematiche sociali e sociosanitarie (povertà, tossicodipendenza, salute mentale ecc.);
  2. necessità di intervento di più servizi (sociali, sanitari, educativi ecc.);
  3. ruoli genitoriali non svolti adeguatamente,
- *successivamente*, in presenza di tali condizioni di "rischio" familiare, vengono considerati anche i seguenti fattori, più centrati sulla *condizione del bambino/ragazzo*:
  1. conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli;
  2. trascuratezza dei figli che facilmente degenera in abbandono.

Questo secondo momento comporta una ridefinizione del campo visivo professionale, per meglio focalizzarlo sulla condizione del/i figlio/i e la natura delle difficoltà che lo/li espongono ad una condizione di forte sofferenza. Nel momento in cui le due fasi di osservazione vengono gestite in modo complementare diventa possibile rappresentare i risultati costruendo un indice sintetico.

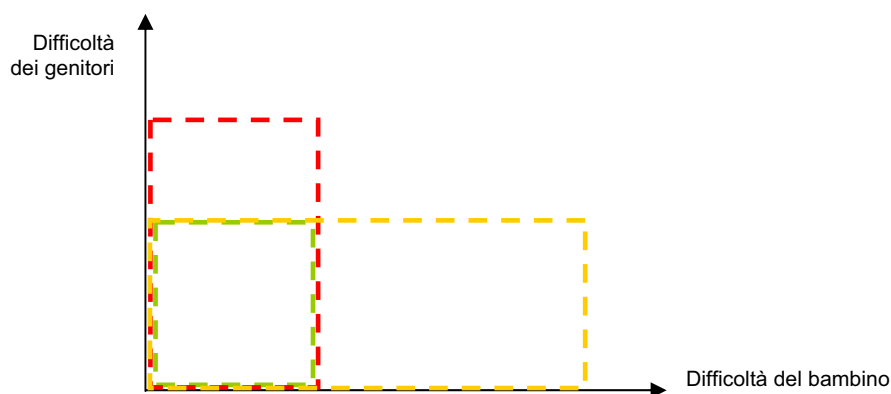
La costruzione dell'indice si basa sulla valutazione clinico professionale, sintetizzata rispondendo alla domanda: "A suo/vostro giudizio (nel caso di valutazione multiprofessionale), dove si posiziona, in una scala da 1 a 10, l'indice di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale?". Lo stesso metodo di giudizio viene utilizzato per la seconda domanda: "A suo/vostro giudizio, dove si posiziona, in una scala da 0 a 10, il grado di sofferenza (da abbandono, maltrattamento...) che sta vivendo il bambino/ragazzo?"

Si ottiene così una pre-valutazione della situazione, necessaria per capire come procedere (dopo ulteriore valutazione multiassiale del bisogno, come vedremo in seguito) a partire dall'ipotesi di operare per costruire un piano di separazione (nelle forme dell'affido, collocamento in comunità di accoglienza ecc.), o di sviluppare un piano di mantenimento in famiglia, con tutte le azioni necessarie per non esporre il/i figlio/i a ulteriori traumi.

I valori ottenuti in sede di prima valutazione possono essere rappresentati nel modo seguente.



Fig. 1 – La pre-valutazione del rischio



La figura sintetizza i due indici in un'area (profilo) di rischio, dove il maggiore determinante è intuitivamente riconoscibile nell'asse delle x (difficoltà del bambino) o delle y (difficoltà dei genitori).

Nel disegno sperimentale questa pre-valutazione ha il significato tecnico di “criterio di inclusione” per l’inserimento nello studio<sup>7</sup>. In sostanza, essa non è ancora una vera e propria valutazione del bisogno e del rischio, ma la prepara. Consente di selezionare un gruppo di ragazzi e famiglie con cui sperimentare un successivo approfondimento della gravità della situazione e una presa in carico da verificare in termini di maggiori indici di protezione, in termini di efficacia, in termini di riduzione della condizione di rischio.

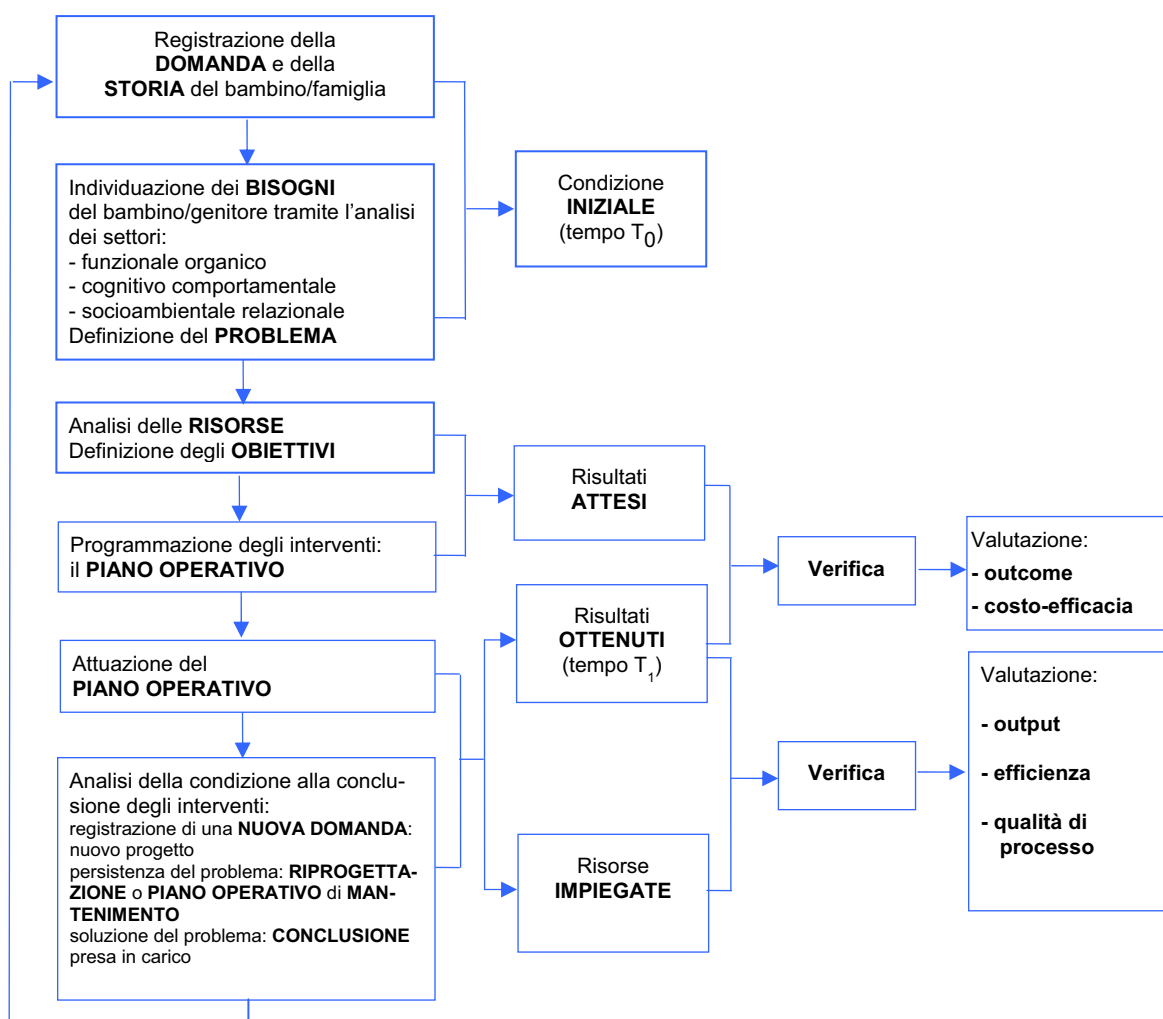
I criteri di inclusione appena descritti sono la condizione per disporre di comportamenti equivalenti da parte delle unità operative regionali coinvolte nel momento della selezione dei casi da inserire nello studio. In questo modo esse hanno individuato un numero di famiglie (figli e genitori) con cui operare per alcuni mesi, secondo quanto descritto nello schema generale di lavoro per progetti personalizzati.

Lo schema, nella colonna di sinistra, si articola nelle macro fasi di valutazione del bisogno, progetto personalizzato, valutazione di efficacia. Nelle colonne di destra sono descritti i passaggi tecnici e metodologici per ottenere le verifiche sperimentali. I requisiti professionali e gli strumenti di valutazione di ogni fase sono descritti nelle sezioni successive.

Dai criteri di inclusione alla costruzione del gruppo sperimentale

<sup>7</sup> Un altro strumento in ipotesi utilizzabile è lo “Strength and Stressors” (Berry M., Cash S.J., 2008), che tuttavia comporta un impegno professionale maggiore e non necessario in fase preliminare.

Fig. 2 - Il modello di presa in carico



La questione numerosità non è stata vista nei termini tipici degli studi di monitoraggio e/o di correlazione tra variabili di una popolazione target. Nel caso di molti studi sperimentali, l'oggetto di studio è costituito da individui che rispondono a criteri di inclusione tali da rappresentare in modo adeguato l'intera popolazione potenzialmente interessata al problema (ad esempio, i minori in difficoltà di un certo territorio) e non esclusivamente quella target (ad esempio, solo i minori ad alto rischio di allontanamento).

Numerosità e rappresentatività

Nel presente studio, il gruppo sperimentale selezionato ha le caratteristiche della popolazione indicata dai criteri di inclusione per meglio identificare le condizioni di efficacia affinché figli e genitori possano avere un beneficio dalle scelte di presa in carico descritte successivamente.

Si tratta, in sostanza, di uno studio pilota che fonda la propria significatività non tanto sulla numerosità dei casi trattati, ma sulla loro *rispondenza ai criteri di inclusione, tenendo conto (a) del livello del disegno sperimentale utilizzato e (b) della forza delle prove di efficacia raccolte.*

In letteratura, il fatto di scegliere piccoli gruppi di persone da coinvolgere in una sperimentazione risponde anzitutto ad istanze etiche. È ad esempio il criterio utilizzato nei casi di somministrazione di nuove terapie, per diminuire i rischi connessi ad effetti indesiderati e non previsti. La limitata numerosità, in questi casi, non indebolisce l'affidabilità dei risultati ottenuti, se i soggetti sono selezionati in modo coerente con i criteri di inclusione.

Risponde anche ad istanze di costo/beneficio: il coinvolgimento di molte persone non necessariamente rinforza le prove di efficacia raccolte. La letteratura consolidata sulla forza delle raccomandazioni, infatti, non basa la forza delle prove sulla numerosità dei soggetti coinvolti, ma sui caratteri dei disegni sperimentali adottati (Miller J., Petrie J., 2000; Donzelli A., Sghedoni D., 1998; Grilli R. e altri, 2000; Roberts A.R., Yeager K.R., 2006; Gambrell E., Shlonsky A., 2000; Canali C., Frigo A.C., Vecchiato T., 2008).

Tab. 1 – Livello di evidenza e grado delle raccomandazioni, metodologia SIGN-CEBM (Spread 2003)

<b>Livello di evidenza</b>	
1++	metanalisi di alta qualità e senza disomogeneità statistica; revisioni sistematiche di RCT ciascuno con limiti fiduciali ristretti, RCT con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli
1+	metanalisi ben fatte senza disomogeneità statistica o con disomogeneità clinicamente non rilevanti, revisioni sistematiche di RCT, RCT con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli
2++	revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o coorte; studi caso-controllo o coorte di alta qualità con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli
2+	studi caso-controllo o coorte di buona qualità con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli
3	studi non analitici (case reports, serie di casi)
4	opinione di esperti
Note: metanalisi con eterogeneità statistiche di rilevanza clinica, revisioni sistematiche di studi con ampi limiti fiduciali, studi con ampi limiti fiduciali e/o alfa e/o beta grande vanno classificati con un segno - (meno).	
<b>Grado delle raccomandazioni</b>	
A	Almeno una metanalisi, revisione sistematica, o RCT classificato di livello 1++ condotto direttamente sulla popolazione bersaglio; oppure revisione sistematica di RCT o un insieme di evidenze costituito principalmente da studi classificati di livello 1+, consistenti tra loro, e applicabile direttamente alla popolazione bersaglio
B	un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2++, coerenti tra loro, e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 1++ o 1+
C	un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2+, coerenti tra loro e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2++
D	evidenza di livello 3 o 4; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2+; oppure evidenza da studi classificati come - (meno), indipendentemente dal livello
GPP Good Practice Point	migliore pratica raccomandata sulla base dell'esperienza del gruppo di sviluppo delle linee guida, non corroborata da evidenze sperimentali

Il dibattito, anche attuale, non mette in discussione questo modo di intendere il problema, ma piuttosto la numerosità delle variabili che caratterizzano gli studi sperimentali e la governabilità delle conseguenti azioni sperimentali. Ad esempio, alcuni articoli sollevano questa questione, dibattuta sia su scala italiana che su scala più ampia (Vecchiato T., 2007; Zeira A. e altri, 2008; Canali C., Vecchiato T., 2009; Dagenais C. e altri, 2008, Wildridge V. e altri, 2004).

Un ulteriore criterio, a sostegno del contenimento del numero dei casi considerati, tiene conto delle *istanze di sostenibilità da parte delle unità operative*, a cui viene chiesta la corretta e completa adozione dei criteri metodologici previsti. Va infatti tenuto presente che alle unità operative non è stato chiesto di raccogliere elementi descrittivi dei problemi oggetto di studio, ma di gestire percorsi decisionali. Sono percorsi decisionali che comportano impegni di fare, verifiche preliminari e successive. La sostenibilità dipende quindi dalla quantità di casi e dalla volontà di collaborare alla sperimentazione da parte degli operatori coinvolti, chiamati ad operare in contesti reali. Dipende soprattutto dalla possibilità di ricavare, dentro le prassi usuali e i carichi di lavoro quotidiani, i tempi e le capacità necessarie per seguire le indicazioni del protocollo e attuarle in modo appropriato. Infine, la numerosità dei casi presi in carico da ogni unità operativa dipende dalla presenza di situazioni di bisogno, nel proprio bacino di utenza, coerenti con le caratteristiche previste dai criteri di inclusione.

Tenendo conto di queste caratteristiche peculiari, i risultati attesi dello studio sperimentale sono stati così precisati:

- la verifica di sensibilità e affidabilità dei criteri di inclusione;
- la gestione degli indici di gravità, utilizzati come criteri soglia per non allontanare i figli dai genitori;
- le misure di efficacia ottenute con le azioni raccomandate dal protocollo rispetto a quelle ottenute con i casi trattati con le usuali modalità di lavoro (casi controllo).

## CRITERI DI INCLUSIONE E SELEZIONE

### Definizioni e criteri di inclusione

Le definizioni utilizzate nel protocollo di ricerca sono state sviluppate dalla FZ<sub>onlus</sub> nel corso di precedenti ricerche (Canali C., Rigon P., 2003; Canali C., 2005; Gioga G. e altri, 2007; Vecchiato T., Mazzini L., 2008) e in collaborazione con le Unità operative coinvolte nei rispettivi studi.

Nella ricerca RISC sono incluse famiglie che rientrano nei seguenti criteri di inclusione.

- Famiglie con figli in età 0-17, in cui esiste:
  1. compresenza di diverse problematiche sociali e sociosanitarie (povertà, tossicodipendenza, salute mentale ecc.);
  2. necessità di intervento di più servizi (sociali, sanitari, educativi ecc.);
  3. ruoli genitoriali non svolti adeguatamente.
- Presenza, in tali famiglie, di fattori di rischio di allontanamento per i bambini/ragazzi dovuti a:
  1. conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli;
  2. trascuratezza dei figli che degenera in abbandono.

La selezione è avvenuta nei mesi ottobre-novembre 2009. Negli stessi mesi è stata avviata la fase di formazione specifica sui temi della valutazione multidimensionale e della progettazione personalizzata e la valutazione della situazione iniziale ( $T_0$ ). In questo modo è risultato possibile avere a disposizione almeno una rivalutazione a  $T_1$  e a  $T_2$  per tutti i casi selezionati. I casi dovevano essere rivalutati ogni **TRE mesi** dal momento della presa in carico o, a fronte di eventi imprevisti, anche prima della scadenza dei tre mesi, in modo da predisporre un nuovo progetto personalizzato. Il percorso della sperimentazione è stato monitorato con incontri di assistenza tecnica e/o supervisione metodologica. La sperimentazione è terminata nel mese di settembre 2010.

Tempi della  
sperimentazione

## Check-list per la pre-valutazione del rischio di allontanamento

Famiglia italiana

mista

immigrata

Famiglia monogenitoriale sì  no

Minore 1 M  F  età \_\_\_\_ possibile soggetto del protocollo Risc sì  no

Minore 2 M  F  età \_\_\_\_ possibile soggetto del protocollo Risc sì  no

Minore 3 M  F  età \_\_\_\_ possibile soggetto del protocollo Risc sì  no

Minore 4 M  F  età \_\_\_\_ possibile soggetto del protocollo Risc sì  no

### Criterio 1: Problemi della famiglia

compresenza di diverse problematiche sociali e sociosan.	sanitarie <input type="checkbox"/>	sociali <input type="checkbox"/>
necessità intervento più servizi	sanitarie <input type="checkbox"/>	sociali <input type="checkbox"/>
ruoli genitoriali non svolti adeguatamente	sì <input type="checkbox"/>	in parte <input type="checkbox"/>

### Criterio 2: Fattori di rischio per il minore

conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
trascuratezza dei figli che degenera in abbandono	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

### Griglia per la pre-valutazione del rischio

DG - Difficoltà dei genitori (min=1, max=10)

10	<b>Area RISC</b>									
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nella griglia inserire la pre-valutazione fatta dall'operatore sulla base dei criteri 1 e 2.

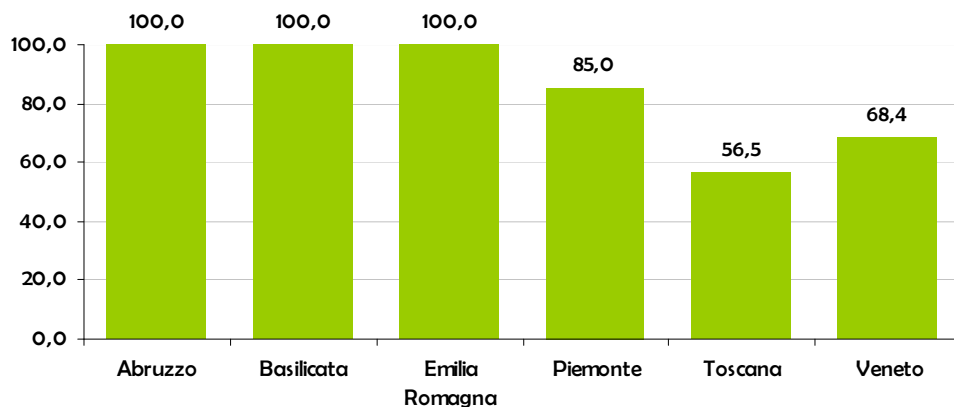
La pre-valutazione ha il significato tecnico di "criterio di inclusione": non è ancora una vera e propria valutazione del bisogno e del rischio, ma la prepara. Essa consente di selezionare un gruppo di ragazzi e famiglie con cui sperimentare il successivo approfondimento della gravità della situazione e una presa in carico da verificare in termini di maggiori indici di protezione, in termini di efficacia, in termini di riduzione della condizione di rischio.

DF - Difficoltà del bambino/ragazzo (min=1, max=10)

## Analisi delle schede di pre-valuatione

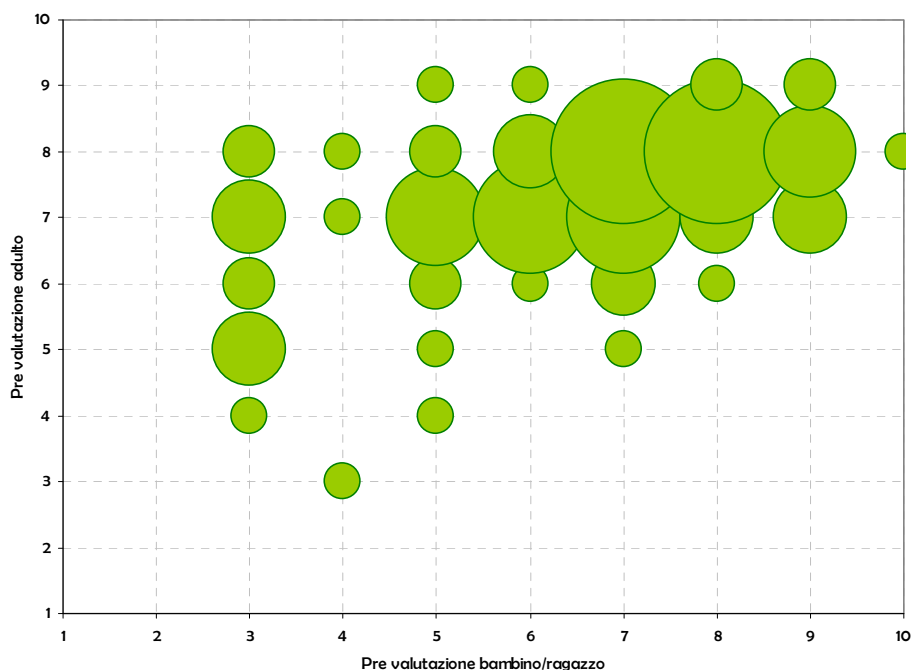
I dati sulle difficoltà del minore e dei genitori – secondo quanto indicato nella scheda di pre-valuatione- sono disponibili per 108 casi su 127 (pari all'85% dei casi).

Fig. 3 – Dati di prevaluatione sulla difficoltà genitori/figli (%)



L'analisi dei dati ha evidenziato una correlazione significativa piuttosto forte tra la valutazione dei genitori e quella dei minori. La correlazione è positiva: al crescere delle difficoltà dei genitori aumenta anche la gravità del bambino/ragazzo.

Fig. 4 – Distribuzione delle pre-valuationi rispetto a soglie Risc



I dati relativi alle difficoltà del bambino/ragazzo sono stati confrontati con i risultati derivati dall'uso degli strumenti di valutazione al tempo  $T_0$ , per studiare se esiste una relazione tra la pre-valutazione e la valutazione iniziale del minore<sup>8</sup>.

Su 107 bambini/ragazzi, per i quali sono disponibili informazioni sia sulla pre-valutazione che sulle scale dell'area **cognitivo-comportamentale**, non si osserva alcuna correlazione significativa (il valore non è significativamente diverso da zero), se non nei casi della Toscana, in cui si osserva una correlazione significativa tra pre-valutazione e valutazione dell'area cognitivo-comportamentale. La correlazione è negativa e abbastanza forte (-0,588), ovvero più è grave la situazione del minore (punteggio di pre-valutazione alto), più è bassa la valutazione dell'area cognitivo-comportamentale. Un ulteriore approfondimento ha evidenziato che la correlazione esistente in ambito cognitivo-comportamentale fa riferimento alla scala delle capacità comunicative, mentre per la scala dell'apprendimento e la scala cognitiva non si osserva alcuna correlazione significativa. La correlazione è negativa (-0,673), ovvero più è grave la situazione (punteggio di pre-valutazione alto), più è bassa la valutazione delle capacità comunicative (scala dello schema polare).

L'analisi della correlazione tra le pre-valutazioni e le valutazioni del **sistema delle responsabilità** (comprende 2 scale: LPSV e SR) non evidenzia alcuna correlazione significativa. Esiste invece una correlazione significativa tra pre-valutazione del minore e livello di protezione nello spazio di vita (LPSV). La correlazione è positiva (0,271), ovvero più è grave la situazione del minore (punteggio alto della pre-valutazione), maggiore è il livello di protezione dello spazio vita. Questo si riflette nel fatto che parte dei casi sono già in carico ai servizi e quindi hanno una "protezione" data dai professionisti che li seguono. La correlazione tuttavia non è molto forte e non risulta significativa in nessuna delle regioni, se considerate singolarmente. Nei casi dell'Emilia-Romagna si osserva una correlazione significativa tra pre-valutazione del bambino/ragazzo e sistema delle responsabilità (SR). La correlazione è negativa (-0,448), ovvero più è grave la situazione del minore (punteggio di pre-valutazione alto), più è carente il sistema delle responsabilità, ovvero sono assenti le persone che dovrebbero farsi carico responsabilmente della risoluzione dei problemi del bambino.

L'analisi rispetto agli altri strumenti dell'**area socioambientale relazionale** ha evidenziato che esiste una correlazione significativa tra pre-valutazione e valutazione dell'area socio-relazionale. La correlazione è negativa (-0,277), ovvero più è grave la situazione del bambino/ragazzo (punteggio alto della pre-valutazione), più bassa risulta la valutazione dell'area socioambientale-relazionale. La correlazione è significativa tra le pre-valutazioni ed entrambe le scale che valutano l'area socio-relazionale: Min-Aff e Min-Soc.

Esiste una correlazione significativa tra pre-valutazione del minore e la valutazione dell'area affettivo relazionale (Min-Aff). La correlazione è negativa (-0,302), ovvero più è grave la situazione del minore (punteggio alto della pre-valutazione), più bassa risulta la valutazione dell'area affettivo relazionale. La correlazione è apprez-

<sup>8</sup> Per determinare la forza e la direzione di tale relazione si è calcolato il coefficiente di correlazione bivariata di Pearson, che misura l'associazione lineare tra coppie di variabili. Esso varia tra -1 e 1: punteggi negativi indicano la presenza di una correlazione negativa, punteggi positivi indicano la presenza di una correlazione positiva. Se il valore dell'indice è pari a zero (o non statisticamente differente da zero), significa che non esiste una relazione di tipo lineare tra le due variabili.



zabile in particolare in Toscana: significativa e abbastanza elevata, di segno negativo (-0,571).

Esiste inoltre una correlazione significativa tra pre-valutazione e valutazione con la scala min-Soc. La correlazione è negativa (-0,201), ovvero più è grave la situazione del minore (punteggio alto della pre-valutazione), più bassa risulta la valutazione dell'area socio-relazionale. La correlazione non risulta significativa in nessuna delle regioni, se considerate singolarmente.

Infine, sul totale di 106 minori considerati, per cui sono disponibili le informazioni sia sulla pre-valutazione, sia sulle scale dell'**area funzionale-organica**, non si osserva alcuna correlazione significativa. E in nessuna delle regioni, se considerate singolarmente.

L'analisi ci dà due indicazioni importanti:

- la correlazione positiva tra difficoltà dei genitori e difficoltà dei bambini/ragazzi indica la necessità di guardare globalmente alla situazione della famiglia problematica e non al singolo componente;
- la capacità di pre-figurazione del rischio da parte dei professionisti, prima di avviare analisi più approfondite con strumenti di valutazione, così da poter utilizzare criteri di priorità e di attivazione di una presa in carico più o meno intensiva.

## ORGANIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

### Le componenti generali dello studio

**Componente 1 (selezione):** identificazione di un gruppo di famiglie (figli e genitori) per singola unità operativa partecipante alla sperimentazione, secondo i criteri di selezione. In ogni regione sono individuate due aree di sperimentazione: una per il gruppo sperimentale e una per il gruppo di controllo.

**Componente 2 (modello S-P):** utilizzo della metodologia per progetti personalizzati S-P (come di seguito specificato): ogni persona viene valutata e presa in carico secondo le fasi del progetto personalizzato fino ad un massimo di 9 mesi.

**Componente 3 (valutazione):** confronto tra le diverse unità operative e analisi dei risultati e degli indici di outcome (bambino/ragazzo e famiglia).

### Componente 1 - Selezione



La sperimentazione vede coinvolte unità di lavoro interprofessionali distribuite in *sei regioni*. In ogni territorio regionale vengono individuati gli operatori e i servizi che aderiscono al progetto, in modo da avere **due gruppi di lavoro per ogni regione**.

In totale la sperimentazione si è articolata in 12 unità territoriali di sperimentazione: il primo gruppo con funzione di gruppo sperimentale e il secondo con funzione di gruppo di confronto.

Tab. 2 – Ripartizione dei casi per gruppo e regione

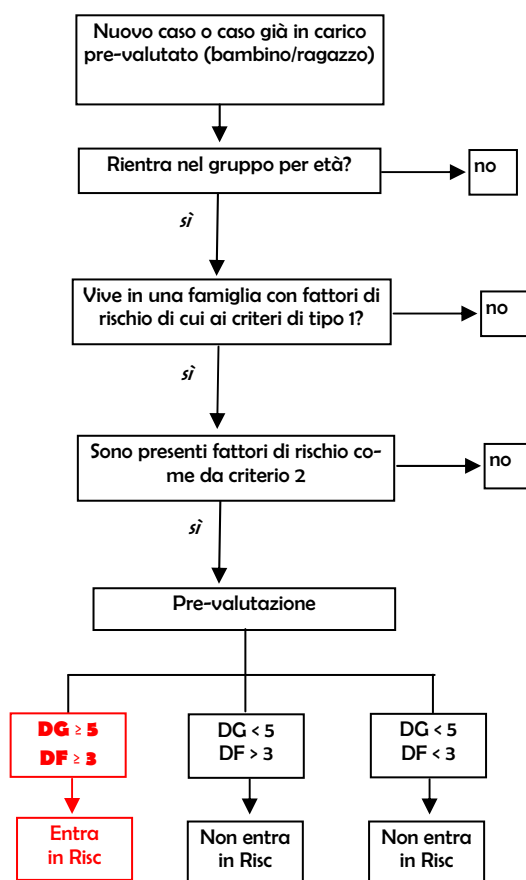
Gruppo	Abruzzo	Basilicata	Emilia R.	Piemonte	Toscana	Veneto
Sperimentale	Ambito 9 Foro Alento	Ambito Basento - Bradano	Cesena/ Langhirano	Città di Torino	Zona Valdarno Inferiore	Distretto x - Ulss 9 Treviso
<i>N famiglie</i>	10	10	10	10	10	10
Controllo	Ambito 33 Area Metropolitana Pescara	Città di Potenza	Cesena/ Langhirano	Città di Torino	Comune di Firenze	Distretto y - Ulss 9 Treviso
<i>N famiglie</i>	10	10	10	10	10	10

Ogni unità operativa doveva garantire la presa in carico di *almeno* 10 casi.

Protocollo per l'arruolamento in ogni singola area locale

<b>Scopo</b>	Individuare le famiglie da includere
<b>Soggetti</b>	Famiglie rispondenti ai criteri di inclusione che entrano in carico ai servizi, o sono già in carico ai servizi di pertinenza della UO, e che danno il loro <i>consenso</i>
<b>Regia</b>	Servizio sociale professionale
<b>Personale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Operatori sociali e/o sanitari che lavorano a contatto diretto con la famiglia</li> <li>2. Operatore referente</li> </ol>
<b>Materiale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lista dei criteri di inclusione e altre raccomandazioni contenute in questo protocollo</li> <li>2. Consenso alla sperimentazione</li> <li>3. Consenso (scheda allegata)</li> </ol>
<b>Procedura</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'operatore referente contatta la famiglia e verifica se risponde ai criteri di inclusione</li> <li>2. La famiglia acconsente ad essere inserita nella sperimentazione</li> <li>3. I dati entrano nel database dello studio</li> </ol>

Procedura per la componente 1



## Componente 2 – Modello S-P

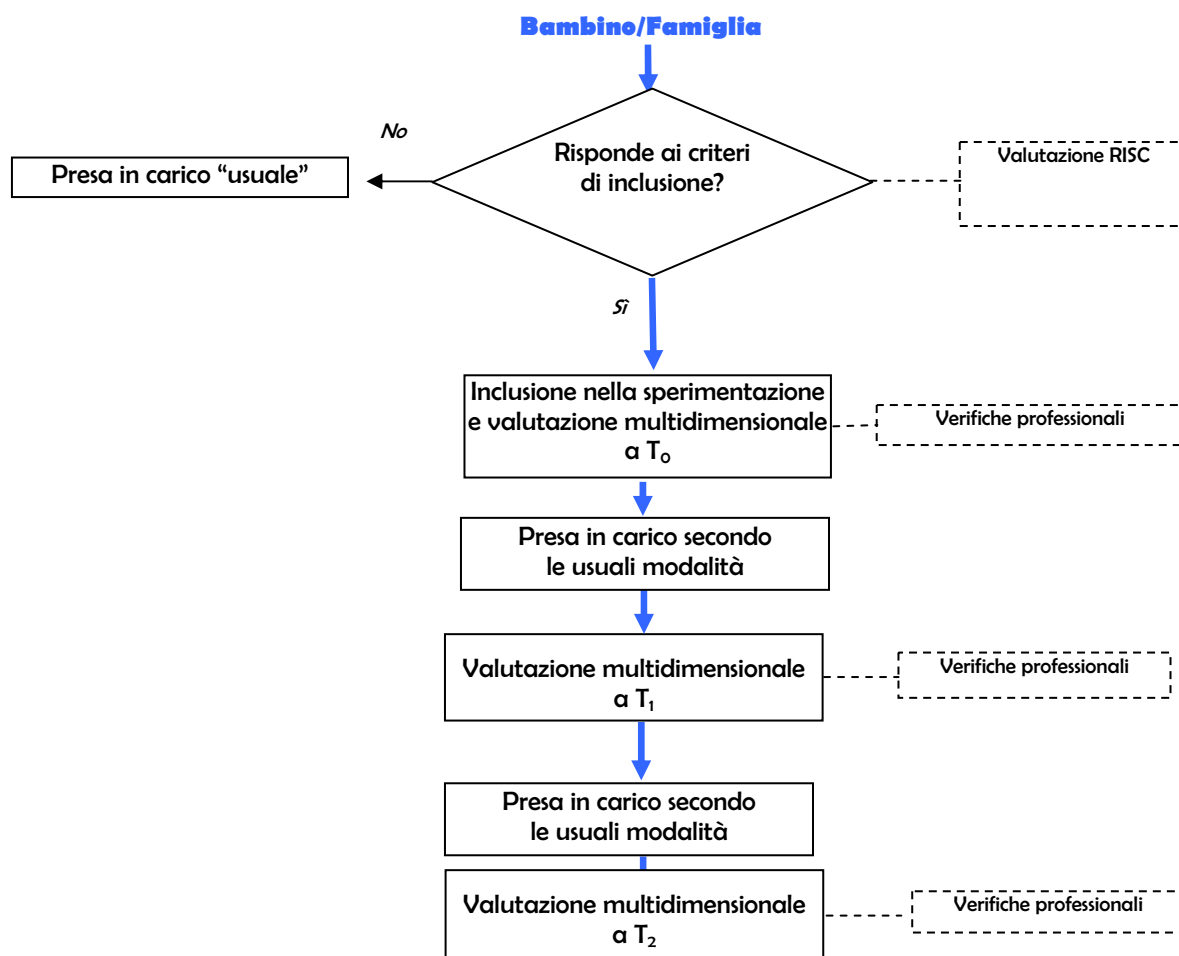
Lo studio utilizza il metodo di lavoro per progetti personalizzati e considera i cambiamenti che intervengono nelle famiglie selezionate nell'arco di 9 mesi. Ogni famiglia - che rientra nei **criteri di inclusione** - viene valutata (bisogni, interventi necessari, esiti raggiunti, con misurazione iniziale, intermedia e finale), in termini differenziati:

Descrizione della componente 2

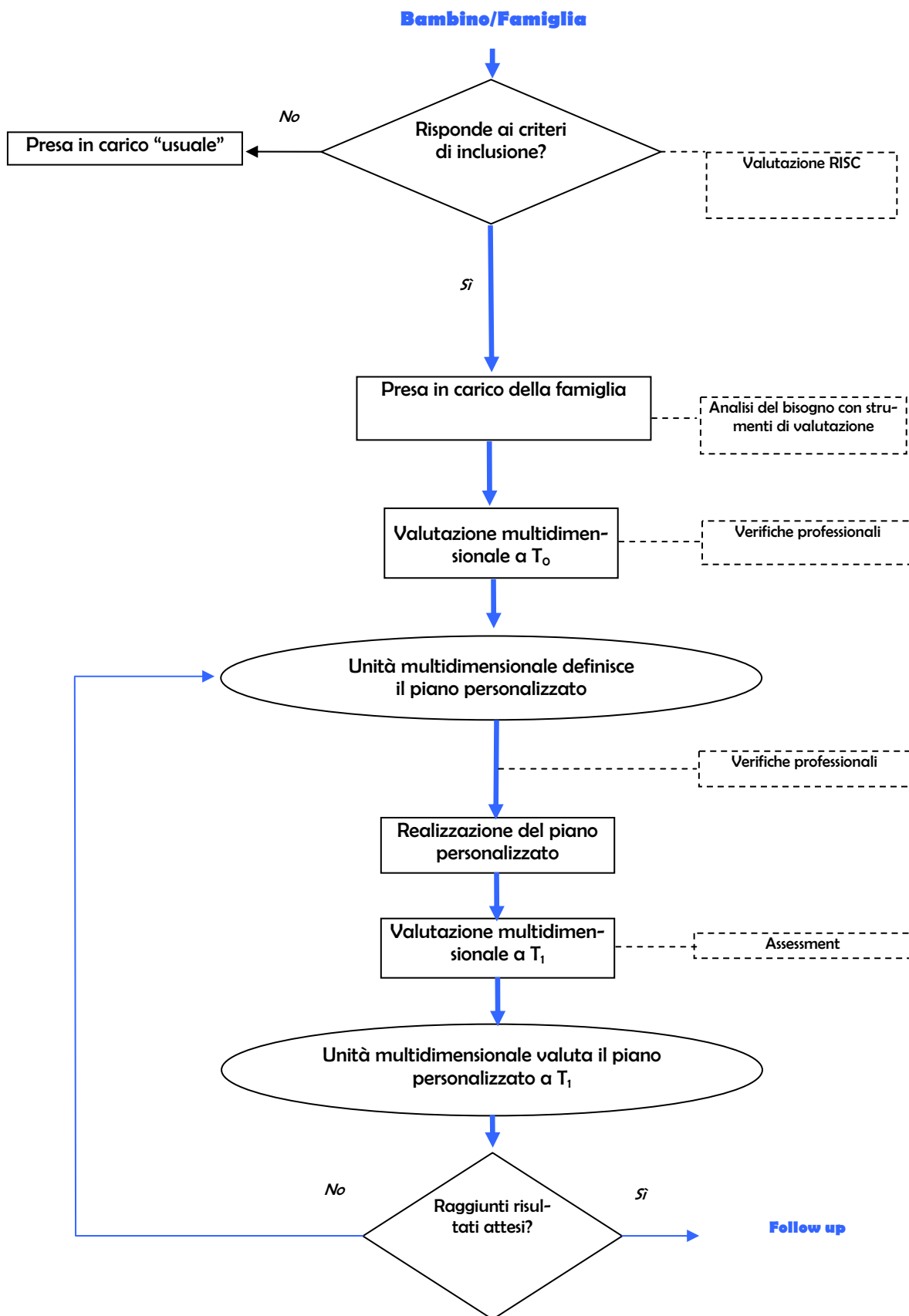
1. famiglie con componenti "presi in carico secondo le usuali modalità" e con valutazione S-P (*gruppo di controllo*);
2. famiglie con componenti "presi in carico secondo il protocollo di ricerca" (*gruppo sperimentale*): valutazione S-P e presa in carico secondo ulteriori raccomandazioni.

Il gruppo controllo non è assimilabile alla prassi del tipo "come sempre", perché non si è limitato a documentare le prassi correnti, ma ha sviluppato analisi aggiuntive, di bisogno e di esito, necessarie per confrontare i risultati dei due gruppi. Quindi non è semplicemente un gruppo Tau (*treated as usual*), ma un gruppo Tau+, ovvero con l'aggiunta di tutte le valutazioni di cui allo schema polare. Questo valore aggiunto attribuito al controllo avvicina i risultati potenziali dei due gruppi (sperimentale e controllo) e, nello stesso tempo, consente di meglio analizzare i determinanti di efficacia.

### Flusso - Gruppo di controllo



Flusso - Gruppo Sperimentale



## Componente 3 – Confronto e Valutazione

Lo studio utilizza due approcci alla valutazione degli esiti:

1. confronto tra schemi polari:  $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$ ... utilizzando strumenti afferenti ai tre settori di valutazione: funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale;
2. confronto tra condizione osservata al tempo  $T_0$ , condizione attesa al tempo  $T_1$ , condizione osservata a  $T_1$  e successivi.

Descrizione della componente 3

La metodologia S-P (Canali C., Vecchiato T., 2008) facilita una visione globale del bisogno. Come detto in precedenza, è stata sperimentata in varie regioni nell'ambito di ricerche sui livelli essenziali (processi professionali da garantire) e sugli indici di efficacia conseguiti. In senso tecnico mira a una verifica integrata di due diverse misure di efficacia, basate:

- sul  $\Delta$  (delta) tra risultati attesi e ottenuti, in contesti territoriali diversi, con la stessa metodologia, dai gruppi sperimentali e controllo: si osservano differenze tra la configurazione del bisogno che potrebbero essere spiegate da quanto è stato fatto (non sempre è possibile collegare le variazioni osservate al tempo  $T_1$  con le azioni effettuate);
- sui rapporti tra variabili (valori "osservati al tempo 0", "attesi al tempo n" o "osservati al tempo n"): considerando le differenze tra fattori osservabili che descrivono la variazione che intercorre tra i valori e misurando i mutamenti che si osservano e che possono essere attribuiti agli effetti del piano personalizzato di intervento.

L'utilizzo di questa metodologia ha messo in evidenza come la valutazione degli esiti degli interventi promuova prassi professionali più orientate all'efficacia ("outcome based"). Il confronto con altre metodologie e con ricercatori di diversi Paesi ha evidenziato che lo schema polare non è legato a una particolare cultura, perciò consente confronti sistematici sui risultati ottenuti, anche in diverse configurazioni di welfare (Zeira A. e altri, 2007; Vecchiato T. e altri, 2002; Maluccio A.N., 2002; Maluccio A.N. e altri, 2005).

Le informazioni raccolte per ogni singola persona sono riferite a diverse aree riconducibili al settore funzionale organico (area sanitaria), al settore cognitivo comportamentale (area sociosanitaria), al settore socioambientale e relazionale (area sociale).

Strumenti di per la valutazione multidimensionale del bisogno

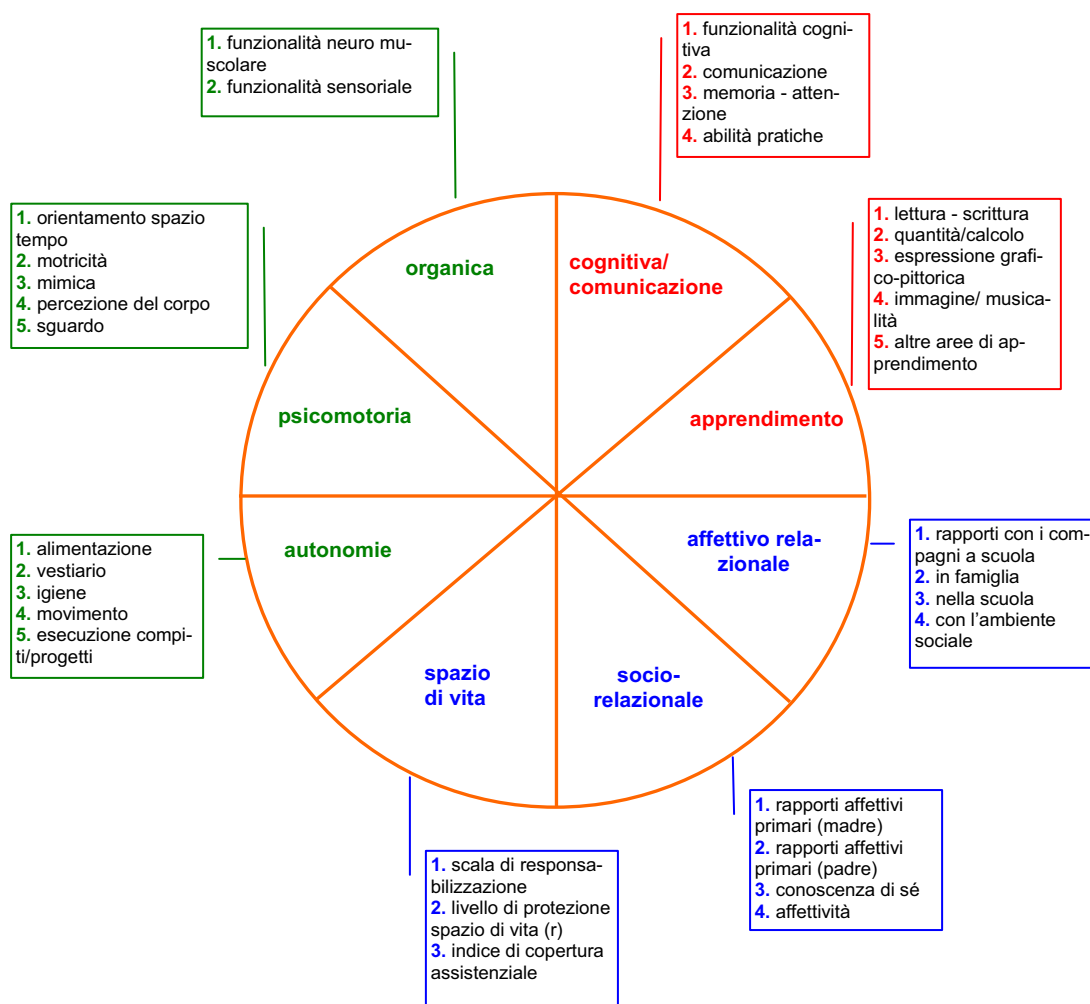
Analizzando il bisogno nei suoi fattori organici, psicofisici e relazionali, contestualizzati nello spazio di vita della persona, gli operatori costruiscono una visione tendenzialmente globale della situazione con strumenti professionali idonei a sviluppare una valutazione multidisciplinare del bisogno (art. 4, c. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001).

Gli strumenti inseriti nel protocollo sono stati selezionati sulla base di alcuni criteri:

- centrati sul bisogno della persona;
- misurabilità e confrontabilità;
- sensibili alla natura multidimensionale del bisogno;
- disponibili gratuitamente;
- facili da utilizzare e con ridotto carico temporale.

## Mappa strumenti Bambino/Ragazzo

SETTORE	STRUMENTI DI VALUTAZIONE
Cognitivo comportamentale	1. Scheda area cognitiva/comunicativa 2. Scheda area apprendimento
Funzionale organico	3. Scheda area organica 4. Scheda area neuromotoria 5. Scheda area delle autonomie
Socioambientale e relazionale	6. Scheda area socio-relazionale 7. Scheda area affettivo relazionale 8. Indice di copertura assistenziale 9. Scala di responsabilizzazione 10. Livello di protezione nello spazio di vita

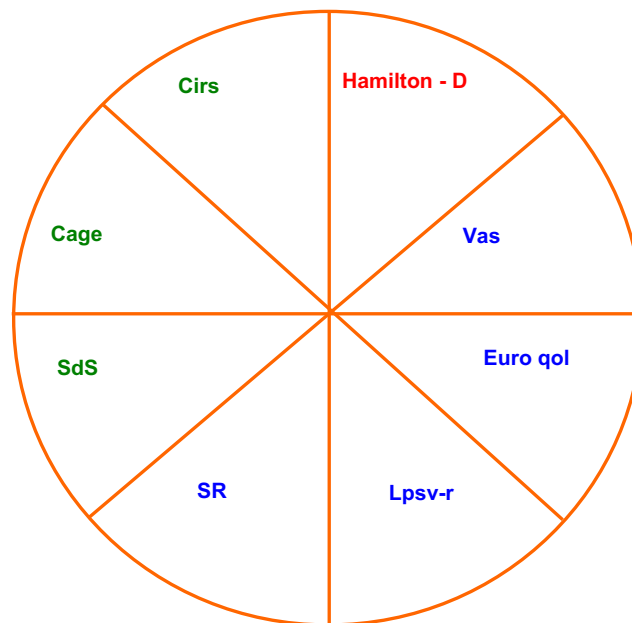


## Mappa strumenti Adulto

Settore	Strumenti di valutazione
Cognitivo comportamentale	Hamilton Rating Scale for Depression <i>Honos (nel caso di disturbi psichiatrici)**</i>
Funzionale organico	Cumulative Illness Rating Scale Cage (nel caso di alcolismo) SdS (nel caso di tossicodipendenza)
Socioambientale e relazionale	Scala di responsabilizzazione Livello di protezione nello spazio di vita EuroQoL – European Quality of Life Questionnaire / Vas

\* Nel caso di problemi non considerati da questi strumenti si farà ricorso ad ulteriori soluzioni

\*\* Utilizzo non appropriato nello schema polare





## ANALISI DEI CASI ARRUOLATI



La sperimentazione ha visto coinvolte unità di lavoro interprofessionali distribuite in *sei regioni*: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana, Veneto.

In ogni territorio regionale sono stati individuati gli operatori e i servizi che hanno aderito al progetto in modo da avere *due gruppi di lavoro per ogni regione*.

Complessivamente la sperimentazione si è articolata in 12 unità territoriali di sperimentazione, ognuna delle quali sub-articolata, a seconda della propria organizzazione, con gruppi di operatori che hanno avuto la funzione di *gruppo sperimentale* e gruppi di operatori con funzione di *gruppo di confronto*.

In avvio di ricerca si è ipotizzata la costruzione di un gruppo di casi ripartito per regione e per funzione del gruppo (sperimentale/ controllo).

In avvio di ricerca si è ipotizzata la costruzione di un gruppo di casi ripartito per regione e per funzione del gruppo (sperimentale/ controllo).

Tab. 3 – Ripartizione dei casi e delle funzioni all'avvio della ricerca

Gruppo	Abruzzo	Basilicata	Emilia R.	Piemonte	Toscana	Veneto
Sperimentale	Ambito 9 Foro Alento	Amb. Basento - Bradano	Asp Sud-Est Langhirano	Città di Torino Circ. 1-4-5-6-9	Zona Valdar- no Inf.	Distretto 3-4 Ulss 9 Treviso
<i>N minori</i>	10	10	10	10	10	10
Controllo	Ambito 33 Area M. Pescara	Città di Potenza	Comune di Cesena	Città di Torino Circ. 2-3-7-8-10	Comune di Firenze	Distretto 1-2 Ulss 9 Treviso
<i>N minori</i>	10	10	10	10	10	10
Totale minori	20	20	20	20	20	20

L'impostazione originaria della ricerca si è poi confrontata con l'organizzazione vera dei territori. Sono state fatte alcune modifiche all'assetto ipotizzato. Ad esempio, in Abruzzo non è stato possibile organizzare un gruppo con funzione di controllo e un gruppo con funzione sperimentale, in quanto precedenti sperimentazioni attuate in regione Abruzzo sulla progettazione personalizzata hanno creato una base conoscitiva orientata su alcuni contenuti del protocollo sperimentale e quindi ad entrambi i gruppi è stato chiesto di svolgere la funzione di gruppo sperimentale.

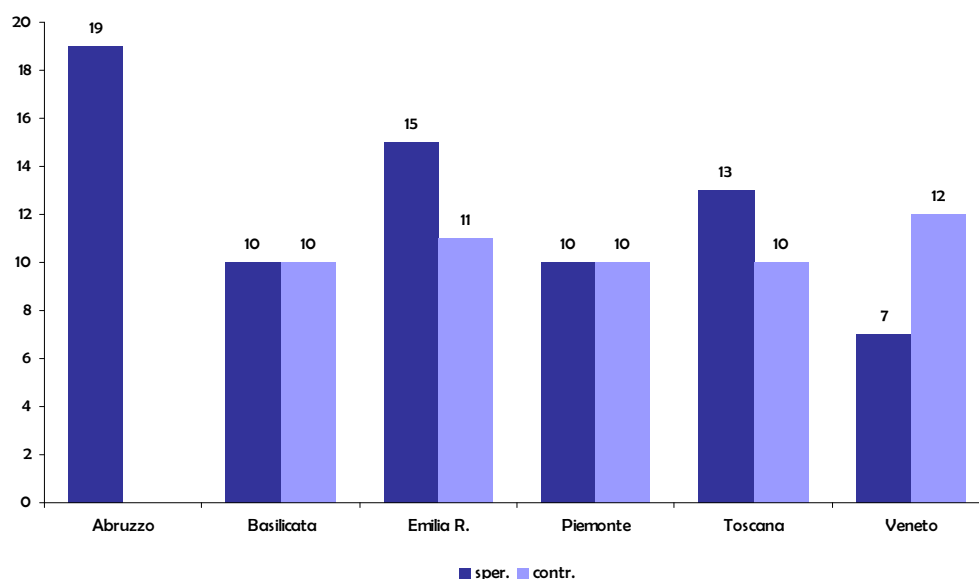
La successiva tabella evidenzia la distribuzione dei casi a seguito degli aggiustamenti adottati in corso d'opera per il raggiungimento degli obiettivi di ricerca, tenendo conto della reale organizzazione nei territori.

Tab. 4 – Ripartizione dei casi e delle funzioni alla conclusione della ricerca (valutazioni a T<sub>0</sub>)

Gruppo	Abruzzo	Basilicata	Emilia R.	Piemonte	Toscana	Veneto
Sperimentale	Ambito 9 Foro A. Ambito 33 AM PE	Ambito Basento - Bradano	Asp Sud-Est Langhirano	Città di Torino Circ. 1-4-5-6-9	Zona Valdarno Inferiore	Distretto 3-4 Ulss 9 Treviso
<i>N minori</i>	19	10	15	10	13	7
Controllo	-	Città di Potenza	Comune di Cesena	Città di Torino Circ. 2-3-7-8-10	Comune di Firenze	Distretto 1-2 Ulss 9 Treviso
<i>N minori</i>		10	11	10	10	12
Totale minori	19	20	26	20	23	19
	15,0	15,7	20,5	15,7	18,1	15,0

Complessivamente il lavoro di ricerca si è basato su un gruppo di **127** bambini/ragazzi suddivisi in due gruppi: **74** nel gruppo sperimentale (58,3%) e **53** nel gruppo di controllo (41,7%). Come si può notare, in avvio di ricerca, il numero di casi arruolati ha superato il numero atteso di casi previsti (pari a 120 casi), a testimonianza del livello di adesione degli operatori coinvolti nella sperimentazione.

Fig. 5 – Distribuzione dei casi a T<sub>0</sub> per unità territoriali di sperimentazione e per funzione (sper./contr.)



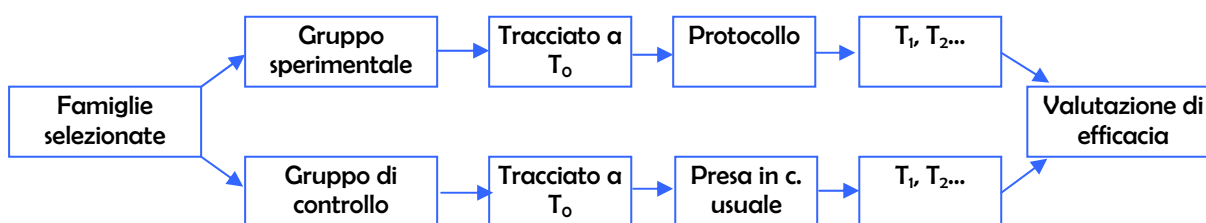
Il protocollo di sperimentazione richiedeva la rivalutazione dei casi a distanza di 3 mesi per due volte, in modo tale da osservare i cambiamenti nel tempo e i risultati ottenuti. La successiva tabella indica la distribuzione dei casi e le rivalutazioni.

Tab. 5 – Distribuzione dei casi a T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub> per unità territoriali di sperimentazione e per funzione

Funzione	Regione	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>
Gruppo di controllo	Basilicata	10	10	10
	Emilia-Romagna	11	11	10
	Piemonte	10	9	8
	Toscana	10	7	4
	Veneto	12	12	10
	<i>Totale controllo</i>		<i>53</i>	<i>49</i>
Gruppo sperimentale	Abruzzo	19	16	16
	Basilicata	10	10	9
	Emilia-Romagna	15	15	5
	Piemonte	10	8	3
	Toscana	13	13	12
	Veneto	7	5	0
<i>Totale sperimentale</i>		<i>74</i>	<i>67</i>	<i>45</i>
<b>Totale</b>		<b>127</b>	<b>116</b>	<b>87</b>

Per 15 casi (5 del gruppo di controllo e 10 del gruppo sperimentale) è stato valutato anche il tempo T<sub>3</sub>. Non essendo richiesto dal protocollo, tali valutazioni non sono inserite nei risultati finali, ma sono state utilizzate per approfondimenti sui singoli casi, per verifiche aggiuntive di appropriatezza e di esito. Rispetto al gruppo di casi arruolati all'avvio della ricerca, risultano valutati nel periodo T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub> 116 casi (pari al 91,3%) e nel periodo T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub> 87 casi, pari al 68,5% del numero di casi arruolati a T<sub>0</sub>.

Fig. 6 – Funzioni dei gruppi



### Qualità dei dati

Gli operatori coinvolti nel progetto RISC hanno utilizzato la metodologia e il software S-P (versione 3.3) fornito dalla Fondazione Emanuela Zancan Onlus. Ogni operatore poteva accedere al database tramite codice di identificazione e password, con possibilità di condividere con i colleghi le informazioni riguardanti i casi di propria pertinenza.

Le caratteristiche del software e del database sono state descritte nella Guida all'Uso, distribuita agli operatori insieme al protocollo della ricerca e alle schede con gli strumenti. Il database è stato gestito con server dedicato. I dati elaborati dalla Fondazione Zancan per fini statistici sono stati "spersonalizzati" (dopo aver criptato tutti i campi contenenti valori sensibili).

[Il software per l'inserimento dati](#)

I dati di processo metodologico sono stati sottoposti ad analisi di qualità e appropriatezza del dato. Tale analisi ha comportato l'esclusione di alcuni casi, in particolare:

- 2 casi di prova del gruppo sperimentale Emilia-Romagna;
- 2 casi poi sostituiti del gruppo sperimentale Piemonte;
- 1 caso del gruppo sperimentale Veneto, che presenta dati non inseriti;
- 1 caso del gruppo sperimentale Basilicata, che non presenta valutazione a T<sub>0</sub>;
- 2 casi del gruppo sperimentale Veneto, che non presentano valutazione a T<sub>0</sub>.

Complessivamente i casi esclusi sono 8.

Un caso del gruppo sperimentale Abruzzo è stato considerato come caso a sé stante, non appartenente al gruppo sperimentale, in quanto costituisce un caso di studio di allontanamento concordato con la referente del caso.

Inoltre, per questa analisi non sono state considerate le verifiche a T<sub>2</sub> sui piani operativi a T<sub>0</sub>, in quanto il protocollo prevedeva l'analisi a distanza di tre mesi. Sono state apportate alcune correzioni alle date dei piani operativi e, nel caso di piani operativi ravvicinati, è stato considerato quello a cui corrisponde la verifica dei risultati e la valutazione.

Aggiustamenti ai dati

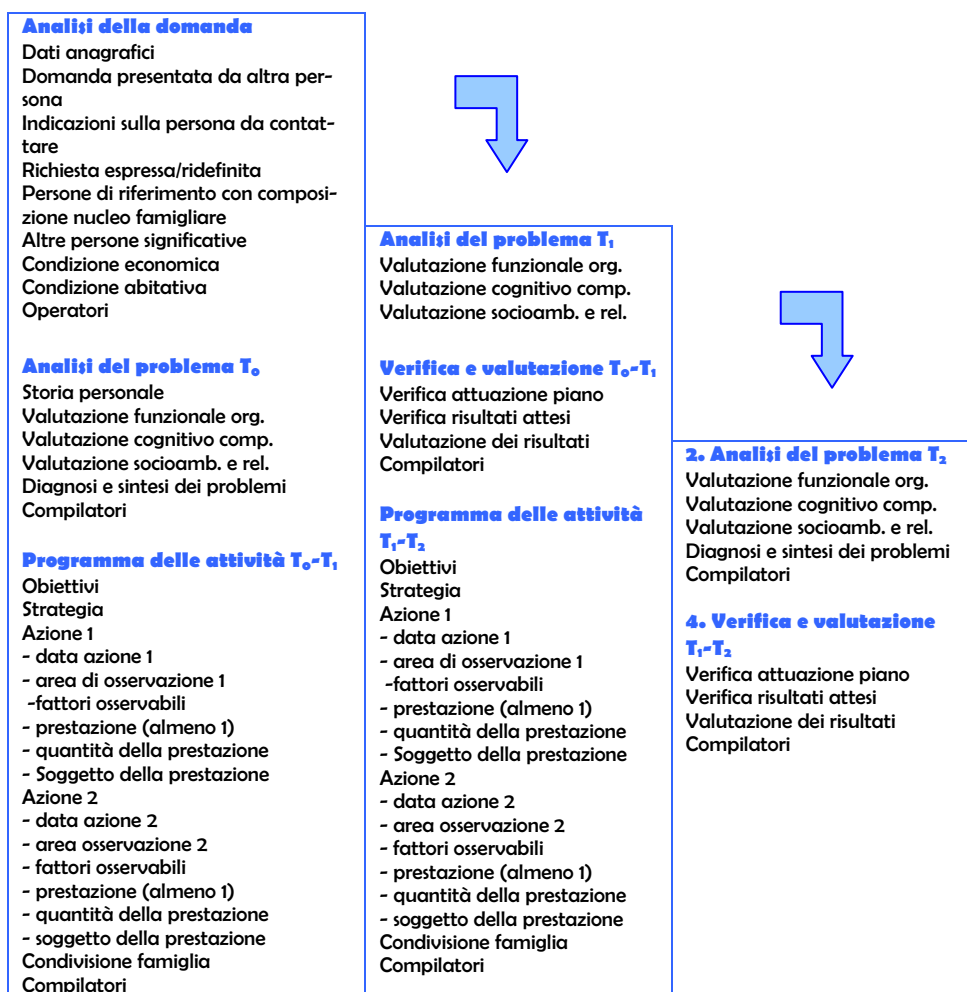
## Utilizzo del protocollo e adesione al modello proposto

“In che modo gli operatori coinvolti nella sperimentazione hanno tenuto conto del protocollo RISC?”. Per dare risposta a questa domanda abbiamo effettuato un'analisi di qualità di processo considerando il grado di adesione della documentazione professionale alle indicazioni del protocollo (con particolare riferimento alla progettazione personalizzata). L'analisi si basa sui casi documentati attraverso l'utilizzo del software S-P.

In particolare, sono state considerate le variabili *presenza/assenza* sotto elencate, attribuendo punteggio 1 per la documentazione completa e 0 se la documentazione non è stata completata. Ad esempio, la variabile “dati anagrafici” vale 1 se almeno la data di nascita è completa, vale 0 se tale informazione non è documentata. Ancora, per la domanda, sono state considerate tre variabili: 1) se è indicato da chi è stata presentata la domanda, 2) il riferimento alla persona da contattare, 3) la compilazione della richiesta espressa o ridefinita. Per quanto riguarda il piano personalizzato, è stato considerato appropriato un piano che avesse almeno due azioni e due fattori osservabili. La costruzione di tale elenco di variabili ha portato alla costruzione di un modello ideale di documentazione e ogni caso è stato misurato con riferimento ad esso. L'attribuzione del valore 0 anche ai casi con parziale qualità del dato è stata utilizzata come criterio di maggiore prudenza e selettività del livello di appropriatezza.

Metodo

## Variabili considerate



Tab. 6 - Risultato della analisi di adesione al protocollo nelle diverse fasi (%)

	Abruzzo		Basilicata		Emilia-Romagna		Piemonte		Toscana		Veneto	
	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C
Domanda	95,6	87,8	96,0	90,0	96,3	86,9	83,3	80,0	86,3	91,1	68,9	84,3
Analisi a T <sub>0</sub>	87,7	100,0	88,8	80,0	96,4	74,8	82,1	91,5	95,3	86,9	67,7	96,2
Piano T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	77,1	89,5	57,6	--	87,0	--	57,1	--	89,7	--	41,1	--
Verifica a T <sub>1</sub>	71,1	93,3	90,9	86,7	100,0	100,0	66,7	90,0	100,0	75,6	32,2	96,3
Valutazione a T <sub>1</sub>	76,0	100,0	81,8	--	92,0	--	41,7	--	73,8	--	18,0	--
Piano T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>	55,7	78,6	35,9	--	40,0	--	48,4	--	87,9	--	0,0	--
Verifica a T <sub>2</sub>	73,3	100,0	72,7	93,0	33,3	78,2	33,3	70,0	92,3	47,0	0,0	82,5
Valutazione a T <sub>2</sub>	30,0	100,0	27,3	--	33,3	--	31,7	--	81,5	--	0,0	--

Nota: -- fase non prevista dal piano operativo per i controlli

Su questa base è stato possibile costruire un indicatore sintetico di adesione al protocollo. Ogni indicatore sintetico è riferito alla specifica realtà territoriale e non è confrontabile con altre aree. Infatti risente di molte variabili (gravità dei casi, trasferimenti di persone e chiusura anticipata della presa in carico ecc.) e non è utilizzabile per confronti tra aree geografiche. In aggiunta, il livello di adesione al protocollo era più impegnativo da conseguire per i casi sperimentali, visto che le ri-

chieste di informazione erano maggiori rispetto al gruppo di controllo. Pertanto, il valore 80% ottenuto da un controllo non è confrontabile con il 70% ottenuto da uno sperimentale, visto che il tasso di difficoltà è stato significativamente maggiore per il secondo.

Tab. 7 - Risultato analisi di adesione, indice complessivo (valori percentuali)

	<b>Sperimentali</b>	<b>Controlli</b>
Unità 1A	72,0	--
Unità 1B	90,9	--
Unità 2	65,2	86,8
Unità 3	71,9	83,8
Unità 4	57,6	83,4
Unità 5	89,7	75,6
Unità 6	29,8	90,2

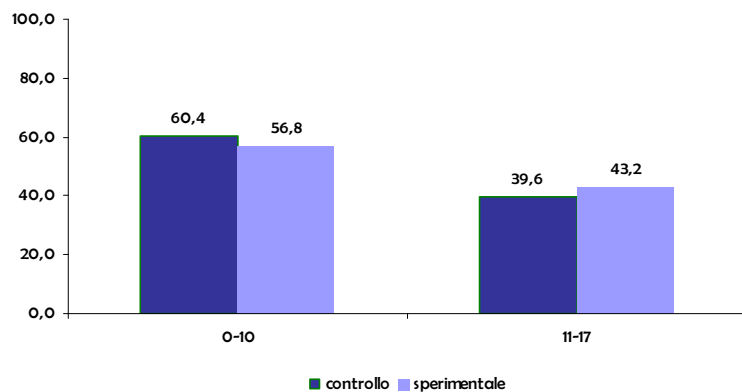
## DATI DEMOGRAFICI ALLA PRIMA VALUTAZIONE (T<sub>0</sub>)

Complessivamente l'arruolamento e l'inserimento dei casi è avvenuto tra il mese di ottobre 2009 e il mese di luglio 2010. I tempi di inserimento sono diversi a causa dell'organizzazione della formazione nelle diverse unità di lavoro. Alla prima valutazione risultano inseriti 127 bambini/ragazzi: 49 femmine (39%) e 78 maschi (61%). L'età varia tra 0 e 17 anni (con un valore medio 9 anni). Il gruppo di controllo ha una media di 8,9 anni (mediana = 8), mentre il gruppo sperimentale presenta una media di 9,5 anni (mediana = 10).

Tab. 8 – Distribuzione per età

Gruppo	Regione	N	Minimo	Massimo	Mediana	Media
Controllo	Basilicata	10	0	16	7,5	8,7
	Emilia-Romagna	11	1	15	8,0	7,8
	Piemonte	10	1	17	9,0	10,0
	Toscana	10	0	15	9,0	8,1
	Veneto	12	2	15	9,0	8,8
	<i>Totale</i>		<i>53</i>	<i>0</i>	<i>17</i>	<i>8,0</i>
Speri-mentale	Abruzzo	19	4	12	8,0	7,6
	Basilicata	10	3	15	10,0	9,1
	Emilia-Romagna	15	2	17	12,0	10,5
	Piemonte	10	7	16	12,0	11,7
	Toscana	13	0	16	10,0	8,8
	Veneto	7	7	13	12,0	10,9
<i>Totale</i>		<i>74</i>	<i>0</i>	<i>17</i>	<i>10,0</i>	<i>9,5</i>
Totale	Abruzzo	19	4	12	8,0	7,6
	Basilicata	20	0	16	9,5	8,9
	Emilia Romagna	26	1	17	10,5	9,3
	Piemonte	20	1	17	11,5	10,8
	Toscana	23	0	16	10,0	8,5
	Veneto	19	2	15	11,0	9,6
<i>Totale</i>		<i>127</i>	<i>0</i>	<i>17</i>	<i>10,0</i>	<i>9,1</i>

Fig. 7 – Distribuzione percentuale per classe di età



Tab. 9 - Distribuzione per classe di età, gruppo territoriale e regione

Regione	Gruppo Controllo			Gruppo Sperimentale			Totale		
	Classi d'età			Classi d'età			Classi d'età		
	0-10	11-17	Totale	0-10	11-17	Totale	0-10	11-17	Totale
Abruzzo				18	1	19	18	1	19
Basilicata	6	4	10	6	4	10	12	8	20
Emilia-Romagna	7	4	11	6	9	15	13	13	26
Piemonte	6	4	10	3	7	10	9	11	20
Toscana	6	4	10	7	6	13	13	10	23
Veneto	7	5	12	2	5	7	9	10	19

La maggior parte dei bambini/ragazzi ha cittadinanza italiana: il 12% è straniero (sono state rilevate: cittadinanza marocchina, nigeriana, albanese, brasiliana, romena, ucraina).

Il 61% (N=77) dei bambini/ragazzi considerati (con almeno una valutazione a T<sub>0</sub> e con informazioni sul nucleo familiare) vive con entrambi i genitori, il 39% (N=49) con uno dei due genitori. Il 57% dei bambini/ragazzi vive con fratelli o sorelle. Il 56% vive con altri familiari (oltre ai genitori), tra cui nonni, zii, conviventi e altri familiari. Quasi la metà dei bambini/ragazzi vive con almeno un nonno (46,8%). Il 7% dei bambini/ragazzi (N=9) vive con un solo genitore e nessun altro, 6 bambini vivono con un solo genitore e uno o più fratelli (5%), 34 bambini vivono con un solo genitore e altri familiari (nonni, zii, conviventi).

Composizione del nucleo familiare

Tab. 10 – Numero di persone nel nucleo familiare (N=126)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
1	11	8,7	8,7	8,7
2	40	31,7	31,7	40,5
3	38	30,2	30,2	70,6
4	21	16,7	16,7	87,3
5	16	12,7	12,7	100,0
Totale	126	100,0	100,0	

Fig. 8 – Vive con un genitore o entrambi, distribuzione percentuale per regione

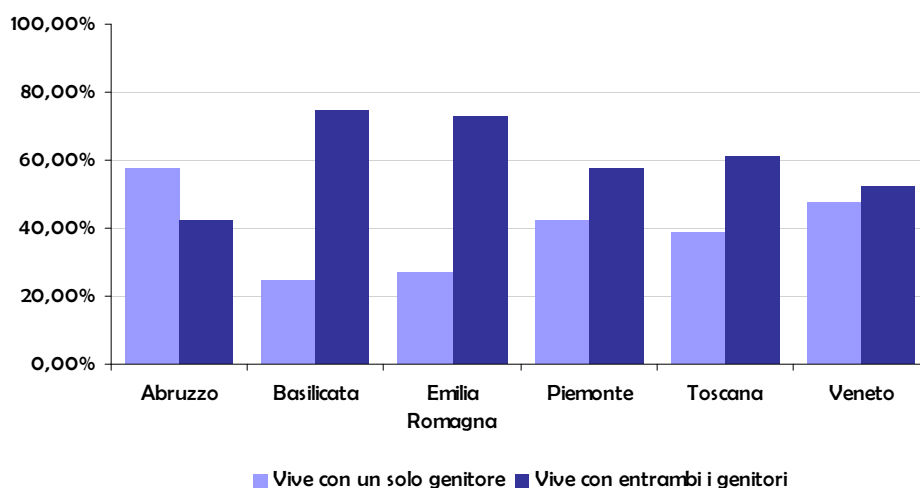




Fig. 9 – Vive con fratelli/sorelle, distribuzione percentuale per regione

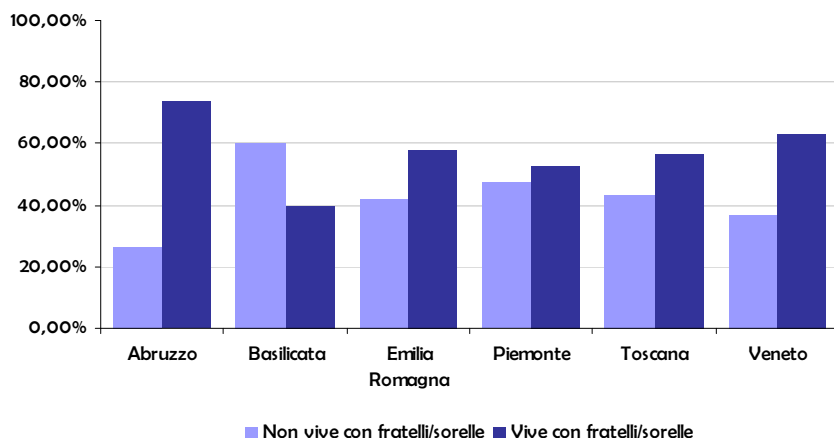


Fig. 10 – Vive con altri familiari, distribuzione percentuale per regione

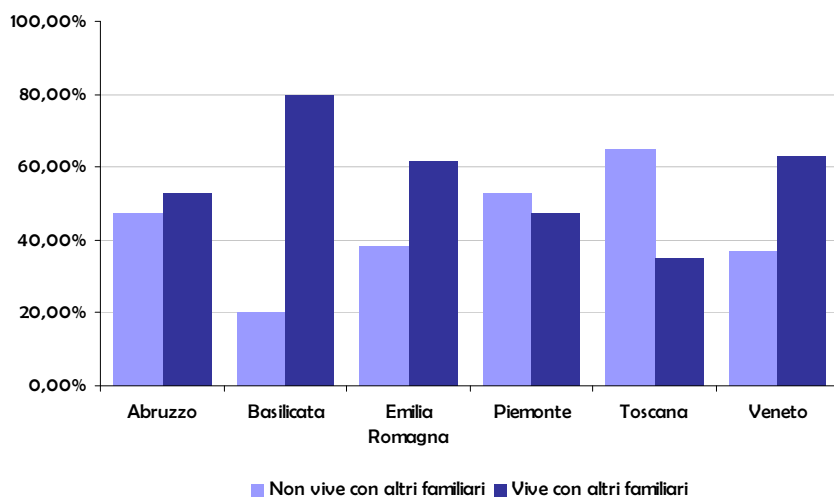
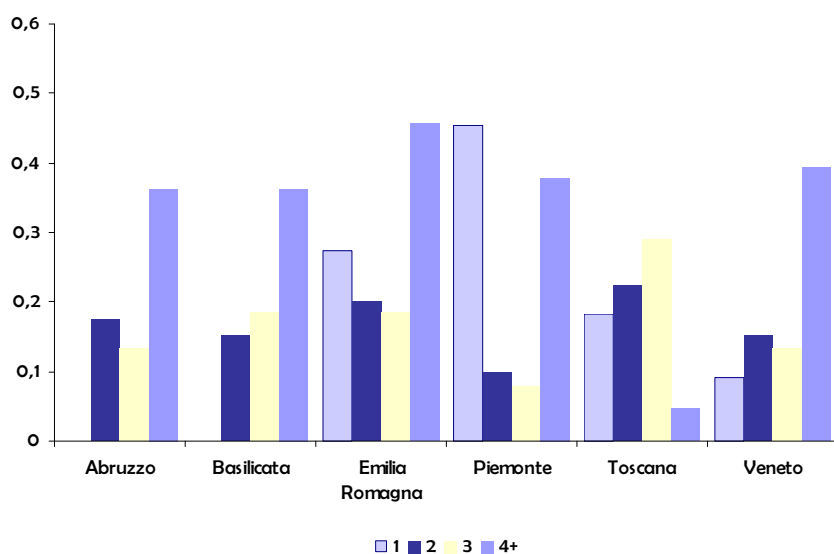


Fig. 11 – Numero dei componenti, distribuzione percentuale per regione



Il protocollo chiedeva di esplicitare la presenza di persone significative non appartenenti al nucleo familiare. Tra questi il padre o la madre, uno o più componenti della famiglia di origine (fratello, sorella, nonni, zii, altri parenti), uno o più componenti della famiglia acquisita (fratellastro, sorellastra, nuovo compagno del genitore), amici e volontari (comprende affido diurno spontaneo), uno o più rappresentanti dell'area istruzione (insegnanti, direttori di scuola o asilo), uno o più professionisti dell'area sociale e sanitaria (assistente sociale, operatore SAD, educatore, psicoterapeuta, psicologo, neuropsichiatra).

Ad esempio, 13 bambini/ragazzi indicano come persone di riferimento, al di fuori del nucleo familiare, il padre o la madre, e 52 indicano uno o più componenti della famiglia di origine.

Tab. 11 – Persone significative, valori assoluti e percentuali (N=126)

Persone significative	Frequenza	Perc. sul totale (N=126)
Padre/madre	13	10,3
Famiglia di origine	52	41,3
Famiglia acquisita	8	6,3
Amici, volontari	8	6,3
Scuola, asilo	8	6,3
Area sociale e sanitaria (professionisti)	26	20,6

L'8% del totale (N=10) indica il padre tra le persone significative al di fuori del nucleo familiare, 3 indicano la madre. Il 38% (N=48) indica almeno uno dei nonni come persona significativa, il 15% (N=19) zio o zia, 3 un fratello o una sorella. Nella famiglia acquisita, il fratellastro o la sorellastra diventano persone di riferimento nel 5% dei casi. Tra i professionisti dell'area sociale e sanitaria l'educatore è la figura di riferimento più presente (14% dei casi), seguono lo psicologo, l'assistente sociale e il neuropsichiatra. Vi sono poi gli amici o volontari, gli insegnanti o direttori nell'area istruzione.

Tab. 12 – Persone significative - descrizione, valori assoluti e percentuali (N=126)

Altre persone significative		Frequenza	% sul totale (N=126)
Padre/madre	Padre	10	7,9
	Madre	3	2,4
Famiglia di origine	Fratello/sorella	3	2,4
	Nonno/a	48	38,1
	Zio/a	19	15,1
	Altri parenti	3	2,4
Famiglia acquisita	Compagno del genitore	2	1,6
	Fratello/sorella acquisito	6	4,8
Amici, volontari	Amico/a	6	4,8
	Volontario	1	0,8
	Responsabile Centro Caritas	1	0,8
	Affido diurno spontaneo	1	0,8
Scuola, asilo	Insegnante	6	4,8
	Coordinatore Asilo	1	0,8
	Direttore scuola	1	0,8
Area sociale e sanitaria (professionisti)	Assistente sociale	4	3,2
	Operatore SAD	1	0,8
	Educatore	18	14,3

Altre persone significative	Frequenza	% sul totale (N=126)
Psicoterapeuta	1	0,8
Psicologo	7	5,6
Neuropsichiatra	4	3,2

Considerando la composizione familiare, si nota che, per chi vive con un solo genitore e nessun altro (n=9), l'altro genitore è una figura di riferimento nel 22% dei casi, la famiglia di origine (fratello) risulta significativa soltanto in un caso. I professionisti dell'area sociale e sanitaria sono figure di riferimento per i due terzi dei bambini che vivono in casa con un solo genitore.

Tab. 13 - Chi vive con un solo genitore e nessun altro

Altre persone significative	Frequenza	Percentuale (N=9)
Padre/madre	2	22,2
Famiglia di origine	1	11,1
Famiglia acquisita	0	0,0
Amici, volontari	0	0,0
Scuola, asilo	1	11,1
Area sociale e sanitaria (professionisti)	3	33,3

## Lo spazio di vita dei bambini/ragazzi considerati nello studio

Le situazioni problematiche considerate nello studio dovevano essere valutate con strumenti in grado di osservarle da diverse angolature, garantendo una visione globale che considerasse unitariamente le dimensioni organica, funzionale, cognitiva, comportamentale, socioambientale, relazionale.

La mappa dei soggetti e delle risorse utilizzata nello studio è stata costruita 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 globalità (Pompei A., 2004; Pompei A., 2005; Zeira A. e altri, 2007).

La necessità di una visione globale non rappresenta una novità in ambito sociale: nel 1951 Lewin definiva lo spazio di vita come il primo prerequisito per comprendere le azioni di un individuo, illustrandolo attraverso un'analogia con il campo di forze: entrambi modificano il comportamento degli oggetti che si trovano al loro interno. 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 (Bronfenbrenner U., 1979; McNamara P., 2006); 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

La mappa dei  
soggetti e delle  
risorse

Esperienze in altri  
Paesi

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 famiglia (Kemp S. e altri, 1997). 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.).

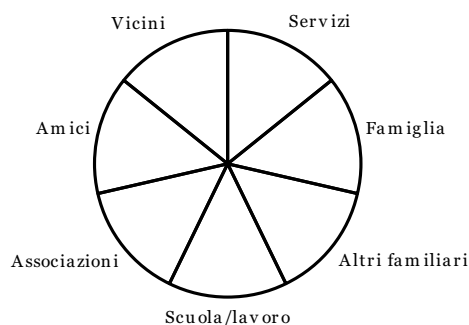
Recentemente la SNM è stata inserita tra gli strumenti di valutazione del Programma *Take Two* nello Stato di Victoria, in Australia (Frederico M., Jackson A., Black C., 2005, 2006, 2008), con l'obiettivo di descrivere i soggetti che ruotano intorno al bambino. La mappa viene completata all'inizio della presa in carico e successivamente a seguito degli interventi; in questo modo viene utilizzata come valutazione del cambiamento, cioè come misura di esito. I risultati emersi dalla valutazione del programma *Take Two* (Frederico M., Jackson A., Black C., 2006), relativi all'analisi di 31 mappe, hanno messo in evidenza:

- l'importanza della famiglia, anche quando i bambini non vivono con essa. Solo l'8% dei bambini che avevano compilato la mappa vivevano con uno o entrambi i genitori, tuttavia il 68% includeva la loro madre nella mappa; lo stesso si può dire per i fratelli: dei 28 bambini che avevano elencato nella mappa uno o più fratelli, 12 (43%) non vivevano insieme a loro e altri 9 (32%) vivevano solo con alcuni dei fratelli;
- i bambini elencavano una serie di relazioni familiari all'interno delle loro reti sociali, incluse le persone con cui vivevano e quelle che vedevano raramente. I membri della famiglia più frequentemente citati erano i fratelli, indicati dal 90% dei bambini; questi erano anche i membri della famiglia con cui avevano maggiori contatti, confermandone in tal modo l'importanza;
- quasi un quarto dei bambini non elencava alcun genitore, mentre tutti i bambini che avevano completato la mappa avevano almeno un genitore; in particolare, veniva messa in evidenza dal 52% dei bambini l'assenza del padre;
- gli insegnanti venivano frequentemente riconosciuti come elementi a sostegno e, sebbene il cambio di scuola fosse abbastanza frequente, il 71% dei bambini citava in qualche modo le persone associate alla loro scuola;
- nel descrivere gli amici, il 65% dei bambini li indicava come persone che "quasi mai" davano loro un sostegno affettivo; solo 6 bambini (26%) descrivevano uno o più amici come figure che "quasi sempre" fornivano aiuto pratico.

[Il progetto Take Two di Victoria \(Australia\)](#)

In termini di misurazione del cambiamento nel tempo, gli autori si sono soffermati sulle trasformazioni attese nelle reti sociali a seguito degli interventi. I risultati ottenuti sono stati: aumento del numero di persone considerate "prossime"; assenza di variazione rispetto al tipo di sostegno ricevuto; la maggior parte dei bambini aveva cambiato più della metà delle persone indicate nella mappa iniziale.

Fig. 12 – Social Network Map



Fonte: Tracy E.M., Whittaker J.K. (1990)

Questa sperimentazione si inserisce all'interno della riforma dei servizi per l'infanzia, avviata nel 2002 dallo Stato di Victoria. Uno dei messaggi della riforma, chiamata "Best Interest Framework", sottolinea che i genogrammi, le mappe e i trend temporali sono molto utili per definire interventi tempestivi, in quanto rappresentano dei rimandi visivi e facilitano il pensare e l'agire sistematico (Department of Human Services, 2008; Munro E., 2002).

Anche nelle "Family Group Conferences" è importante il concetto di spazio di vita dei bambini. Infatti, durante questi incontri vengono considerati non solo la quantità di persone coinvolte nel problema, ma anche l'apporto, il "peso" di responsabilità che garantiscono nella gestione del progetto messo in atto (Connolly M. 2006a; 2006b). Le "Family Group Conferences" sono state introdotte in Nuova Zelanda nel 1989: il modello prevede che la famiglia sia convocata dopo una valutazione dei servizi sociali. Oltre agli operatori che si sono occupati del caso, sono invitati i componenti del nucleo familiare, altri membri e altre persone che la famiglia ritiene utile. L'obiettivo è dare alla famiglia l'opportunità di affrontare i problemi emersi dall'analisi svolta. Alla famiglia si chiede di chiarire tutti gli aspetti critici e, successivamente, di definire autonomamente le soluzioni da sottoporre agli operatori incaricati di discutere, insieme alla famiglia, le possibilità di intervento (Connolly M., 2006b).

Anche Marsh (2008), parlando di "Family Group Conferences", sostiene che spesso le valutazioni e le opinioni positive basate su principi generali non si traducono in utilizzo pratico. Tuttavia, proprio la collaborazione tra famiglia e operatori che si realizza nelle "Family Group Conferences" porta a migliorare l'efficacia degli interventi (Marsh P., 2008). Marsh evidenzia anche gli effetti della sindrome "Data": quando gli operatori sono di fronte a possibili innovazioni sono portati a dire che "Do All That Already", ossia che "lo fanno già" (Marsh P., 1986). Sono cioè convinti di collaborare già con la famiglia, di ascoltare il ragazzo, di considerare la famiglia allargata e altro ancora. Invece c'è molto da fare affinché la ricerca scientifica e la produzione di nuove soluzioni diventi parte integrante delle prassi usuali dei servizi (Marsh P., 2007; Marsh P., Grow C., 1998). Se ciò avvenisse, la produzione di prove di efficacia strettamente legate alla prassi professionale metterebbe a disposizione maggiori soluzioni applicabili all'esperienza.

Family Group conferences

Quando si lavora per progetti personalizzati è importante considerare le diverse soggettività chiamate a dare vita al progetto (Vecchiato T., 1993). 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.

Considerare i  
soggetti formali  
e informali

## La costruzione della mappa dei soggetti e delle risorse

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.

Individuare  
i soggetti e le  
risorse

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. Si ottiene così una mappa di "soggetti" e "risorse". I primi 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; i secondi 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 (LPSVr) 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 situazione (Vecchiato T. e altri, 2009). 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":

La costruzione di  
tre indici

- sente il bisogno di affrontare la situazione?
- partecipa alla fase di analisi e valutazione del problema?
- partecipa alla costruzione del piano personalizzato di intervento?
- lo condivide, lo ha sottoscritto?
- partecipa alla valutazione (ad esempio di processo, risultato, esito...)?
- ha un ruolo nell'attuazione del piano personalizzato?

Come individuare  
soggetti

"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 quantifi-

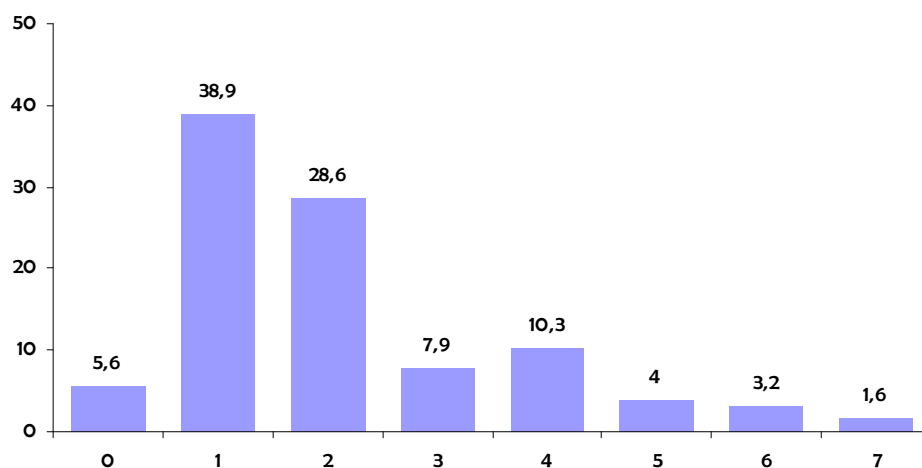
Come individuare  
le risorse

cabile 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 126 casi per i quali è disponibile l’analisi dello spazio di vita a T<sub>0</sub>, emerge che per 7 bambini/ragazzi (5,6% del totale) non sono stati indicati soggetti attuali a T<sub>0</sub>, per 49 bambini/ragazzi (39%) è indicato un soggetto attuale. Per due bambini/ragazzi sono indicati 7 soggetti attuali.

Soggetti attuali

Fig. 13 – Distribuzione percentuale dei minori per numero di soggetti attuali (N=126)



Il padre è soggetto attuale per 48 bambini (38%), la madre è soggetto attuale per 67 bambini (53%). Tra i membri della famiglia di origine vi sono i nonni, soggetto attuale per più di un quinto dei bambini, i fratelli o sorelle e gli zii. In alcuni casi (6%), il nuovo compagno del genitore è soggetto attuale per il minore. Gli insegnanti, invece, sono soggetto attuale per ben il 18% dei ragazzi. Infine, nell’area sociale e sanitaria, le figure di maggior rilievo sono l’assistente sociale, che è soggetto attuale per 68 bambini/ragazzi (54%), l’educatore (N=53, 42%) e lo psicologo (N=34, 27%).

Tab. 14 - Descrizione soggetti attuali

Area di riferimento	Soggetto attuale	Frequenza	% sul totale (N=126)
Padre/madre	Padre	48	38,1
	Madre	67	53,2
Famiglia di origine	Fratello/sorella	22	17,5
	Nonno/a	28	22,2
	Zio/a	17	13,5
Famiglia acquisita	Compagno del genitore	8	6,3
	Fratello/sorella acquisito	1	0,8
Area solidale	Amico/a	8	6,3
	Volontario	5	4,0

Area di riferimento	Soggetto attuale	Frequenza	% sul totale (N=126)
	Parroco	2	1,6
	Affidatario	2	1,6
Area istruzione	Insegnante	23	18,3
	Assistente scolastico	3	2,4
	Direttore scuola	2	1,6
Area sociale e sanitaria (professionisti)	Assistente sociale	68	54,0
	Centro di mediazione familiare	1	0,8
	Servizio di alcologia	1	0,8
	Assistente domiciliare	2	1,6
	Operatore	10	7,9
	Educatore	53	42,1
	Pedagogista	7	5,6
	Psicologo	34	27,0
	Psicoterapeuta	1	0,8
	Logopedista	1	0,8
	Neuropsichiatra	16	12,7
	Medico generale	2	1,6

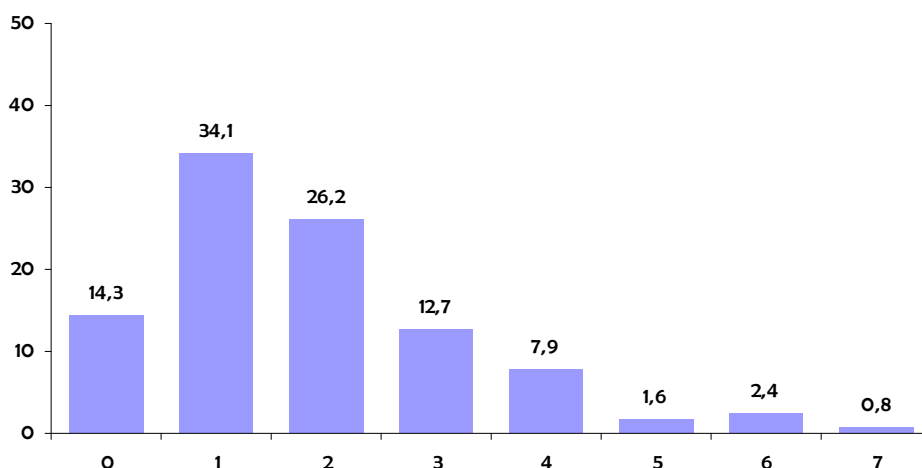
In sintesi, i genitori (padre o madre) sono soggetti attuali per il 59% dei bambini/ragazzi, i membri della famiglia di origine sono soggetti attuali nel 43% dei casi. Infine, gli operatori dell'area sociale e sanitaria sono soggetti attuali in più dei tre quarti dei casi.

Tab. 15 - Quadro di sintesi soggetti attuali

Area di riferimento	Frequenza	% sul totale (N=126)
Padre/madre	75	59,5
Famiglia di origine	54	42,9
Famiglia acquisita	9	7,1
Area solidale	15	11,9
Area istruzione	27	21,4
Area sociale e sanitaria (professionisti)	97	77,0

Per 18 bambini/ragazzi (14%) non sono indicate risorse attuali. Per il restante 86% dei casi è stata indicata almeno una risorsa attuale, costituita soprattutto da operatori dell'area sociale e sanitaria e membri della famiglia di origine.

Fig. 14 – Distribuzione percentuale dei minori per numero di risorse attuali (N=126)





Tab. 16 – Descrizione delle risorse attuali

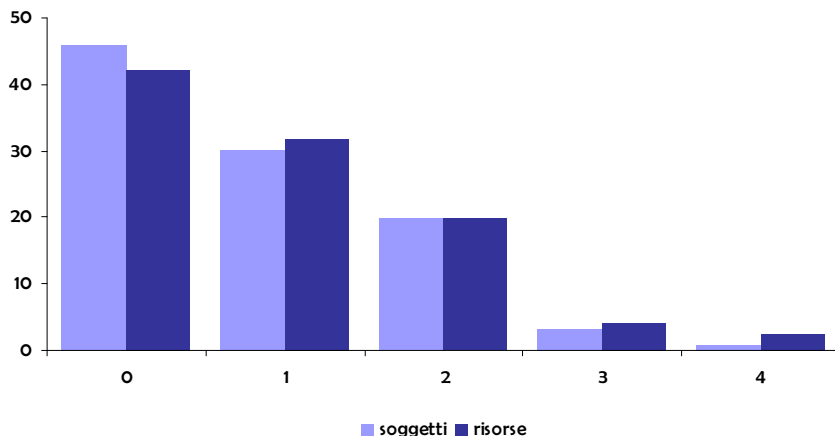
Area di riferimento	Soggetto attuale	Frequenza	Perc. sul totale (N=126)
Padre/madre	Padre	25	19,8
	Madre	31	24,6
Famiglia di origine	Fratello/sorella	19	15,1
	Nonno/a	27	21,4
	Zio/a	13	10,3
	Altri parenti	1	0,8
Famiglia acquisita	Compagno del genitore	7	5,6
Area solidale	Amico/a	7	5,6
	Volontario	5	4,0
	Parroco	4	3,2
	Affidatario	2	1,6
Area istruzione	Insegnante	21	16,7
	Assistente scolastico	2	1,6
	Direttore scuola	2	1,6
Area sociale e sanitaria (professionisti)	Assistente sociale	31	24,6
	Centro mediaz. familiare	1	0,8
	Assistente domiciliare	3	2,4
	Operatore	3	2,4
	Educatore	53	42,1
	Pedagogista	3	2,4
	Psicologo	26	20,6
	Psicoterapeuta	2	1,6
	Logopedista	1	0,8
	Neuropsichiatra	13	10,3
	Medico generale	1	0,8

Tab. 17 – Quadro di sintesi delle risorse attuali

Area di riferimento	Frequenza	% sul totale (N=126)
Padre/madre	35	27,8
Famiglia di origine	50	39,7
Famiglia acquisita	7	5,6
Area solidale	17	13,5
Area istruzione	14	19,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	71	56,3

Le potenzialità sono state tenute in considerazione attraverso un indice specifico che “conta” il numero di persone potenziali, siano essi soggetti o risorse. Si tratta di un valore utile per predisporre i progetti personalizzati.

Fig. 15 – Soggetti/Risorse potenziali (valori percentuali)



Tab. 18 - Quadro di sintesi di soggetti e risorse potenziali

Area di riferimento	Soggetti potenziali		Risorse potenziali	
	Frequenza	% sul totale (N=126)	Frequenza	% sul totale (N=126)
Padre/madre	47	37,3	9	7,1
Famiglia di origine	20	15,9	6	4,8
Famiglia acquisita	4	3,2	0	0,0
Area solidale	2	1,6	1	0,8
Area istruzione	4	3,2	1	0,8
Area sociale e sanitaria (professionisti)	39	31,0	9	7,1

## SINTESI DEI RISULTATI

### Raccomandazioni date agli operatori

Dopo la raccolta della domanda o la segnalazione al servizio, si procede alla definizione del progetto personalizzato attraverso le seguenti fasi:

- valutazione del bisogno (schema polare) e definizione del problema;
- definizione dei risultati attesi;
- definizione del piano delle attività.

Dopo l'attuazione del piano operativo, si attua la fase di verifica e valutazione del progetto personalizzato, con la:

- verifica dell'attuazione del piano operativo;
- verifica della condizione della persona, con schema polare;
- verifica dei risultati attesi, con fattori osservabili;
- valutazione globale dell'esito.

Le sezioni che seguono riprendono ognuno di questi passaggi, presentando i risultati, in modo da rispondere alla domanda:

“Quanto abbiamo fatto è stato efficace?”

#### Analisi della domanda

Le persone sono state riclassificate in 6 categorie: genitori, famiglia, area sociale, scuola, sanità e giustizia. Nel complesso (le 6 regioni), la domanda è stata presentata direttamente dall'interessato nel 9,6% dei casi (12 su 125 in cui è stata compilata la scheda della domanda). Nel 43% dei casi, ha presentato la domanda uno dei due genitori, segue la giustizia (18,4% dei casi), la scuola (9,6%), la famiglia del minore (8%), l'area sanitaria (7,2%) e infine l'area sociale (4%).

Nel dettaglio, quando a presentare la domanda è uno dei due genitori (43% dei casi), per lo più si tratta della madre (46 casi su 54). Per la giustizia, 13 casi sono segnalati dal Tribunale dei Minori, altri dalla Procura, 2 dai Carabinieri e 1 dalla Questura. Nell'area scuola, insegnanti e presidi.

Tab. 19 – Chi presenta la domanda (N=127)

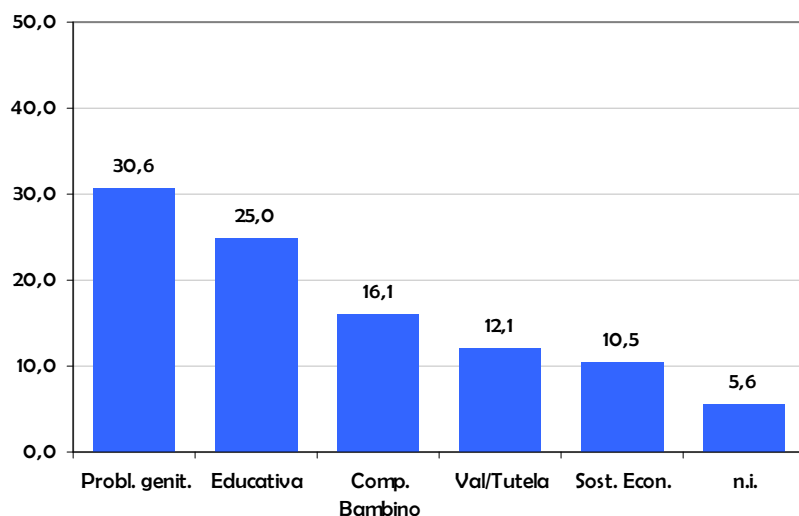
	Interessato	Genitore	Famiglia	Scuola	Sanità	Sociale	Giustizia	Non indicato	Totale
<b>Controllo</b>									
Basilicata		4				1	4	1	10
Emilia-Romagna	1	5	1		2		2		11
Piemonte	1	2	1	2	2	1		1	10
Toscana		5	1		2		2		10
Veneto	1	4		4	1		2		12
Totale controllo	3	20	3	6	7	2	10	2	53
<b>Sperimentale</b>									
Abruzzo		11	3	1			4		19
Basilicata	3	1	2		1	1	2		10
Emilia-Romagna		5	1	2	1	1	5		15
Piemonte	2	5		2			1		10
Toscana		10	1	1		1			13
Veneto	4	2					1		7
Totale sperimentale	9	34	7	6	2	3	13	0	74
<b>Totale</b>									
Abruzzo		11	3	1			4		19
Basilicata	3	5	2		1	2	6	1	20
Emilia-Romagna	1	10	2	2	3	1	7		26
Piemonte	3	7	1	4	2	1	1	1	20
Toscana		15	2	1	2	1	2		23
Veneto	5	6		4	1		3		19
Totale complessivo	12	54	10	12	9	5	23	2	127

Il protocollo chiedeva di indicare il bisogno espresso e poi ridefinito. I contenuti del bisogno sono stati organizzati in cinque grandi categorie:

1. bisogno di sostegno educativo per i bambini/ragazzi (*“ho bisogno di qualcuno che segua mio figlio nei compiti”*);
2. comportamento del bambino/ragazzo (*“... non mi ascolta, spesso ha comportamenti violenti a livello di provocazione”*);
3. problemi dei genitori (*“mia moglie beve e ho paura per la mia bambina, è meglio che altri si occupino di lei”*);
4. bisogno di valutazione/tutela;
5. bisogno di aiuto economico (*“Non ce la faccio a seguire mia figlia, non ho soldi perché non posso lavorare con due figli disabili, ho bisogno di aiuto anche economico”*).

Il bisogno maggiore che emerge dall'analisi delle richieste è legato alle difficoltà, ai problemi dei genitori, seguito dal bisogno di aiuto nella gestione educativa e comportamentale dei figli.

Fig. 16 – Macro-categorie di bisogno espresso/ridefinito



Il 62,2% dei minori (pari a 79 casi) usufruisce già di prestazioni, ricondotte al livello domiciliare/intermedio/sostegno economico, e riportate nella successiva tabella.

Tab. 20 – Prestazioni di cui già usufruisce, per livello

	Domiciliare	Domiciliare Economico	Domiciliare Intermedio	Domiciliare Intermedio Economico	Economico	Economico Intermedio	Intermedio	Totale
<b>Controllo</b>								
Basilicata	1	-	-	-	-	-	1	2
Emilia-Romagna	1	-	-	-	3	-	4	8
Piemonte	-	-	3	1	-	-	4	8
Toscana	-	1	2	-	-	1	2	6
Veneto	-	-	1	-	1	-	5	7
<b>Totale</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>31</b>
<b>Sperimentale</b>								
Abruzzo	3	-	6	-	1	-	4	14
Basilicata	4	-	2	-	-	-	1	7
Emilia-Romagna	1	1	3	-	-	-	5	10
Piemonte	-	-	-	-	-	-	8	8
Toscana	2	-	2	-	-	-	1	5
Veneto	1	-	1	-	1	-	1	4
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>20</b>	<b>48</b>
<b>Totale</b>								
Abruzzo	3	-	6	-	1	-	4	14
Basilicata	5	-	2	-	-	-	2	9
Emilia-Romagna	2	1	3	-	3	-	9	18
Piemonte	-	-	3	1	-	-	12	16
Toscana	2	1	4	-	-	1	3	11
Veneto	1	-	2	-	2	-	6	11
<b>Totale</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>79</b>

## Analisi del bisogno e definizione del problema

### Analisi del bisogno, livelli di gravità ( $T_0$ ) con schema polare

L'analisi del bisogno è stata realizzata con un gruppo di strumenti specifici, focalizzati su 3 settori di osservazione.

Settore	Strumenti di valutazione
Cognitivo comportamentale	1. Scheda area cognitiva/comunicativa 2. Scheda area apprendimento
Funzionale organico	3. Scheda area organica 4. Scheda area neuromotoria 5. Scheda area delle autonomie
Socioambientale e relazionale	6. Scheda area socio-relazionale 7. Scheda area affettivo relazionale 8. Scala di responsabilizzazione 9. Livello di protezione nello spazio di vita

In alcuni casi è stato calcolato anche l'indice di copertura assistenziale.

L'insieme dei valori raccolti ha reso possibile l'identificazione del livello di gravità, della condizione di bisogno, ovvero un valore di partenza a cui far riferimento per confrontare le successive variazioni, nonché i risultati della presa in carico. L'analisi è stata ottenuta normalizzando i punteggi di ogni strumento e trasformandoli in valori medi di gravità per ogni settore. I risultati, riportati nei grafici successivi, sono interpretabili con riferimento a tre livelli di compromissione:

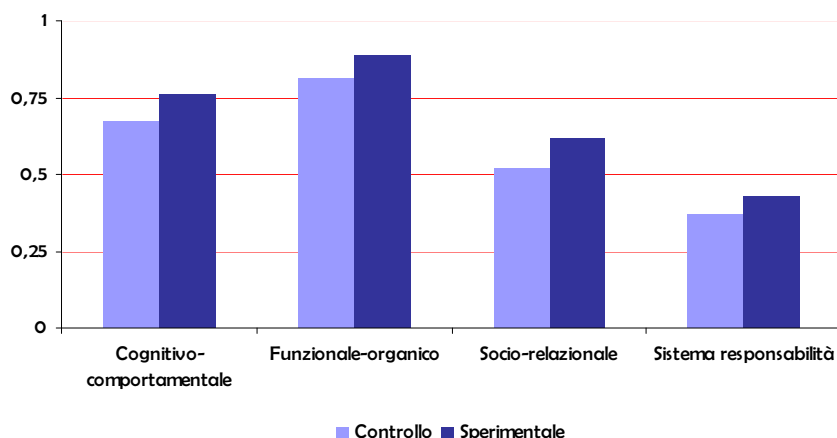
- grave, quando il punteggio è compreso tra 0,00 e 0,50;
- medio, quando il punteggio è compreso tra 0,51 e 0,75;
- lieve/normale, quando il punteggio è compreso tra 0,76 e 1,00.

Diversamente da quello che si potrebbe pensare, l'indice di gravità non rappresenta un indice di costo. A parità di gravità di bisogno si possono dare risposte domiciliari e/o intermedie o anche residenziali, sulla base delle scelte possibili e appropriate. In base alle risorse presenti nello spazio di vita della persona potremo infatti avere oneri diversi a parità di copertura assistenziale. L'indice di gravità è stato utilizzato pertanto come misura di potenziale carico assistenziale, visto che sintetizza la base conoscitiva per poi definire le scelte dei progetti personalizzati di assistenza.

L'analisi del livello di gravità al tempo  $T_0$  ha consentito di individuare il profilo dei bambini/ragazzi a rischio di allontanamento dalle loro famiglie. Si tratta di bambini/ragazzi che presentano poche difficoltà nell'area funzionale-organica, ma di più in quella cognitiva comportamentale. Inoltre, presentano gravi carenze nell'area socioambientale e relazionale, all'interno di un sistema di responsabilità gravemente carente. La successiva tabella confronta i livelli di gravità per il totale di casi, suddivisi nei due gruppi. Gli istogrammi considerano i tre domini dell'analisi globale della persona. È stato evidenziato il "sistema delle responsabilità", che facilita la lettura della mappa dei soggetti e delle risorse del bambino/ragazzo.

Livello di gravità

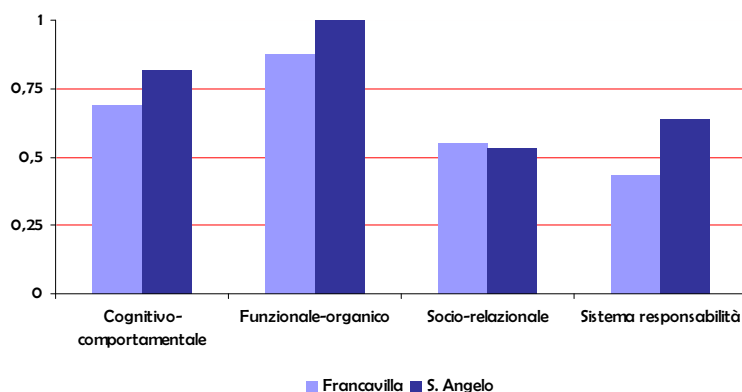
Fig. 17 – Livelli di gravità globali



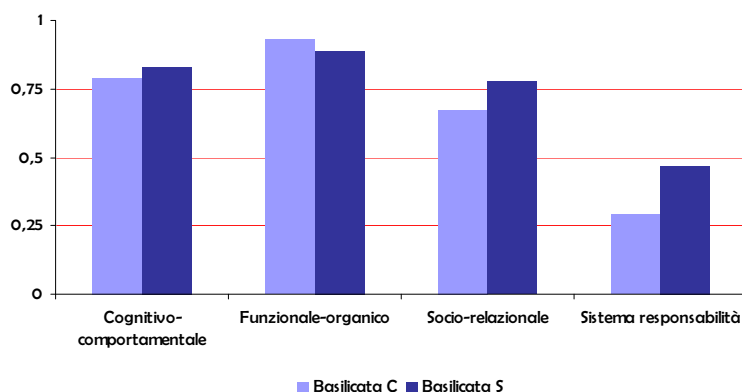
Le successive tabelle considerano le singole unità territoriali. Pur tra evidenti differenze tra i vari gruppi, si nota che il profilo ricorrente e tipico di bisogno/capacità si ripropone nei diversi territori.

Fig. 18 – Distribuzione della gravità per area territoriale

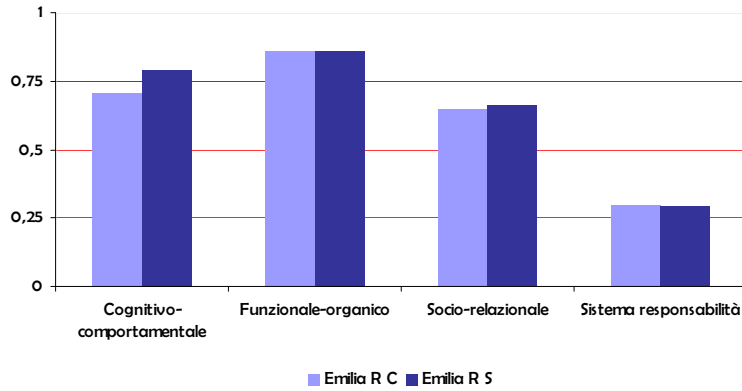
a)



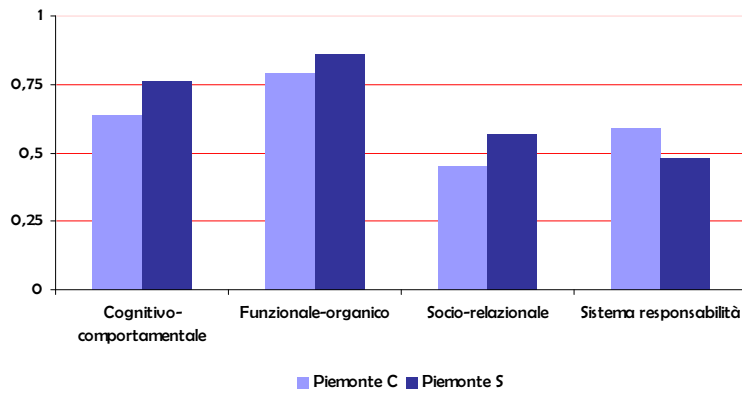
b)



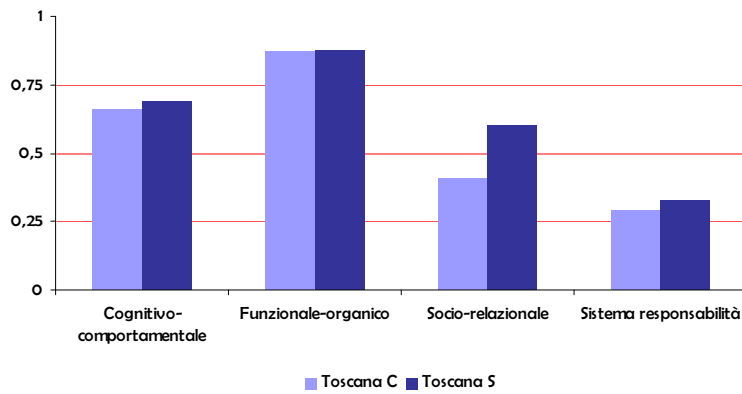
c)



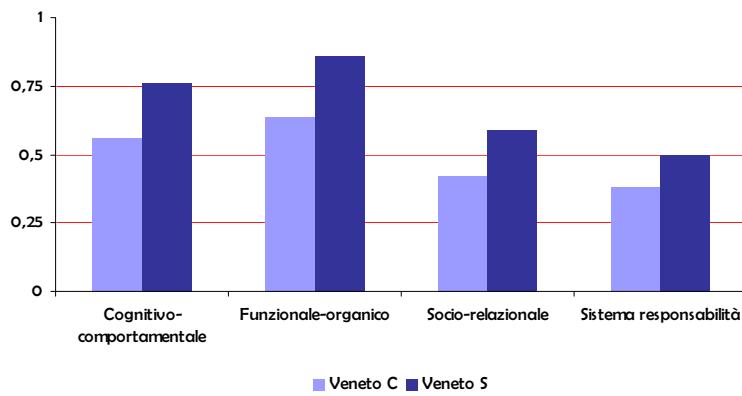
d)



e)



f)



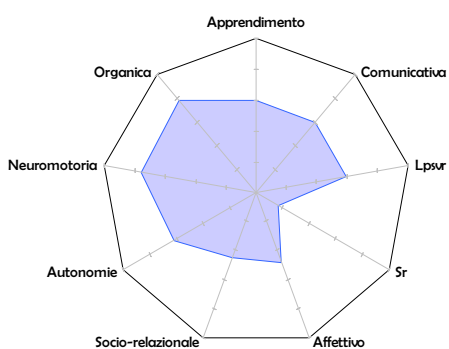


## La visione globale delle condizioni di bisogno a T<sub>0</sub>

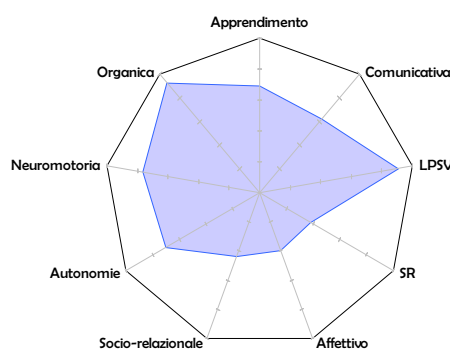
Dopo l'analisi preliminare dei livelli di gravità, è stata fatta un'analisi più mirata, finalizzata ad ottenere una visione multi assiale, più globale delle condizioni di bisogno. Tale analisi ha evidenziato i punti di maggiore compromissione/potenzialità per affrontare il problema, a partire dalle risorse del ragazzo e del suo spazio di vita. La sintesi dei risultati è rappresentata con schemi polari, dove si notano facilmente le dimensioni di maggiore difficoltà e di maggiore capacità (massima compromissione al centro e massima capacità verso la circonferenza).

Fig. 19 – Profilo di bisogno a T<sub>0</sub>

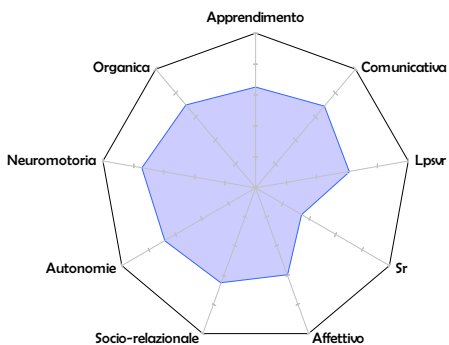
Abruzzo – Sperimentale (Francavilla) (N. 7)



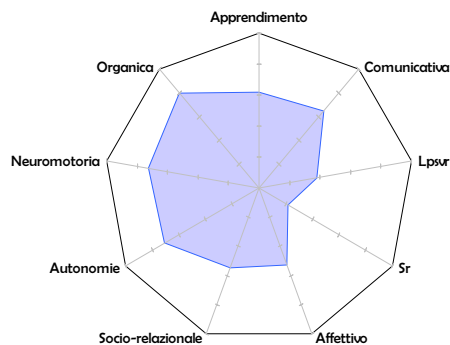
Abruzzo – Sperimentale (Città S.A.) (N. 10)



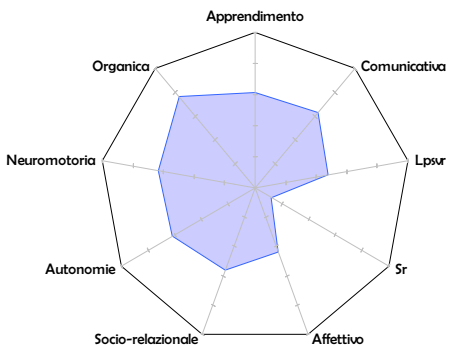
Basilicata – Sperimentale (N. 9)



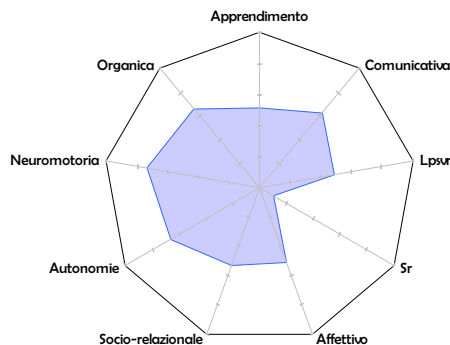
Basilicata – Controllo (N. 9)



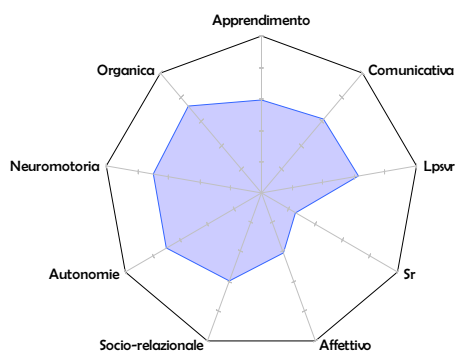
Emilia-Romagna – Sperimentale (N. 10)



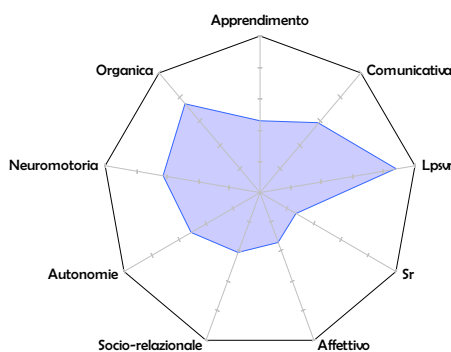
Emilia Romagna – Controllo (N. 11)



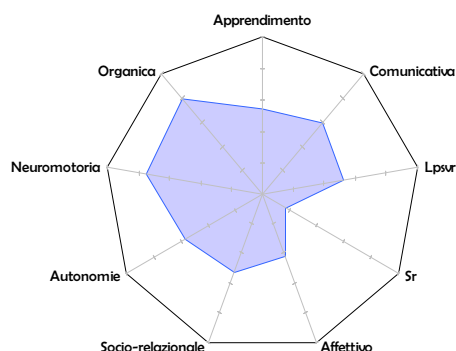
Piemonte – Sperimentale (N. 7)



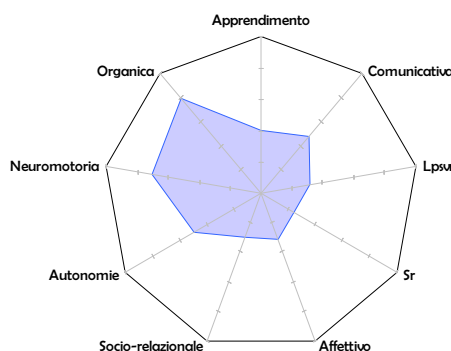
Piemonte – Controllo (N. 9)



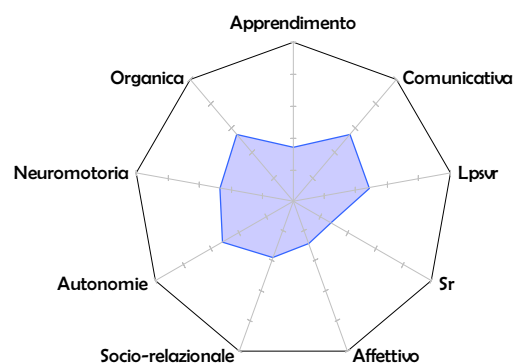
Toscana – Sperimentale (N. 12)



Toscana – Controllo (N. 5)



Veneto – Controllo (N. 11)



L'analisi dei livelli di gravità e dei profili di bisogno ci presenta bambini/ragazzi con valori nella norma nell'area funzionale-organica, con compromissioni nell'area cognitiva-comportamentale e con gravi carenze nell'area socioambientale e relazionale, con sistemi di responsabilità carenti o quasi inesistenti.

Con il termine “definizione del problema” si intende la necessità di fare sintesi dei risultati delle valutazioni specifiche e “settoriali”, in quanto prodotte da singoli saperi professionali, passando dalla fase diagnostica a quella prognostica. I “gruppi di lavoro” hanno formulato e condiviso una definizione integrata e globale del bisogno, cioè del problema di figli e genitori, per poter poi condividere le risorse e soprattutto le responsabilità necessarie per affrontarlo in modo adeguato.

La definizione del problema

Nella formazione all'utilizzo del protocollo è stata esplicitata l'importanza di indicare i problemi, ma anche le potenzialità emerse dalle valutazioni. L'analisi delle sintesi riportate indica che le potenzialità sono state rappresentate in pochi casi. Il grafico considera tutte le volte che sono stati indicati problemi e potenzialità: per ogni area territoriale si nota che l'attitudine all'osservazione riguarda maggiormente i problemi.

Fig. 20 – Problemi e/o potenzialità (Valori percentuali)

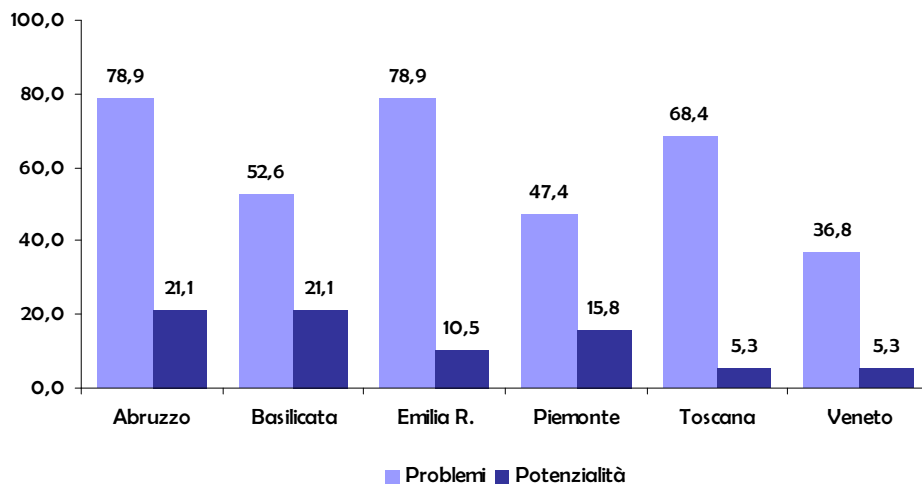
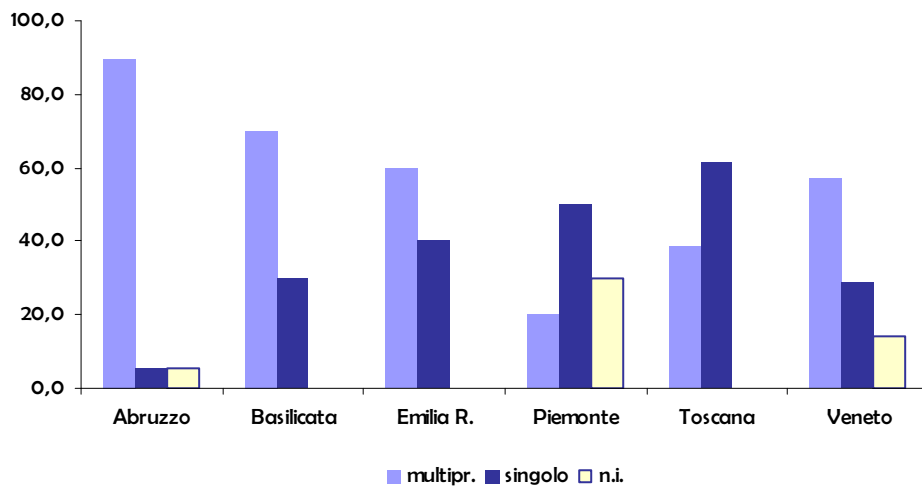


Fig. 21 – Problemi e/o potenzialità definite da un singolo professionista o da un gruppo di professionisti (valori percentuali)



Nonostante questa difficoltà, lo sforzo di esprimere uno sguardo globale al bambino/ragazzo ha consentito agli operatori di porre attenzione alle aree critiche, ma anche ai punti di forza su cui poter costruire il progetto personalizzato di aiuto.

Tab. 21 – I compilatori dell'analisi del problema

Professioni	Abruzzo	Basilicata	Emilia-R.	Piemonte	Toscana	Veneto	Totale
Assistente sociale		3	6	5	8	1	23
AS, AS		1	1				2
AS, Educatore	1		6		1		8
AS, Educatore, Operatore			2				2
AS, Psicologo	3	3				3	9
AS, Psicologo, Educatore		1					1
AS, Psicologo, Altro	3	1					4
AS, Medico, Operatore						1	1
AS, Psicologo, Educatore. Medico				1			1
AS, Altro*	10	1			4		15
Educatore				1			1
Educatore, Altro				1			1
Operatore	1						1
Psicologo						1	1
Non indicato	1			2		1	4
<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>74</b>

\* questo include l'avvocato

### Piano delle attività

La fase del “piano operativo” è stato il momento in cui sono stati definiti gli interventi utili al perseguimento dei risultati attesi, chi li doveva compiere (operatore professionale o altro soggetto), la loro quantità, il periodo, il/i tempo/i di attuazione. All'équipe multiprofessionale è stato chiesto di definire in modo collaborativo, tenendo conto della mappa dei soggetti e delle risorse, gli obiettivi da raggiungere (di miglioramento, stabilizzazione, o riduzione del rischio di peggioramento).

Sulla base degli obiettivi individuati e della strategia di azione da mettere in campo, ad ogni gruppo è stato chiesto di definire le azioni specifiche e i risultati attesi, indicando i fattori osservabili scelti per monitorare e misurarne il raggiungimento.

Tali scelte andavano poi collocate nell'Albero dei Lea, ovvero in una mappa di risposte riconducibili ai livelli essenziali di assistenza sociale e socio sanitaria, in modo coerente con quanto previsto dall'art. 22, comma 4 della legge n. 328/2000.

Il Piano operativo è stato (per quanto possibile) condiviso con il ragazzo e/o la famiglia di riferimento. Per ogni ragazzo sono stati indicati i componenti dell'Unità multiprofessionale che ha condiviso il progetto personalizzato.

L'albero dei Lea

#### Esempi estratti dall'Albero dei Lea

##### Domiciliare

Assistenza domiciliare socioeducativa

Assistenza domiciliare sociale

Assistenza domiciliare integrata

Interventi di natura economica per persone e famiglie in difficoltà

Altri interventi di sostegno alla domiciliarità

...

Intermedio

Struttura semiresidenziale sociale per minori

Affido familiare part-time

Sostegno socio educativo scolastico

Centro socio-riabilitativo

Attività di socializzazione

...

Verifica e valutazione

Al tempo  $T_1$ , cioè il tempo previsto per una prima verifica dei risultati, la fase di verifica e valutazione ha compreso i seguenti elementi:

- verifica dell'attuazione del piano delle attività;
- verifica della condizione della persona attraverso il confronto tra valore basale ( $T_0$ ) e valore al tempo  $T_1$  (schema polare);
- verifica del conseguimento dei risultati attesi, espressi con fattori osservabili nel piano personalizzato (indici rapporto tra osservato/atteso/osservato);
- valutazione complessiva della condizione della persona dopo la realizzazione degli interventi previsti dal piano personalizzato.

Lo stesso è avvenuto a  $T_2$ .

## VALUTAZIONE DI EFFICACIA E DI APPROPRIATEZZA

### Quadro concettuale

Abbiamo considerato **due indici di efficacia**:

- 1) Indice di efficacia basato sulle scale di valutazione ( $E_v$ );
- 2) Indice di efficacia basato sui fattori osservabili ( $E_o$ ).

Il primo indice di efficacia ( $E_v$ ) è definito come differenza degli “Indici di benessere” (profili di gravità/capacità) della persona al tempo  $T_0$  e  $T_2$  (1). L'indice di gravità, a sua volta, è funzione delle  $n$  valutazioni effettuate (2), che appartengono a tre aree (funzionale-organico, cognitivo-comportamentale, socioambientale-relazionale).

$$(1) E_v = B_{T_2} - B_{T_0}$$

$$(2) B_{T_0} = f_{T_0}(v_1, K, v_n)$$

Il primo indice di efficacia, inteso come variazione degli indici di benessere, è utile per valutare quanto è migliorata/peggiorata la situazione della persona nell'arco di tempo considerato.

Le analisi di significatività statistica ci permettono di valutare se gli indici di efficacia per il gruppo sperimentale sono effettivamente maggiori di quelli del gruppo di controllo, ovvero se l'efficacia ottenuta con il modello sperimentale è maggiore di quella che si ottiene usualmente.

Il secondo indice efficacia è stato utilizzato soltanto dal gruppo sperimentale. Si basa sull'analisi dei fattori osservabili (3) ed è funzione dei risultati di efficacia (obiettivi raggiunti, non raggiunti o solo in parte).

$$(3) E_o = f(o_1, K, o_n)$$

È una misura di “ponderazione” del primo indice di efficacia, che meglio specifica il raggiungimento degli obiettivi. Infatti è più sensibile e calibrato sulla persona in modo quali-quantitativo: per questo risulta uno strumento di valutazione più mirato sugli esiti attesi del piano personalizzato.

### 1) Indice di efficacia basato sulle scale di valutazione ( $E_v$ )

Per ogni persona, ad ogni tempo ( $T_0, T_1, T_2$ ), sono stati costruiti **3 indici di benessere** (profili di gravità/capacità), uno per ogni dominio:

- 1) funzionale-organico;
- 2) cognitivo-comportamentale;
- 3) socioambientale-relazionale.

Ogni indice di benessere è funzione dei punteggi delle scale di valutazione che appartengono al proprio dominio:

- 1) funzionale-organico (Autonomie, Neuromotoria, Organica);
- 2) cognitivo-comportamentale (Apprendimento, Comunicativa);
- 3) socioambientale-relazionale (Affettivo, Socio-relazionale, LPSV, SR)

Quindi si avranno 3 indici di benessere per ogni persona, calcolati ad ogni tempo  $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$ . Per l'ultimo dominio, si costruiscono anche due sotto indici:

- 3a) socio-relazionale (Affettivo, Socio-relazionale);
- 3b) sistema delle responsabilità (LPSV, SR)

È stato costruito anche un indice di benessere globale, funzione di tutte le scale di valutazione (calcolato come media aritmetica semplice dei 3 indici di benessere, uno per ogni dominio).

L'indice di efficacia basato sulle scale di valutazione ( $E_v$ ) è calcolato come differenza tra l'indice di benessere  $T_1$  e l'indice di benessere  $T_0$ . Si avranno pertanto 3 indici di efficacia  $T_0 - T_1$ , uno per ogni dominio, più uno globale.

Lo stesso è stato fatto mettendo a confronto i valori al tempo  $T_2$  con quelli al tempo  $T_1$ , ottenendo così un indice di efficacia  $T_1 - T_2$ .

Poiché nel calcolo degli indici di benessere si considerano i punteggi delle scale di valutazione, già normalizzati (0 massima gravità, 1 benessere), gli *indici di efficacia* ottenuti variano potenzialmente tra -1 e 1, dove:

- 1 indica massimo peggioramento
- nessun cambiamento (mantenimento)
- + 1 massimo miglioramento.

Nel complesso, considerando l'intero campione (sia gruppo di controllo, sia gruppo sperimentale), l'efficacia assume valori in media positivi e la percentuale di punteggi positivi, che indicano un miglioramento tra  $T_0$  e  $T_1$ , supera quella dei punteggi negativi. Gli aspetti socioambientali relazionali sono quelli che registrano il maggior grado di miglioramento tra  $T_0 - T_1$  (56% delle persone migliora sotto questo punto di vista, il 10% non registra alcun cambiamento, il 34% peggiora). Viceversa, nell'aspetto funzionale-organico non si osservano particolari miglioramenti o peggioramenti, come è ragionevole aspettarsi nei casi in cui non sono presenti patologie e compromissioni funzionali. Infatti, per il 72% delle persone non si registra alcun cambiamento.

Tab. 22 – Indici di efficacia  $T_0 - T_1$  basati sulle scale di valutazione

	N		Punteggi negativi	Nessun cambiam.	Punteggi positivi
	Validi	Mancanti			
Efficacia Globale $T_0 T_1$	117	10	34,2%	10,2%	55,6%
Efficacia Cognitivo $T_0 T_1$	110	17	22,7%	43,3%	34,0%
Efficacia Funzionale $T_0 T_1$	113	14	9,7%	72,3%	18,0%
Efficacia Sociorelazionale $T_0 T_1$	117	10	34,2%	9,8%	56,0%
Efficacia Relazionale $T_0 T_1$	110	17	30,0%	14,0%	56,0%
Efficacia Sistema Responsabilità $T_0 T_1$	114	13	23,7%	31,3%	45,0%

Allungando il periodo temporale di osservazione ( $T_0-T_2$ ), i cambiamenti si fanno più consistenti, aumentano le persone che registrano un miglioramento rispetto alla situazione iniziale  $T_0$  e diminuiscono quelle che peggiorano. Nel complesso (indice di efficacia globale), il 70% dei minori migliora nell'arco dei 6 mesi di osservazione, soltanto il 23% peggiora e il 7% non presenta cambiamenti particolari. Il dominio più sensibile è ancora una volta quello socioambientale relazionale, in cui soltanto il 6% non subisce cambiamenti, il 71% migliora e il 23% peggiora.

Tab. 23 – Indici di efficacia  $T_0-T_2$  basati sulle scale di valutazione

	N		Punteggi negativi	Nessun cambiam.	Punteggi positivi
	Validi	Mancanti			
Efficacia Globale $T_0T_2$	88	39	22,7%	6,8%	70,5%
Efficacia Cognitivo $T_0T_2$	86	41	17,4%	41,9%	40,7%
Efficacia Funzionale $T_0T_2$	87	40	9,2%	71,3%	19,5%
Efficacia Sociorelazionale $T_0T_2$	87	40	23,0%	5,7%	71,3%
Efficacia Relazionale $T_0T_2$	85	42	21,2%	12,9%	65,9%
Efficacia Sistema Responsabilità $T_0T_2$	86	41	22,1%	29,1%	48,8%

Si è calcolato, per ogni persona, l'indice di efficacia basato sulle scale di valutazione, inteso come variazione dell'indice di benessere in un arco temporale ( $T_0-T_1$ ).

Inoltre, per ogni gruppo (sperimentale e controllo) si è costruito un *indice medio di efficacia del gruppo*, calcolato come funzione degli indici di efficacia di tutte le persone che appartengono al gruppo.

## 2) Indice di efficacia basato sui fattori osservabili ( $E_o$ )

Il secondo indice di efficacia è stato considerato soltanto per il *gruppo sperimentale*. Si basa sull'analisi dei fattori osservabili ed è funzione dei risultati attesi di efficacia (obiettivi raggiunti, non raggiunti o solo in parte).

La verifica di efficacia dei fattori osservabili si compone di 3 parti:

- valore  $T_0$  misurato;
- valore  $T_1$  atteso;
- valore  $T_1$  misurato.

Su questa base è stato calcolato un indice che misura il raggiungimento degli obiettivi fissati nei fattori osservabili.

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

Per ogni persona, dunque, si valutano tutti i fattori osservabili inseriti nel piano operativo e si calcolano i rispettivi indici di raggiungimento. L'indice di efficacia basato sui fattori osservabili ( $E_o$ ) è una funzione di tutti gli indici di raggiungimento dei fattori osservati per la persona.



Per ogni fattore osservabile è indicato il dominio di osservazione:

- funzionale-organico;
- cognitivo-comportamentale;
- socioambientale relazionale.

Per ogni persona sono stati ottenuti 3 indici di efficacia del piano operativo, più uno complessivo.

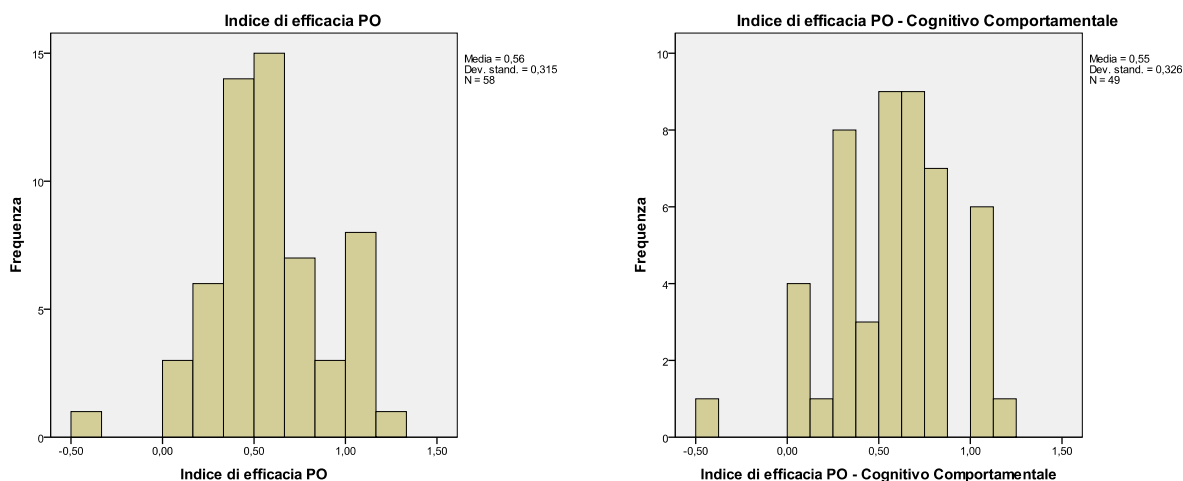
L'indice di efficacia complessivo a seguito del primo piano operativo è stato calcolato per 58 minori del gruppo sperimentale (78%). Nel complesso, i valori medi dell'indice di efficacia sono compresi tra 0 e 1, indicando un raggiungimento parziale dei risultati attesi. Per quasi l'80% delle persone gli obiettivi sono stati raggiunti in parte, nel 15% dei casi sono stati raggiunti completamente, nel 5% dei casi non sono stati raggiunti.

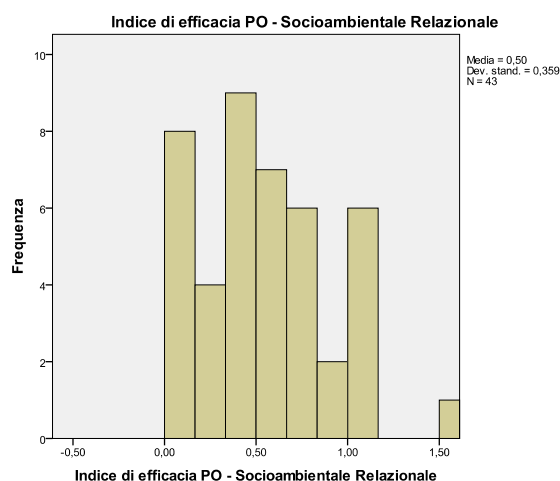
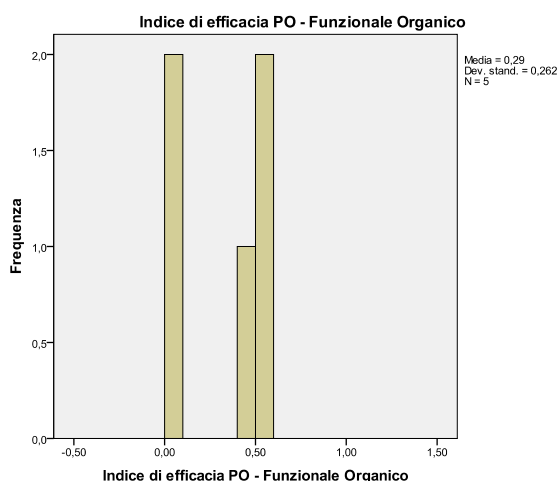
I punteggi di efficacia più bassi si registrano nel dominio funzionale-organico, dove nel 40% dei casi gli obiettivi non sono stati raggiunti. Si tratta, però, di informazioni disponibili soltanto per 5 minori.

Tab. 24 – Indice di efficacia basato sui fattori osservabili - Piano operativo 1

	N		Ob. non raggiunti	Ob. raggiunti in parte	Ob. raggiunti
	Validi	Mancanti			
Indice di efficacia PO	58	13	5,2%	79,3%	15,5%
Indice di efficacia PO - Funzionale Organico	5	66	40,0%	60,0%	0,0%
Indice di efficacia PO - Cognitivo Comportamentale	49	22	10,2%	75,5%	14,3%
Indice di efficacia PO - Socioambientale Relazionale	43	28	16,3%	67,4%	16,3%

Fig. 22 – Distribuzione indice di efficacia - Piano operativo 1





L'indice di efficacia complessivo del secondo piano operativo è stato calcolato per 43 minori del gruppo sperimentale (58%). Non si osservano differenze significative tra gli indici di efficacia del primo piano e quelli del secondo: in media l'efficacia dei piani operativi non cambia e la situazione più frequente (71 % dei casi) è quella di un raggiungimento, anche se parziale, dei risultati attesi.

Tab. 25– Indice di efficacia basato sui fattori osservabili - Piano operativo 2

	N		Ob. non raggiunti	Ob. raggiunti in parte	Ob. raggiunti
	Validi	Mancanti			
Indice di efficacia PO	43	9	16,3%	69,7%	14,0%
Indice di efficacia PO - Funzionale Organico	3	49	33,3%	33,3%	33,3%
Indice di efficacia PO - Cognitivo Comportamentale	34	18	17,6%	70,6%	11,8%
Indice di efficacia PO - Socioambientale Relazionale	35	17	11,4%	68,6%	20,0%

### Gruppo sperimentale: confronto tra i due indici di efficacia

Per il gruppo sperimentale è stato possibile mettere in relazione le due misure di efficacia, per vedere se esiste un qualche tipo di relazione. Come abbiamo detto, il primo indice di efficacia, basato sulle scale di valutazione ( $E_v$ ), è definito come variazione degli indici di benessere ed è utile per valutare quanto è migliorata/peggiorata la situazione della persona nell'arco di tempo considerato, attraverso la valutazione con schema polare. Il secondo indice di efficacia ( $E_o$ ) valuta quanto il piano personalizzato è stato efficace con riferimento agli obiettivi nel piano operativo.

I due indicatori possono essere messi in relazione? Abbiamo osservato una *correlazione positiva* tra indice di efficacia globale, basato sulle scale di valutazione, e indice di efficacia del piano operativo. La correlazione è statisticamente significativa (al livello 0,05): a una maggiore efficacia del piano operativo (raggiungimento dei risultati attesi) corrisponde, in media, una maggiore efficacia in termini di miglioramento del benessere globale dell'individuo (scale di valutazione). Si tratta di un doppio controllo sull'affidabilità degli esiti che, in particolare, sono

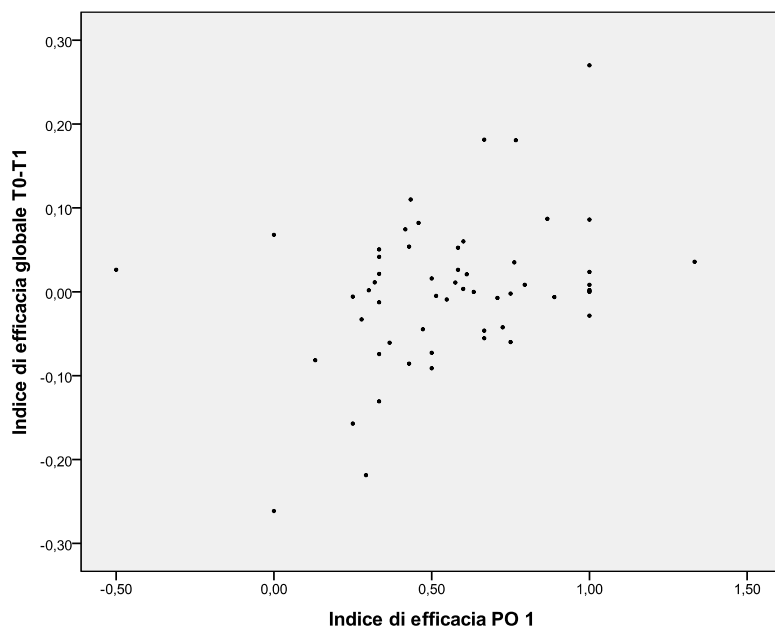
meglio evidenziati in modo quali-quantitativo dagli indici di efficacia basati sui fattori osservabili.

Tab. 26 – Correlazione tra indice di efficacia globale T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub> basato sulle scale di valutazione e indice di efficacia del primo piano operativo

	Media	Indice di efficacia globale T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Indice di efficacia PO
Indice di efficacia globale T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Correlazione di Pearson	1	0,334*
	Sig. (2-code)		0,012
	N	66	56
Indice di efficacia PO 1	Correlazione di Pearson	0,334*	1
	Sig. (2-code)	0,012	
	N	56	58

\* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

Fig. 23 – Diagramma a dispersione: indice di efficacia globale T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub> basato sulle scale di valutazione e indice di efficacia del primo piano operativo



### Indici di appropriatezza

Sono stati considerati 3 indici, che misurano il grado di adesione al protocollo e l'appropriatezza degli strumenti utilizzati nel percorso di presa in carico:

- 1) indice di adesione globale;
- 2) indice di adesione specifico;
- 3) indice di appropriatezza.

**L'indice di adesione globale al protocollo** misura quanto gli operatori sono stati fedeli nel seguire le raccomandazioni metodologiche, avendo cura di compilare:

1. l'analisi della domanda;
2. l'analisi del problema a T<sub>0</sub>, con valutazione attraverso scale e schema polare;

3. il programma delle attività a  $T_0$  (stesura piano personalizzato e fattori osservabili);
4. la verifica e valutazione  $T_0-T_1$  (verifica attuazione piano e risultati attesi);
5. l'analisi del problema a  $T_1$ ;
6. il programma delle attività a  $T_1$ ;
7. la verifica e valutazione  $T_1-T_2$ ;
8. l'analisi del problema a  $T_2$ .

Per il gruppo sperimentale è stata valutata la completezza delle informazioni in tutte le fasi sopra elencate. Per il gruppo di controllo sono state considerate solo le parti 1, 2, 5 e 8.

**L'indice di adesione specifico al protocollo** considera, invece, soltanto l'inserimento dei dati relativi alla valutazione multidimensionale del bisogno, alla stesura dei piani operativi e alla valutazione dei risultati, tralasciando la compilazione della domanda (la cui completezza non incide sulla bontà del percorso di presa in carico).

**L'indice di appropriatezza** intende valutare ancora più a fondo l'adesione al protocollo, considerando non solo la completezza dei dati forniti durante il percorso di presa in carico, ma anche l'appropriatezza di tali informazioni, ad esempio la presenza di fattori osservabili coerenti e adeguati al minore in considerazione.

Poiché l'indice di appropriatezza considera specificatamente le fasi di stesura e verifica dei piani personalizzati, è calcolabile soltanto per i casi sperimentali. Per il gruppo di controllo, tale misura coincide con l'indice di adesione specifico al protocollo, che valuta esclusivamente la completezza delle informazioni e delle valutazioni effettuate sul minore.

Gli indici di appropriatezza sono stati calcolati come media aritmetica semplice degli indici specifici di ogni fase e variano, teoricamente, da un minimo di 0 (nessuna parte compilata) a 100 (massima completezza e adesione al protocollo).

Gli indici di appropriatezza sono stati calcolati per ogni persona. Nel complesso, considerando tutte le persone incluse nello studio (sia gruppo di controllo, sia gruppo sperimentale), presentano valori elevati. I livelli medi più elevati si osservano per la valutazione a  $T_0$ , l'analisi della domanda e la valutazione a  $T_1$ . I livelli più bassi riguardano il programma delle attività a  $T_1$  e la valutazione  $T_1-T_2$ .

Tab. 27 – Indici di appropriatezza e dettaglio per ogni fase del percorso di presa in carico (numero di casi, valori medi, minimo e massimo)

	N		Media	Minimo	Massimo
	Validi	Mancanti			
1. Domanda	127	0	88,11	11	127
2. Schema polare $T_0$	127	0	90,97	31	100
3. Programma attività $T_0$	74	53	70,27	0	100
4. Verifica e valutazione $T_0-T_1$	74	53	73,78	0	100
5. Schema polare $T_1$	127	0	88,54	0	100
6. Programma attività $T_1$	74	53	48,98	0	100
7. Verifica e valutazione $T_1-T_2$	74	53	46,49	0	100
8. Schema polare $T_2$	127	0	68,69	0	100
Indice di adesione globale	127	0	77,31	16	100
Indice di adesione specifico	127	0	75,68	4	100
Indice di appropriatezza	127	0	74,45	4	100

### Confronto tra gruppo sperimentale e controllo

Si è valutato se esistono differenze nel grado di appropriatezza e adesione al protocollo tra i due gruppi, sperimentale e controllo. A questo scopo è stato costruito un *indice medio di appropriatezza del gruppo*, calcolato come funzione degli indici di appropriatezza di tutte le persone che appartengono al gruppo. Le differenze in media sono state studiate attraverso *l'analisi ANOVA della varianza*, che confronta i valori medi di efficacia dei due gruppi. Dal confronto tra gruppo sperimentale e controllo si osserva un differente livello di appropriatezza e adesione al protocollo. Le differenze in media sono significative per tutti i 3 indici di appropriatezza: il gruppo di controllo, come era ragionevole aspettarsi, presenta valori degli indici di appropriatezza mediamente più alti rispetto al gruppo sperimentale. In altre parole, gli operatori del gruppo di controllo sono stati più attenti al protocollo che, come abbiamo visto, era più semplice, e hanno compilato le fasi della presa in carico di loro pertinenza con maggiore accuratezza. Il gruppo di controllo era tenuto a completare la parte relativa all'analisi della domanda e alle valutazioni a  $T_0$ ,  $T_1$  e  $T_2$ , mentre al gruppo sperimentale era richiesto un lavoro aggiuntivo, legato appunto al nuovo modello di presa in carico, basato su piani personalizzati, fattori osservabili, verifica e valutazione dei risultati attesi. Tutto questo ha richiesto un maggiore impegno.

Tab. 28 – Indici di appropriatezza: statistiche descrittive (numero di casi, valori medi, minimo e massimo) distinte per gruppo sperimentale e di controllo

		N	Media	I.C. 95% per la media		Minimo	Massimo
				Limite inferiore	Limite superiore		
1. Domanda	Controllo	53	86,38	82,24	90,53	11	100
	Sperimentale	74	89,35	86,54	92,16	44	100
	Totale	127	88,11	85,75	90,47	11	100
2. Schema polare $T_0$	Controllo	53	86,05	82,67	89,44	54	100
	Sperimentale	74	94,49	92,03	96,95	31	100
	Totale	127	90,97	88,85	93,08	31	100
5. Schema polare $T_1$	Controllo	53	90,15	82,75	97,55	0	100
	Sperimentale	74	87,39	80,52	94,26	0	100
	Totale	127	88,54	83,55	93,54	0	100
8. Schema polare $T_2$	Controllo	53	74,53	64,39	84,66	0	100
	Sperimentale	74	61,26	50,07	72,46	0	100
	Totale	127	66,80	59,04	74,56	0	100
Indice di adesione globale	Controllo	53	84,28	79,74	88,82	24	100
	Sperimentale	74	71,70	66,84	76,56	16	95
	Totale	127	76,95	73,42	80,49	16	100
Indice di adesione specifico	Controllo	53	83,58	78,13	89,02	26	100
	Sperimentale	74	69,18	63,72	74,64	4	96
	Totale	127	75,19	71,13	79,25	4	100
Indice di appropriatezza	Controllo	53	83,58	78,13	89,02	26	100
	Sperimentale	74	67,92	62,59	73,26	4	96
	Totale	127	74,45	70,42	78,49	4	100

Le caselle con sfondo grigio indicano differenze in media significative tra gruppo sperimentale e di controllo.

Per meglio comprendere le indicazioni emergenti dalla ricerca appena proposte, è importante tenere presente che si tratta di dati generali di sintesi, che ancora non tengono conto dell'impatto di singole variabili. Vedremo successivamente come analisi via via più specifiche ci metteranno in grado di comprendere meglio gli esiti della sperimentazione e la loro fruibilità.

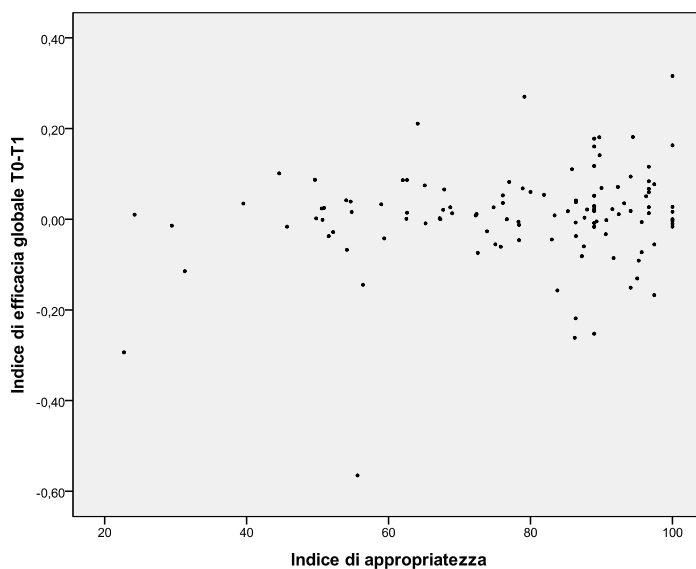
## APPROFONDIMENTI SULLA VALUTAZIONE DI EFFICACIA E DI APPROPRIATEZZA

### Relazione tra indice di efficacia basato sulle scale di valutazione e indice di appropriatezza

Abbiamo studiato se esiste un qualche tipo di relazione tra l'efficacia ottenuta con il modello di presa in carico e il grado di adesione al protocollo e appropriatezza nell'uso degli strumenti.

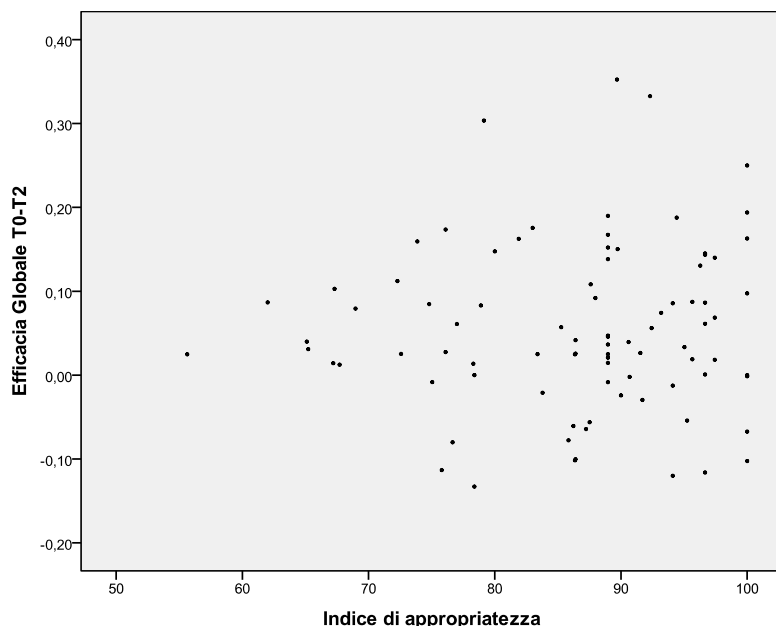
*Non è emersa correlazione generale* tra indice di appropriatezza e indice di efficacia globale basato sulle scale di valutazione.

Fig. 24 – Diagramma a dispersione: indice di efficacia globale  $T_0-T_1$  basato sulle scale di valutazione e indice di appropriatezza



Lo stesso andamento è osservabile se si considera l'efficacia osservata su tutto il periodo ( $T_0-T_2$ ).

Fig. 25 – Diagramma a dispersione: indice di efficacia globale  $T_0-T_2$  basato sulle scale di valutazione e indice di appropriatezza



È stato scorporato *l'indice di appropriatezza nelle due fasi* del percorso di presa in carico ( $T_0-T_1$  e  $T_1-T_2$ ):

$T_0-T_1$ :

- l'analisi del problema a  $T_0$ , con valutazione attraverso scale e schema polare;
- il programma delle attività a  $T_0$  (stesura piano personalizzato e fattori osservabili);
- la verifica e valutazione  $T_0-T_1$  (verifica attuazione piano e risultati attesi);
- l'analisi del problema a  $T_1$ .

$T_1-T_2$ :

- l'analisi del problema a  $T_1$ ;
- il programma delle attività a  $T_1$ ;
- la verifica e valutazione  $T_1-T_2$ ;
- l'analisi del problema a  $T_2$ .

In questo modo, a ogni fase del percorso è stato possibile associare quanto effettivamente gli operatori hanno seguito il protocollo nella stessa fase.

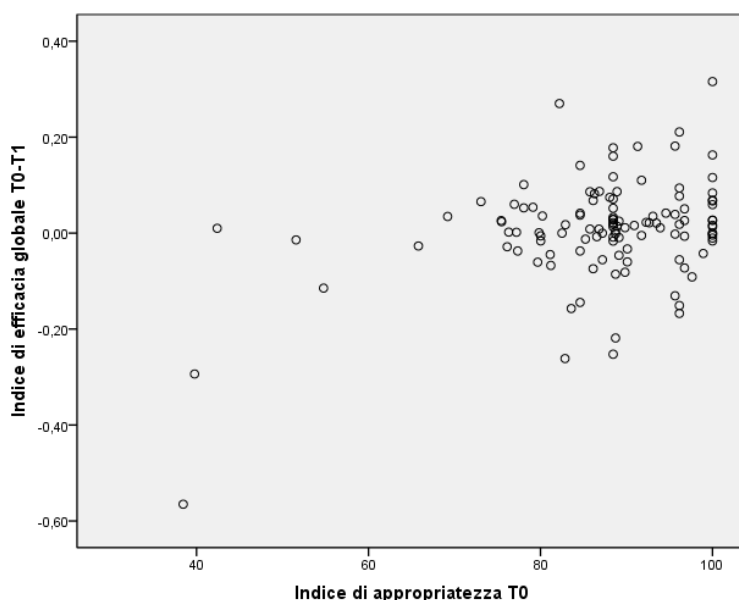
Se si considera la prima fase, che va dall'analisi del problema a  $T_0$  allo schema polare a  $T_1$ , si osserva una *correlazione significativa e positiva* con l'indice di efficacia globale realizzato nel periodo  $T_0-T_1$ . In altre parole, facendo riferimento alla prima fase della presa in carico, emerge che a un maggior grado di appropriatezza e adesione al protocollo da parte degli operatori corrisponde in media una maggiore efficacia del percorso di presa in carico del minore.

Tab. 29 – Correlazione tra indice di efficacia globale T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub> basato sulle scale di valutazione e indice di appropriatezza

	Media	Indice di efficacia globale T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Indice di appropriatezza
Indice di efficacia globale T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Correlazione di Pearson	1	0,387**
	Sig. (2-code)		0,000
	N	117	117
Indice di appropriatezza T <sub>0</sub>	Correlazione di Pearson	0,387**	1
	Sig. (2-code)	0,000	
	N	117	127

\*\* La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

Fig. 26 – Diagramma a dispersione: indice di efficacia globale T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub> basato sulle scale di valutazione e indice di appropriatezza T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>



### Campione ridefinito: appropriatezza ≥ 60

A seguito dell'analisi di appropriatezza, le analisi di approfondimento e i confronti tra gruppo sperimentale e controllo sono state limitate ai casi che presentano un *indice di appropriatezza maggiore o uguale a 60 su 100*.

Il campione si è ridotto così del 25%, passando da 127 minori (74 del gruppo sperimentale e 53 del gruppo di controllo) a 96 (51 sperimentale e 45 controllo).

Questa riduzione di numerosità ci offre una prima indicazione sull'importanza di valutare l'appropriatezza in rapporto all'efficacia. Gli operatori che hanno partecipato allo studio avevano un buon livello di motivazione e preparazione e, malgrado questo, abbiamo osservato una perdita del 25%, considerando un livello di appropriatezza maggiore o uguale al 60 su 100. Questo ci dice quanto sia necessario investire per alzare in futuro tale soglia.



Tab. 30 - Campione complessivo: numero di casi per regione e gruppo

Regione	Controllo	Sperimentale	Totale
Abruzzo		19	19
Basilicata	10	10	20
Emilia Romagna	11	15	26
Piemonte	10	10	20
Toscana	10	13	23
Veneto	12	7	19
<i>Totale</i>	<i>53</i>	<i>74</i>	<i>127</i>

Tab. 31 - Campione ridefinito: numero di casi per regione e gruppo

Regione	Controllo	Sperimentale	Totale
Abruzzo		17	17
Basilicata	9	9	18
Emilia Romagna	10	8	18
Piemonte	8	5	13
Toscana	6	12	18
Veneto	12		12
<i>Totale</i>	<i>45</i>	<i>51</i>	<i>96</i>

Nel complesso, considerando l'intero campione (sia gruppo controllo, sia gruppo sperimentale), l'efficacia assume valori in media positivi, e la percentuale di punteggi positivi, che indicano un miglioramento tra  $T_0$  e  $T_1$ , supera quella dei punteggi negativi. Gli aspetti socioambientali relazionali sono quelli che registrano il maggior grado di miglioramento tra  $T_0$ - $T_1$  (58% delle persone migliora sotto questo punto di vista, l'8% non registra alcun cambiamento, il 34% peggiora). Viceversa, nell'aspetto funzionale-organico, non si osservano particolari miglioramenti o peggioramenti, come è ragionevole aspettarsi nei casi in cui non sono presenti patologie e compromissioni funzionali. Infatti, per il 73% delle persone non si registra alcun cambiamento.

Valutazione di efficacia  $T_0$ - $T_1$

Tab. 32 – Indici di efficacia  $T_0$ - $T_1$  basati sulle scale di valutazione

	N		Media	Minimo	Massimo
	Validi	Mancanti			
Efficacia Globale $T_0T_1$	95	1	0,0177	-0,26	0,32
Efficacia Cognitivo $T_0T_1$	92	4	0,0165	-0,34	0,46
Efficacia Funzionale $T_0T_1$	94	2	0,0099	-0,80	0,85
Efficacia Sociorelazionale $T_0T_1$	95	1	0,0267	-0,27	0,34
Efficacia Relazionale $T_0T_1$	90	6	0,0298	-0,32	0,46
Efficacia Sistema Responsabilità $T_0T_1$	93	3	0,0199	-0,43	0,45

	N		Punteggi negativi	Nessun cambiam.	Punteggi positivi
	Validi	Mancanti			
Efficacia Globale $T_0T_1$	95	1	31,6%	10,5%	57,9%
Efficacia Cognitivo $T_0T_1$	92	4	22,8%	41,3%	35,9%
Efficacia Funzionale $T_0T_1$	94	2	9,6%	73,4%	17%
Efficacia Sociorelazionale $T_0T_1$	95	1	33,7%	8,4%	57,9%
Efficacia Relazionale $T_0T_1$	90	6	28,9%	14,4%	56,7%
Efficacia Sistema Responsabilità $T_0T_1$	93	3	24,7%	60,2%	15,1%

Per ogni gruppo (sperimentale e controllo) si è costruito un *indice medio di efficacia del gruppo*, calcolato come funzione degli indici di efficacia di tutte le persone che appartengono al gruppo.

Confronto tra gruppo controllo e sperimentale

Una delle ipotesi di ricerca da verificare ( $H_0$ ) è che l'efficacia del gruppo sperimentale sia maggiore dell'efficacia del gruppo di controllo (a parità di gravità iniziale).

Tale ipotesi è stata verificata con *l'analisi ANOVA della varianza*, che confronta i valori medi di efficacia dei due gruppi. Affinchè le differenze tra medie siano significative, non è sufficiente che il livello medio di efficacia sia diverso, ma anche che gli intervalli di confidenza costruiti intorno alla media del gruppo (considerando appunto la varianza) non si sovrappongano. In questo caso si potrà concludere che le differenze in media tra i due gruppi sono statisticamente significative, nonostante la variabilità dei singoli casi.

Il dominio per cui vi sono differenze in media significative tra gruppo di controllo e gruppo sperimentale è il socioambientale relazionale (in particolare l'indice relativo al sistema delle responsabilità). Il gruppo di controllo, in questo caso, registra un livello più alto dell'indice di efficacia rispetto al gruppo sperimentale.

Tab. 33 – Indici di efficacia  $T_0$ - $T_1$  basati sulle scale di valutazione: statistiche descrittive (numero di casi, valori medi, minimo e massimo) distinte per gruppo sperimentale e controllo

		N	Media	I.C. 95% per la media		Minimo	Massimo
				Limite inferiore	Limite superiore		
Efficacia Globale $T_0$ $T_1$	Controllo	45	0,0368	0,0085	0,0652	-0,25	0,32
	Sperimentale	50	0,0005	-0,0253	0,0263	-0,26	0,27
	Totale	95	0,0177	-0,0014	0,0368	-0,26	0,32
Efficacia Cognitivo $T_0$ $T_1$	Controllo	42	0,0274	-0,0085	0,0632	-0,32	0,29
	Sperimentale	50	0,0074	-0,0305	0,0454	-0,34	0,46
	Totale	92	0,0165	-0,0094	0,0425	-0,34	0,46
Efficacia Funzionale $T_0$ $T_1$	Controllo	44	0,0140	-0,0492	0,0771	-0,80	0,85
	Sperimentale	50	0,0063	-0,0223	0,0350	-0,29	0,28
	Totale	94	0,0099	-0,0227	0,0425	-0,80	0,85
Efficacia Sociorelazionale $T_0$ $T_1$	Controllo	45	0,0701	0,0373	0,1029	-0,13	0,34
	Sperimentale	50	-0,0123	-0,0438	0,0191	-0,27	0,26
	Totale	95	0,0267	0,0029	0,0506	-0,27	0,34
Efficacia Relazionale $T_0$ $T_1$	Controllo	43	0,0557	0,0122	0,0992	-0,29	0,46
	Sperimentale	47	0,0061	-0,0334	0,0456	-0,32	0,32
	Totale	90	0,0298	0,0006	0,0590	-0,32	0,46
Efficacia Sistema Responsabilità $T_0$ $T_1$	Controllo	43	0,0703	0,0284	0,1123	-0,25	0,45
	Sperimentale	50	-0,0235	-0,0665	0,0195	-0,43	0,40
	Totale	93	0,0199	-0,0112	0,0510	-0,43	0,45

Le caselle con sfondo grigio indicano differenze in media significative dell'indice di efficacia  $T_0$ - $T_1$ .

Tab. 34 - Dettaglio per regione, statistiche descrittive distinte per gruppo sperimentale e controllo

Indici di efficacia $T_0-T_1$	Regione	Media			N		
		Controllo	Sperim.	Totale	Controllo	Sperim.	Totale
Efficacia Globale $T_0-T_1$	Abruzzo		-0,0127	-0,0127		16	16
	Basilicata	-0,0214	0,0240	0,0013	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,0399	0,0588	0,0483	10	8	18
	Piemonte	0,0699	-0,0507	0,0235	8	5	13
	Toscana	0,0532	-0,0171	0,0063	6	12	18
	Veneto	0,0478		0,0478	12		12
	Totale	0,0368	0,0005	0,0177	45	50	95
Efficacia Cognitivo $T_0-T_1$	Abruzzo		0,0116	0,0116		16	16
	Basilicata	0,0363	0,0442	0,0410	6	9	15
	Emilia-Romagna	0,0334	0,0635	0,0468	10	8	18
	Piemonte	0,1142	-0,0639	0,0457	8	5	13
	Toscana	-0,0281	-0,0332	-0,0315	6	12	18
	Veneto	-0,0123		-0,0123	12		12
	Totale	0,0274	0,0074	0,0165	42	50	92
Efficacia Funzionale $T_0-T_1$	Abruzzo		0,0165	0,0165		16	16
	Basilicata	-0,1191	0,0291	-0,0450	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,0302	0,0681	0,0470	10	8	18
	Piemonte	0,0730	-0,0572	0,0229	8	5	13
	Toscana	-0,0112	-0,0389	-0,0308	5	12	17
	Veneto	0,0714		0,0714	12		12
	Totale	0,0140	0,0063	0,0099	44	50	94
Efficacia Relazionale $T_0-T_1$	Abruzzo		0,0213	0,0213		13	13
	Basilicata	0,0746	0,0002	0,0352	8	9	17
	Emilia-Romagna	-0,0305	0,0087	-0,0131	10	8	18
	Piemonte	0,0637	-0,0622	0,0153	8	5	13
	Toscana	0,1290	0,0208	0,0569	6	12	18
	Veneto	0,0745		0,0745	11		11
	Totale	0,0557	0,0061	0,0298	43	47	90
Efficacia Responsabilità $T_0-T_1$	Abruzzo		-0,1281	-0,1281		16	16
	Basilicata	0,0278	-0,0028	0,0125	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,1425	0,0812	0,1153	10	8	18
	Piemonte	-0,0188	0,0000	-0,0115	8	5	13
	Toscana	0,1833	0,0208	0,0750	6	12	18
	Veneto	0,0400		0,0400	10		10
	Totale	0,0703	-0,0235	0,0199	43	50	93
Efficacia Sociorelazionale $T_0-T_1$	Abruzzo		-0,0662	-0,0662		16	16
	Basilicata	0,0518	-0,0013	0,0253	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,0560	0,0450	0,0511	10	8	18
	Piemonte	0,0225	-0,0311	0,0019	8	5	13
	Toscana	0,1561	0,0208	0,0659	6	12	18
	Veneto	0,0844		0,0844	12		12
	Totale	0,0701	-0,0123	0,0267	45	50	95

Le caselle con sfondo grigio indicano le regioni in cui, malgrado la bassa numerosità, si osservano differenze in media significative dell'indice di efficacia  $T_0-T_1$ .

Allungando il periodo temporale di osservazione, i cambiamenti si fanno più consistenti, aumentano le persone che registrano un miglioramento rispetto alla situazione iniziale  $T_0$  e diminuiscono quelle che peggiorano. Nel complesso (indice di efficacia globale), il 70% dei minori migliora nell'arco dei 6 mesi di osservazione ( $T_0-T_2$ ), soltanto il 23% peggiora e il 7% non presenta cambiamenti particolari. Il dominio più sensibile è ancora una volta quello socioambientale relazionale, in cui soltanto il 6% non subisce cambiamenti, il 71% migliora e il 23% peggiora.

Valutazione di  
efficacia  $T_0-T_2$

Tab. 35 – Indici di efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub> basati sulle scale di valutazione

	N		Media	Minimo	Massimo
	Validi	Mancanti			
Efficacia Globale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	87	9	0,0540	-0,13	0,35
Efficacia Cognitivo T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	85	11	0,0501	-0,36	0,48
Efficacia Funzionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	86	10	0,0242	-0,32	0,85
Efficacia Sociorelazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	86	10	0,0755	-0,21	0,33
Efficacia Relazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	84	12	0,1006	-0,30	0,63
Efficacia Sistema Responsabilità T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	85	11	0,0500	-0,43	0,55

	N		Punteggi negativi	Nessun cambiam.	Punteggi positivi
	Validi	Mancanti			
Efficacia Globale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	87	9	23,0%	6,9%	70,1%
Efficacia Cognitivo T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	85	11	17,6%	41,2%	41,2%
Efficacia Funzionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	86	10	9,3%	70,9%	19,8%
Efficacia Sociorelazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	86	10	23,3%	5,8%	70,9%
Efficacia Relazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	84	12	21,4%	13,1%	65,5%
Efficacia Sistema Responsabilità T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	85	11	22,4%	29,4%	48,2%

Tra T<sub>0</sub> e T<sub>2</sub> il dominio in cui si osservano differenze in media statisticamente significative tra gruppo sperimentale e di controllo è quello relativo al sistema delle responsabilità. Il gruppo di controllo in 6 mesi registra un miglioramento del sistema delle responsabilità, più ridotto quello del gruppo sperimentale.

Confronto tra gruppo controllo e sperimentale

Tab. 36 – Indici di efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub> basati sulle scale di valutazione: statistiche descrittive (numero di casi, valori medi, minimo e massimo) distinte per gruppo sperimentale e controllo

		N	Media	I.C. 95% per la media		Minimo	Massimo
				Limite inferiore	Limite superiore		
Efficacia Globale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Controllo	42	0,0621	0,0315	0,0928	-0,12	0,33
	Sperimentale	45	0,0463	0,0162	0,0765	-0,13	0,35
	Totale	87	0,0540	0,0328	0,0751	-0,13	0,35
Efficacia Cognitivo T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Controllo	40	0,0474	0,0007	0,0942	-0,29	0,46
	Sperimentale	45	0,0524	0,0058	0,0990	-0,36	0,48
	Totale	85	0,0501	0,0177	0,0824	-0,36	0,48
Efficacia Funzionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Controllo	41	0,0276	-0,0275	0,0826	-0,32	0,85
	Sperimentale	45	0,0212	-0,0115	0,0539	-0,24	0,28
	Totale	86	0,0242	-0,0064	0,0549	-0,32	0,85
Efficacia Sociorelazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Controllo	41	0,0866	0,0523	0,1208	-0,11	0,33
	Sperimentale	45	0,0654	0,0278	0,1031	-0,21	0,30
	Totale	86	0,0755	0,0503	0,1007	-0,21	0,33
Efficacia Relazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Controllo	40	0,0697	0,0190	0,1205	-0,30	0,46
	Sperimentale	44	0,1287	0,0689	0,1884	-0,24	0,63
	Totale	84	0,1006	0,0613	0,1399	-0,30	0,63
Efficacia Sistema Responsabilità T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Controllo	40	0,1019	0,0538	0,1500	-0,20	0,55
	Sperimentale	45	0,0039	-0,0412	0,0490	-0,43	0,35
	Totale	85	0,0500	0,0161	0,0839	-0,43	0,55

Le caselle con sfondo grigio indicano differenze in media significative dell'indice di efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>.

Tab. 37 - Dettaglio per regione, statistiche descrittive distinte per gruppo sperimentale e controllo

Indici di efficacia T <sub>0</sub> -T <sub>2</sub>	Regione	Media			N		
		Controllo	Sperim.	Totale	Controllo	Sperim.	Totale
Efficacia globale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Abruzzo		0,0392	0,0392		16	16
	Basilicata	0,0878	0,0390	0,0634	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,0537	0,0634	0,0569	10	5	15
	Piemonte	0,0616	0,0242	0,0514	8	3	11
	Toscana	0,0752	0,0598	0,0643	5	12	17
	Veneto	0,0415		0,0415	10		10
	Totale	0,0621	0,0463	0,0540	42	45	87
Efficacia Cognitivo T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Abruzzo		0,0624	0,0624		16	16
	Basilicata	0,0710	0,0488	0,0593	8	9	17
	Emilia-Romagna	0,0414	0,0298	0,0372	9	5	14
	Piemonte	0,0896	0,0389	0,0758	8	3	11
	Toscana	0,0930	0,0544	0,0658	5	12	17
	Veneto	-0,0226		-0,0226	10		10
	Totale	0,0474	0,0524	0,0501	40	45	85
Efficacia Funzionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Abruzzo		0,0068	0,0068		16	16
	Basilicata	0,0222	0,0380	0,0301	9	9	18
	Emilia-Romagna	-0,0006	0,0541	0,0177	10	5	15
	Piemonte	0,0715	0,0262	0,0591	8	3	11
	Toscana	-0,1347	0,0130	-0,0239	4	12	16
	Veneto	0,0903		0,0903	10		10
	Totale	0,0276	0,0212	0,0242	41	45	86
Efficacia Relazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Abruzzo		0,1985	0,1985		16	16
	Basilicata	0,1521	0,0607	0,1064	9	9	18
	Emilia-Romagna	-0,0265	0,0713	0,0036	9	4	13
	Piemonte	0,0537	-0,0184	0,0340	8	3	11
	Toscana	0,1262	0,1425	0,1377	5	12	17
	Veneto	0,0665		0,0665	9		9
	Totale	0,0697	0,1287	0,1006	40	44	84
Efficacia Responsabilità T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Abruzzo		-0,1016	-0,1016		16	16
	Basilicata	0,1500	0,0000	0,0750	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,2056	0,1450	0,1839	9	5	14
	Piemonte	0,0214	0,0333	0,0250	7	3	10
	Toscana	0,1250	0,0813	0,0941	5	12	17
	Veneto	0,0100		0,0100	10		10
	Totale	0,1019	0,0039	0,0500	40	45	85
Efficacia Sociorelazionale T <sub>0</sub> T <sub>2</sub>	Abruzzo		0,0485	0,0485		16	16
	Basilicata	0,1511	0,0303	0,0907	9	9	18
	Emilia-Romagna	0,0895	0,1062	0,0955	9	5	14
	Piemonte	0,0236	0,0074	0,0192	8	3	11
	Toscana	0,1256	0,1119	0,1159	5	12	17
	Veneto	0,0567		0,0567	10		10
	Totale	0,0866	0,0654	0,0755	41	45	86

Le caselle con sfondo grigio indicano le regioni in cui, malgrado la bassa numerosità, si osservano differenze in media significative dell'indice di efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>.

### Profili di gravità - situazione a T<sub>0</sub>

Ci siamo chiesti perché il gruppo di controllo ha avuto, pur se in modo limitato, un maggiore beneficio, e come può essere spiegato. Una spiegazione è dovuta al fatto che le situazioni di partenza dei due gruppi (sperimentale e controllo) sono differenti, mediamente più gravi quelle del gruppo di controllo. Infatti, per quanto riguarda la situazione di partenza (profili di gravità a T<sub>0</sub>) esistono differenze statisticamente significative tra gruppo sperimentale e di controllo. Nel

complesso (indice di benessere globale) i minori che appartengono al gruppo sperimentale partono da una situazione iniziale meno grave rispetto a quelli del gruppo di controllo. Le valutazioni sono più elevate in quasi tutti i domini di interesse (cognitivo comportamentale, funzionale-organico e socioambientale-relazionale). L'unico dominio in cui non si osservano differenze in media significative è quello relativo al sistema delle responsabilità.

Tab. 38 – Profili di gravità a  $T_0$ : statistiche descrittive (numero di casi, valori medi, minimo e massimo) distinte per gruppo sperimentale e controllo

		N	Media	I.C. 95% per la media		Minimo	Massimo
				Limite inferiore	Limite superiore		
Globale	Controllo	45	0,6508	0,5993	0,7023	0,17	0,90
	Sperimentale	51	0,7615	0,7246	0,7983	0,41	0,95
	Totale	96	0,7096	0,6771	0,7421	0,17	0,95
Cognitivo-comportamentale	Controllo	44	0,6639	0,5825	0,7453	0,09	1,00
	Sperimentale	51	0,8096	0,7471	0,8721	0,17	1,00
	Totale	95	0,7421	0,6904	0,7938	0,09	1,00
Funzionale-organico	Controllo	44	0,8417	0,7667	0,9167	0,05	1,00
	Sperimentale	51	0,9437	0,9110	0,9764	0,63	1,00
	Totale	95	0,8964	0,8569	0,9360	0,05	1,00
Socio-relazionale	Controllo	44	0,5432	0,4789	0,6075	0,10	1,00
	Sperimentale	51	0,6284	0,5739	0,6830	0,22	1,00
	Totale	95	0,5890	0,5471	0,6308	0,10	1,00
Sistema responsabilità	Controllo	45	0,3733	0,3237	0,4230	0,10	0,78
	Sperimentale	51	0,4338	0,3828	0,4849	0,13	0,83
	Totale	96	0,4055	0,3698	0,4411	0,10	0,83
Socioambientale-relazionale	Controllo	45	0,4539	0,4149	0,4929	0,15	0,71
	Sperimentale	51	0,5311	0,4927	0,5696	0,23	0,85
	Totale	96	0,4949	0,4669	0,5230	0,15	0,85

Le caselle con sfondo grigio indicano differenze in media significative del profilo di gravità a  $T_0$ .

### Efficacia e profilo di gravità a $T_0$

Le indicazioni di carattere generale emergenti dall'analisi complessiva su tutti i casi hanno evidenziato la necessità di tenere in grande considerazione la situazione di partenza nello studio dell'efficacia (variazione di benessere tra  $T_0$  e  $T_1$ ), dal momento che variazioni di uguale intensità possono significare cose diverse se la situazione di partenza è più o meno grave.

Si sono dunque utilizzati modelli di regressione multivariata per valutare l'efficacia misurata attraverso le scale di valutazione, tenendo conto della situazione di partenza e di possibili variabili modificatrici di effetto, quali il genere e l'età. È risultato che la situazione di partenza a  $T_0$  è l'unica variabile associata in qualche modo all'efficacia.

Ad esempio, se si considera il periodo di tempo  $T_0$ - $T_1$ , due sono le variabili correlate in modo significativo con l'indice di efficacia: l'indice di benessere globale a  $T_0$  e l'età alla prima valutazione. La correlazione con l'età del minore è positiva, nel senso che al crescere dell'età, l'efficacia mediamente migliora. Invece, *la correlazione con l'indice di benessere globale a  $T_0$  è negativa*: ad una migliore situa-

zione iniziale del minore corrisponde in media un minor grado di efficacia del piano personalizzato. In altre parole, i miglioramenti ottenibili attraverso un piano personalizzato sono maggiormente apprezzabili nelle situazioni più gravi, in cui la condizione iniziale del minore, dal punto di vista funzionale-organico, cognitivo-comportamentale e socioambientale-relazionale, è più compromessa. Inoltre è emerso che, a parità di situazione di partenza, non vi sono differenze di efficacia statisticamente significative tra gruppo sperimentale e controllo nel breve periodo.

Tab. 39 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia globale T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,140	0,043		3,297	0,001
Gruppo	-0,017	0,019	-0,093	-0,901	0,370
Genere	0,000	0,019	0,002	0,019	0,985
Età	0,005	0,002	0,235	2,301	0,024
Indice di benessere globale T <sub>0</sub>	-0,222	0,062	-0,382	-3,570	0,001

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

La varianza spiegata dal modello è del 14%. Dunque, il profilo di gravità del minore (valutazione attraverso le scale a T<sub>0</sub>) aiuta a spiegare parzialmente le differenze nell'indice di efficacia, ma altro resta ancora da spiegare. Come ci insegna l'esperienza, molto dipende dalla famiglia, dalle scelte del processo di presa in carico, dalla capacità degli operatori di capire le effettive possibilità di miglioramento, da eventi indipendenti che si sono verificati nel tempo di osservazione (per esempio, morte di uno dei genitori, trasferimento della famiglia ecc.).

Vediamo ora *l'efficacia per i domini di interesse*: cognitivo-comportamentale, funzionale-organico, socio ambientale-relazionale (suddiviso in socio relazionale e sistema delle responsabilità).

Il profilo cognitivo-comportamentale a T<sub>0</sub> riesce a spiegare il 17% della variabilità dell'indice di efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>. Non si osservano effetti significativi del gruppo di appartenenza (sperimentale o controllo), a parità di profilo di gravità iniziale.

Cognitivo-comportamentale

Tab. 40 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia cognitivo-comportamentale T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,218	0,052		4,189	0,000
Gruppo	0,043	0,031	0,143	1,358	0,178
Genere	0,008	0,031	0,027	0,261	0,795
Età	-0,000	0,004	0,000	-0,002	0,998
Cognitivo-comportamentale T <sub>0</sub>	-0,268	0,066	-0,457	-4,074	0,000

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

Il profilo funzionale-organico a  $T_0$  riesce a spiegare il 27% della variabilità dell'indice di efficacia  $T_0$ - $T_2$ . Non si osservano effetti significativi del gruppo di appartenenza (sperimentale o controllo), a parità di profilo di gravità iniziale.

Funzionale-organico

Tab. 41 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia funzionale-organico  $T_0$ - $T_2$

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,351	0,063		5,529	0,000
Gruppo	0,033	0,028	0,113	1,170	0,246
Genere	-0,001	0,027	-0,002	-0,022	0,983
Età alla compilazione	0,004	0,003	0,122	1,280	0,204
Funzionale-organico $T_0$	-0,422	0,071	-0,587	-5,972	0,000

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

Il profilo socio ambientale-relazionale a  $T_0$  riesce a spiegare il 21% della variabilità dell'indice di efficacia  $T_0$ - $T_2$ . Non si osservano effetti significativi del gruppo di appartenenza (sperimentale o controllo), a parità di profilo di gravità iniziale.

Socioambientale-relazionale

Tab. 42 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia socioambientale-relazionale  $T_0$ - $T_2$

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,237	0,048		4,923	0,000
Gruppo	0,009	0,024	0,039	0,380	0,705
Genere	0,016	0,023	0,066	0,679	0,499
Età alla compilazione	0,004	0,003	0,148	1,510	0,135
Socioambientale-relazionale $T_0$	-0,417	0,085	-0,497	-4,907	0,000

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

### Condizioni di rendimento del protocollo sperimentale

Analizzando in modo più specifico l'influenza del sistema di responsabilità e del dominio socio-relazionale, abbiamo osservato anche l'effetto del gruppo di appartenenza nel determinare l'efficacia del percorso di presa in carico.

Per entrambi i gruppi (sperimentale e controllo), la condizione socio-relazionale a  $T_0$  ha un effetto negativo sull'efficacia misurata tra  $T_0$ - $T_2$ : più compromessa è la situazione di partenza, più è possibile osservare miglioramenti consistenti nel periodo considerato. Tale condizione, però, influenza in misura differente la valutazione di efficacia, a seconda che il minore appartenga al gruppo sperimentale o di controllo: nel primo l'effetto della condizione a  $T_0$  è più forte rispetto al secondo. In altre parole, se nel gruppo di controllo i miglioramenti ottenibili in 6 mesi dipendono debolmente da quanto la sfera affettiva e socio-relazionale del minore è compromessa, nel gruppo sperimentale, al contrario, molto dipende dalla situazione di partenza e i maggiori risultati di efficacia si osservano dove la condizione iniziale è maggiormente compromessa.



Tab. 43 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia socio-relazionale T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,160	0,069		2,302	0,024
Gruppo	0,343	0,118	0,952	2,913	0,005
Socio-relazionale T <sub>0</sub>	-0,165	0,118	-0,193	-1,395	0,167
Interaz. Gruppo* Socio-relazionale T <sub>0</sub>	-0,535	0,238	-0,805	-2,250	0,027

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

**Interpretazione dei parametri del modello (Y= efficacia socio-relazionale)**

- se gruppo controllo:

$$Y = 0,160 - 0,165 * \text{Profilo } T_0.$$

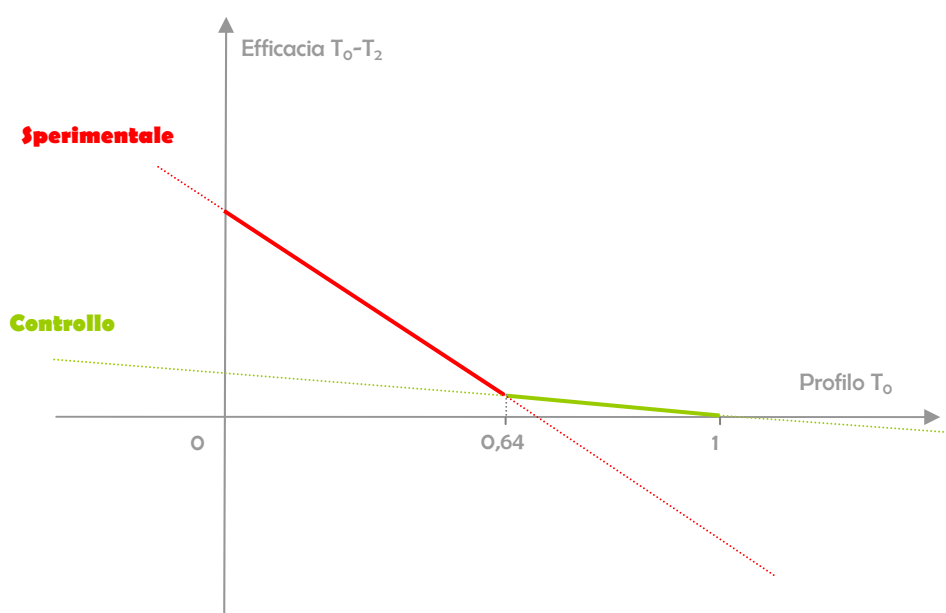
- se gruppo sperimentale:

$$Y = 0,160 + 0,343 + (-0,165 - 0,535) * \text{Profilo } T_0 = 0,503 - 0,700 * \text{Profilo } T_0.$$

In sintesi, l'efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub> è più elevata nel gruppo di controllo quando i minori hanno un livello di benessere iniziale più elevato (indice di benessere socio-relazionale >0,64), viceversa l'efficacia T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub> è maggiore nel gruppo sperimentale quando i minori presentano una condizione a T<sub>0</sub> più compromessa (indice di benessere socio-relazionale <0,64).

Questo risultato è evidenziato nella successiva figura, che mostra la maggiore capacità, con gli strumenti del gruppo sperimentale, di conseguire un esito positivo (e una riduzione del rischio) proprio per i ragazzi con maggiore sofferenza in quest'area e, anche per questo, a maggiore rischio di allontanamento.

Fig. 27 – Schema del modello di regressione per l'indice di efficacia socio-relazionale T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>



Per entrambi i gruppi (sperimentale e controllo), il sistema delle responsabilità a  $T_0$  ha un effetto negativo sull'efficacia misurata tra  $T_0$ - $T_2$ : più compromessa è la situazione di partenza, più è possibile osservare un miglioramento consistente nel periodo considerato. L'effetto è molto forte: da solo riesce a spiegare il 38% della varianza.

Tab. 44 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia sistema delle responsabilità  $T_0$ - $T_2$

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,302	0,047		6,470	0,000
Gruppo	-0,059	0,028	-0,188	-2,102	0,039
Genere	0,008	0,028	0,026	0,301	0,765
Età alla compilazione	-0,001	0,003	-0,021	-0,247	0,806
Sistema responsabilità $T_0$	-0,529	0,080	-0,582	-6,622	0,000

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

## Conclusioni

Dalle analisi, come abbiamo visto, è emerso che l'efficacia misurata attraverso le scale di valutazione dipende in buona misura dal profilo di gravità iniziale a  $T_0$ . Ad esempio, la condizione cognitivo-comportamentale a  $T_0$  spiega il 17% della variabilità dell'indice di efficacia  $T_0$ - $T_2$ , il sistema delle responsabilità a  $T_0$  riesce a spiegare il 38% della varianza dell'indice di efficacia  $T_0$ - $T_2$ . Grazie a questo risultato, altri fattori potenzialmente legati all'efficacia potranno essere studiati attraverso ricerche e approfondimenti mirati.

Alla luce di questi risultati abbiamo verificato che lo stesso andamento caratterizza anche i casi con un'appropriatezza *maggiore o uguale a 80*, ovvero che hanno seguito fedelmente il protocollo e hanno completato il progetto di presa in carico.

Il campione di partenza passa da 127 minori (74 del gruppo sperimentale e 53 del gruppo di controllo) a 67 (27 sperimentale e 40 controllo). In pratica il campione iniziale viene dimezzato e, in particolare, il gruppo sperimentale diminuisce del 64%, quello di controllo del 47%. Questo andamento ci porta a ribadire la considerazione precedente, ovvero la necessità di sostenere gli operatori nel valutare e monitorare il grado di appropriatezza della propria azione, per sperare di ottenere esiti maggiori.

## CONSIDERAZIONI DI SINTESI

### Il punto di partenza

Il progetto ha fatto propria l'idea che il metodo sperimentale può contribuire ad affrontare i problemi dell'esito conseguibile in contesti di vita reale. Per questo non ci siamo limitati a selezionare alcune variabili (un numero troppo basso di variabili non rappresenta le dimensioni dei problemi da affrontare), ma ne abbiamo utilizzate molte (specifiche per i tre domini di osservazione: funzionale-organico, cognitivo-comportamentale, socioambientale e relazionale).

Questa scelta ci ha portato a costruire un disegno sperimentale impegnativo da sostenere, sia da parte dei ricercatori che degli operatori. Nel contempo, ha stimolato un ripensamento delle prassi quotidiane e del rapporto tra teoria e prassi operativa. Il punto di partenza è stato: in che modo possiamo collegare i processi e gli esiti con un protocollo personalizzato centrato sui bisogni?

A questo scopo abbiamo prima guardato come si risponde a queste domande a livello internazionale (sezione 1) e nel nostro Paese (sezione 2). Tutto questo non ci è bastato e si è reso necessario capire più in profondità se e quali ulteriori risposte potevano essere date al problema.

Consapevoli di questa carenza, e al fine di ridurla, è stato costruito lo studio sperimentale multicentrico, in collaborazione con 6 regioni (sezione 6), che ci ha messo a disposizione ulteriori risposte.

La principale riguarda l'utilità, in prospettiva futura, delle scelte sperimentali, che ci hanno permesso una conoscenza diretta degli indici di efficacia e di rendimento professionale del protocollo di sperimentazione. Essa è stata ottenuta considerando le condizioni di appropriatezza e l'impatto della valutazione di esito realizzato con la metodologia S-P, grazie alla possibilità di confrontare risultati ottenuti in diverse configurazioni organizzative, territoriali e metodologiche, coinvolgendo un notevole numero di bambini/ragazzi, genitori e operatori.

Come collegare processi ed esiti

Tab. 45 – Ripartizione dei casi e delle funzioni (valutazioni a T<sub>0</sub>)

Gruppo	Abruzzo	Basilicata	Emilia-R.	Piemonte	Toscana	Veneto
Sperimentale	Ambito 9 Foro A. Ambito 33 PE	Ambito Basento – Brad.	Asp Sud-Est Langhirano	Città di Torino Circ. 1-4-5-6-9	Zona Valdarno Inferiore	Distretto 3-4 Ulss 9 TV
<i>N minori</i>	19	10	15	10	13	7
Controllo	-	Città di Potenza	Comune di Cesena	Città di Torino Circ. 2-3-7-8-10	Comune di Firenze	Distretto 1-2 Ulss 9 TV
<i>N minori</i>	-	10	11	10	10	12
<b>Totale minori</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>19</b>

La ricerca si è basata su **127** bambini/ragazzi, suddivisi in due gruppi: **74** nel gruppo sperimentale (58,3%) e **53** nel gruppo di controllo (41,7%), superando il numero atteso di casi previsti (pari a 120 casi).

Tab. 46 – Distribuzione casi per area territoriale

		<i>Numero casi</i>	<i>Scale SP T<sub>0</sub></i>	<i>Piano op. T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub></i>	<i>Scale SP T<sub>1</sub></i>	<i>Piano op. T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub></i>	<i>Scale SP T<sub>2</sub></i>
<b>Italia</b>	<b>Abruzzo</b> 19*	Sperimentale 9	9	7	7	7	7
		Sperimentale 10	10	10	10	10	10
	<b>Basilicata</b> 20	Sperimentale 10	10	10	10	7	9
		Controllo 10	10		9		10
	<b>Emilia-R.</b> 26	Sperimentale 15	15	15	15	7	5
		Controllo 11	11		11		8
	<b>Piemonte</b> 21	Sperimentale 10	10	7	8	4	4
		Controllo 10	10		10		8
	<b>Toscana</b> 23	Sperimentale 13	13	13	13	12	12
		Controllo 10	10		7		6
	<b>Veneto</b> 19	Sperimentale 7	7	6	4	0	0
		Controllo 12	12		12		10

\* Va aggiunto un caso di studio di allontanamento

Nelle regioni Emilia-Romagna (12), Abruzzo (3) e Veneto (3) sono stati considerati anche genitori

Questa composizione del disegno sperimentale ha messo in grado tutti i gruppi territoriali (sperimentali e controllo) di confrontarsi e di operare con efficacia verificata già nel breve periodo, misurando gli esiti ottenuti.

Si tratta di un risultato di non poco conto rispetto alle pratiche usuali, i cui esiti sono poco conosciuti, visto che buona parte dell'attenzione è rivolta alle risorse e ai costi, in condizioni operative dominate dall'emergenza (quindi ostacolanti la presa in carico personalizzata e appropriata, riducendo anche, in questo modo, gli indici attesi di efficacia).

Una seconda risposta è stata ottenuta entrando nel merito dell'esito (*outcome*) conseguito per figli e genitori e delle condizioni per raggiungerlo, a partire da una domanda: la differenza di approccio e di metodo tra gruppi sperimentali e controllo cosa ci mette a disposizione? Che evidenze ci sottopone? Alcune di queste evidenze sono già state considerate.

I risultati della sperimentazione ci offrono evidenze aggiuntive sull'area di maggiore sofferenza dei bambini/ragazzi considerati, cioè quella socio-relazionale, dove dovrebbero concentrarsi maggiormente gli sforzi degli operatori. Come abbiamo osservato in precedenza:

“Per entrambi i gruppi (sperimentale e controllo), la condizione socio-relazionale a  $T_0$  ha un effetto negativo sull'efficacia misurata tra  $T_0$ - $T_2$ : più compromessa è la situazione di partenza, più è possibile osservare miglioramenti consistenti nel periodo considerato. Tale condizione, però, influenza in misura differente la valutazione di efficacia, a seconda che il minore appartenga al gruppo sperimentale o di controllo: nel primo l'effetto della condizione a  $T_0$  è molto più forte rispetto al secondo. In altre parole, se nel gruppo di controllo i miglioramenti ottenibili in 6 mesi dipendono debolmente da quanto la sfera affettiva e socio-relazionale del minore è compromessa, nel gruppo sperimentale, al contrario, molto dipende dalla situazione di partenza e i maggiori risultati di efficacia si osservano dove la condizione iniziale è maggiormente compromessa”.

Area di  
maggiore  
sofferenza

Tab. 47 – Coefficienti del modello di regressione per l'indice di efficacia socio-relazionale  $T_0$ - $T_2$

Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
(Costante)	0,160	0,069		2,302	0,024
Gruppo	0,343	0,118	0,952	2,913	0,005
Socio-relazionale $T_0$	-0,165	0,118	-0,193	-1,395	0,167
Interaz. Gruppo* Socio-relazionale $T_0$	-0,535	0,238	-0,805	-2,250	0,027

\* Le caselle con sfondo grigio indicano una relazione significativa con la variabile dipendente.

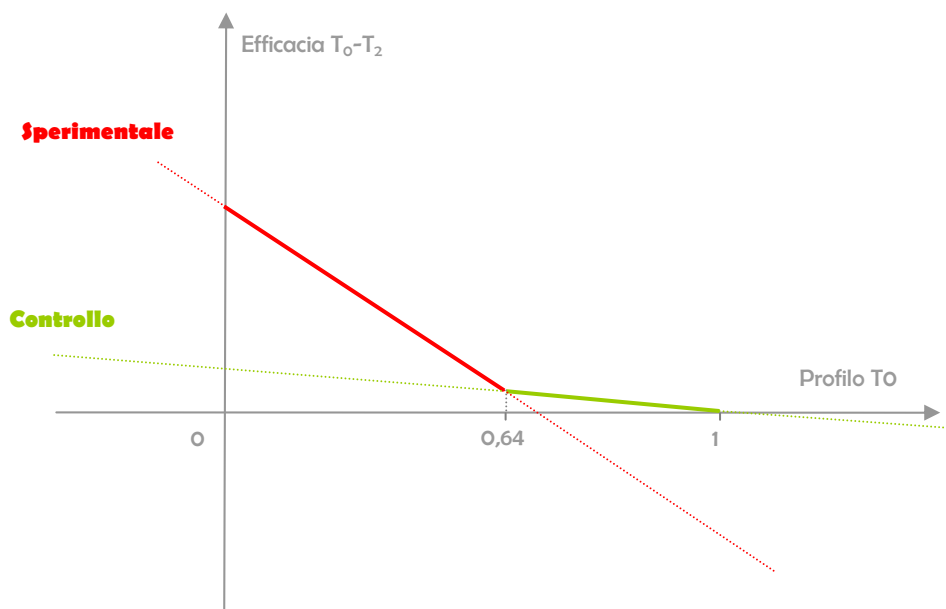
Tali risultati sono spiegati in questo modo: “L'efficacia  $T_0$ - $T_2$  è più elevata nel gruppo di controllo quando i minori hanno un livello di benessere iniziale più elevato (indice di benessere socio-relazionale  $>0,64$ ), viceversa l'efficacia  $T_0$ - $T_2$  è maggiore nel gruppo sperimentale quando i minori presentano una condizione a  $T_0$  più compromessa (indice di benessere socio-relazionale  $<0,64$ ).

È quanto evidenziato nella successiva figura, che mostra la maggiore capacità, con gli strumenti del gruppo sperimentale, di conseguire un esito positivo (e una riduzione del rischio) proprio per i ragazzi con maggiore sofferenza in quest'area e, anche per questo, a maggiore rischio di allontanamento”.

La figura mostra le condizioni di maggiore rendimento dei due approcci metodologici (sperimentale e controllo), in rapporto al livello di gravità verificato al momento della prima valutazione del bisogno.

Rendimento e gravità

Fig. 28 - Schema del modello di regressione per l'indice di efficacia socio-relazionale  $T_0-T_2$



Questo risultato ci porta a evidenziarne un altro, molto importante ai fini della risposta alla domanda iniziale della ricerca, ovvero la soglia di rischio al di sotto della quale è possibile non allontanare il figlio dai genitori. Il risultato riguarda i criteri utilizzati per l'inclusione nello studio e la prevalutazione del rischio. Essi si basano su due indici, che in rapporto tra loro configurano l'area di rischio di seguito delineata. Le indicazioni emerse dall'analisi statistica, relative al rapporto tra gravità e indici di efficacia conseguibili già nel breve periodo, ci mettono in grado alla fine della ricerca di proporre una riduzione dell'area, alzando i parametri di inclusione di almeno 1 punto per asse (4 genitori e 6 bambino), come indicato nella linea tratteggiata della figura 29.

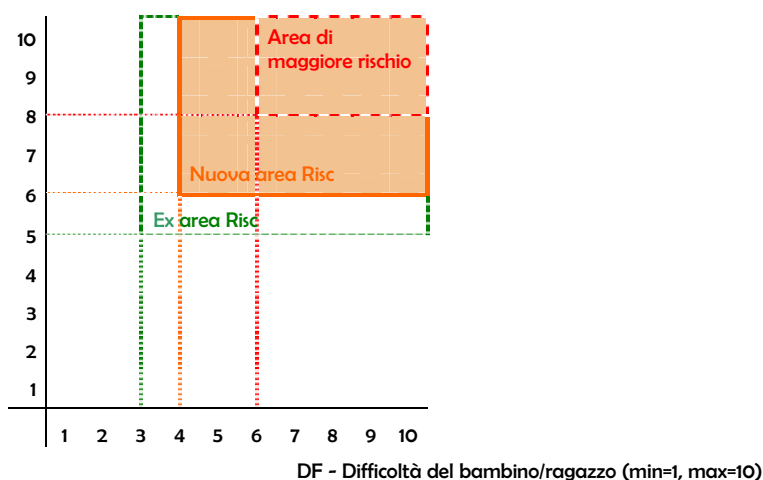
Soglie di rischio

In questo modo si può meglio concentrare l'attenzione sui casi a maggiore rischio di allontanamento. A sostegno di questa indicazione si può affermare che si tratta ancora di una soglia prudenziale, visto che anche i casi di maggiore gravità, posizionati nella fascia più in alto verso destra del rettangolo (oltre i valori 6 genitori e 8 bambino/ragazzo), durante la sperimentazione non hanno richiesto un allontanamento dalla famiglia e, anzi, sono stati gestiti con risultati positivi dagli operatori del gruppo sperimentale, utilizzando l'intero protocollo S-P, senza necessità di allontanamento.

Tenendo conto dei margini di sicurezza che abbiamo osservato, si può pensare a due soglie di rischio: quella dei casi che ricadono nella sezione tra 4/6 e 6/8 (gravi condizioni di rischio) e quella dei casi che ricadono nell'area superiore (molto gravi condizioni di rischio).

Fig. 29 – Aree di rischio

DG - Difficoltà dei genitori (min=1, max=10)



Ripercorriamo i risultati attesi dalla sperimentazione e cioè:

1. ottenere criteri di valutazione del rischio, a valenza multidimensionale, utilizzabili per l'inclusione nello studio sperimentale e, in caso di riscontro positivo, utilizzabili successivamente come soglie a supporto delle decisioni;
2. confrontare i risultati conseguiti dalle unità sperimentali e dalle unità di controllo nelle diverse aree territoriali;
3. formulare raccomandazioni utili alla disseminazione dei risultati con linee guida di tipo misto (professionali e di processo organizzativo).

Possiamo dire che i primi due risultati attesi trovano risposte tramite studi paralleli di tipo osservazionale e ulteriori risposte in sede sperimentale. Infatti:

- La correlazione positiva osservata tra le difficoltà dei genitori e le difficoltà dei bambini/ragazzi - emersa dalle schede di *pre-valutazione* - indica la necessità di osservare globalmente la situazione della famiglia problematica e non il singolo componente. Tale visione "globale" implica una reale *integrazione* metodologica e operativa che attualmente non si riscontra compiutamente nei servizi.
- La visione globale ottenuta nei tre domini considerati (funzionale-organico, cognitivo-comportamentale e socio ambientale-relazionale) ha consentito di sviluppare analisi per livelli di gravità e per profilo di bisogno. È emerso che i bambini/ragazzi a rischio possono presentare *valori normali* nell'area funzionale-organica, *compromissioni* nell'area cognitivo-comportamentale e *gravi carenze* nell'area socioambientale e relazionale, evidenziato da un sistema di responsabilità carente o quasi inesistente.
- La costruzione di una *mappa dei soggetti e delle risorse* - come raccomandato dal protocollo - ha portato a valutare la consistenza di tali componenti e la loro possibile evoluzione nel tempo, sulla base dei diversi apporti che esse possono dare al processo, secondo dati di realtà. I criteri di analisi, infatti, hanno consentito di posizionare le risorse/soggetti e di considerare i loro possibili apporti; differenziarle in termini di deperibilità e non deperibilità nell'economia di sviluppo del progetto; considerare gli aspetti negoziabili con riferimento ai diversi sogget-

ti individuati; definire i livelli di compartecipazione al progetto avviando un processo di coinvolgimento delle persone secondo le loro capacità.

- La visione globale della condizione del bambino/ragazzo (ma anche dei genitori in difficoltà) ha consentito agli operatori di porre maggiore attenzione alle aree critiche e ai *punti di forza* della persona, sui quali poter costruire un progetto personalizzato di aiuto.

Il confronto tra risultati conseguiti dalle unità sperimentali e dalle unità di controllo è stato facilitato, come abbiamo visto, dall'utilizzo di due indici di efficacia:

1. indice di efficacia basato sulle scale di valutazione che compongono lo schema polare ( $E_v$ );
2. indice di efficacia basato sui fattori osservabili ( $E_o$ ).

Il primo è stato inteso come variazione degli indici di benessere. Si è rivelato di facile utilizzo e soprattutto utile per valutare quanto è migliorata/peggiorata la situazione nell'arco di tempo considerato.

Il secondo è stato utilizzato dal gruppo sperimentale, con l'analisi dei fattori osservabili, in funzione dei risultati attesi di efficacia. Come abbiamo avuto modo di sottolineare, è un indice più sensibile del precedente proprio perché non è standardizzato, ma personalizzato. La disponibilità di due misure, in grado di soddisfare e integrare capacità diverse di verifica, di natura quantitativa e qualitativa, ha facilitato la personalizzazione della presa in carico, senza rinunciare al confronto dei risultati su scala più ampia.

Un'altra risposta dello studio può essere identificata mettendo in rapporto gli indici di efficacia con i tempi limitati per raggiungerli. L'esperienza professionale evidenzia come proprio nei casi più complessi sia possibile una reazione negativa e difensiva, in particolare dei genitori, nella prima fase del processo di aiuto. Questo si traduce in una riduzione degli indici di efficacia nel breve periodo, in attesa che il rapporto di fiducia che si instaura tra operatori e ragazzo e, per quanto possibile, con i suoi genitori, renda la relazione di aiuto più collaborativa, con esiti migliori dopo il breve periodo.

L'area che ha evidenziato la maggiore criticità è quella socioambientale e relazionale. Gli indici di efficacia segnalati in quest'area hanno pertanto un peso rilevante nella valutazione dell'outcome complessivo dei bambini e ragazzi.

La valutazione ottenuta con le verifiche sui fattori osservabili evidenzia indici di esito maggiore rispetto a quella misurata con schemi polari. Si tratta di un incremento giustificato dalla maggiore sensibilità di tali indici nel rilevare il rapporto tra risultati attesi e azioni messe in atto per raggiungerli.

I criteri di inclusione utilizzati hanno dimostrato una buona capacità predittiva sulla possibilità di gestire la soglia di rischio, visto che per la quasi totalità dei casi non è stato richiesto l'allontanamento. Questa evidenza è meglio riconoscibile nel sottinsieme di casi con un indice di appropriatezza adeguato.

In particolare, l'approccio metodologico utilizzato per identificare gli indici di appropriatezza si è rivelato di facile applicazione e ha evidenziato i margini di miglioramento e di efficacia attesa associabili ad una maggiore appropriatezza del lavoro professionale.



Si è così meglio evidenziata l'incidenza della difficoltà di passare dal lavoro per prestazioni a strategie più capaci di rendere fruttuosa l'integrazione delle responsabilità e delle risorse, a servizio di una presa in carico con esiti potenziabili e verificabili.

Resta infine la domanda di raccomandazioni su come disseminare i risultati, in modo coerente con la prospettiva delineata nel piano nazionale linee guida basate su evidenze scientifiche. Nel nostro caso le raccomandazioni contenute nella *Guida all'utilizzo di S-P* sono la premessa necessaria e da sviluppare. Esse vanno integrate con alcuni allegati tecnici, ad esempio con i suggerimenti metodologici contenuti nell'articolo *"La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita"* (Studi Zancan, n. 6/2009), che affronta le difficoltà di utilizzo della scala di responsabilizzazione e del livello di protezione dello spazio di vita. Entrambe considerano l'area socioambientale-relazionale, cioè quella dove si concentrano le maggiori criticità di rischio e quindi anche le potenzialità di azioni con esito positivo.

Una sezione cruciale delle raccomandazioni utilizzate riguarda le condizioni per meglio identificare e utilizzare i fattori osservabili e le condizioni per associare i fattori alle azioni, organizzate nella classificazione definita *"albero dei Lea"*.

Infine, è necessario chiedersi se quanto è stato fatto sia destinato a rimanere separato dalle pratiche reali. Il fatto di avere gestito tutta la casistica (con un indice di adesione superiore ai 120 casi attesi) e le diverse raccomandazioni metodologiche in condizioni ordinarie, dentro contesti organizzativi regionali, con notevoli differenziali di dotazioni organizzative, professionali e di servizio, già ci dice quanto e come quello che è stato realizzato possa essere trasferito nelle pratiche correnti, diventandone parte costitutiva.

I diversi indici di risultato ottenuti costituiscono "prime evidenze" a sostegno delle raccomandazioni metodologiche del protocollo utilizzato - di natura clinica e di processo operativo -, mostrando il diverso grado della loro forza, grazie ai risultati e agli esiti ottenuti. L'utilizzo delle raccomandazioni può essere facilitato con casi di studio ed altre esemplificazioni, come quelli proposti nelle schede regionali che seguono.

La principale condizione necessaria per il trasferimento dei risultati è l'apprendimento degli strumenti e della metodologia, integrato con tutoraggio - sul campo e a distanza - per superare i deficit di appropriatezza, del tutto normali e prevedibili, alla luce dell'esperienza realizzata.

La sostenibilità del protocollo in condizioni normali non è quindi frutto di un auspicio o di una raccomandazione di disseminazione, ma ha già evidenza nell'andamento della sperimentazione e nel riscontro degli operatori che hanno collaborato grazie a un grande impegno professionale ed etico nel cercare soluzioni migliori e più affidabili ai problemi affrontati quotidianamente.

Concludiamo ascoltando proprio cosa hanno detto gli operatori nei momenti di verifica intermedia e finale. In particolare, hanno evidenziato il valore del loro coinvolgimento. Non è infatti consueto conciliare la ricerca sperimentale con il lavoro ordinario, riconoscendo nel coinvolgimento professionale una condizione preziosa per innovare le prassi correnti, dentro il tempo reale, nei rapporti tra enti e istituzioni.

Complessivamente, la sperimentazione è stata ritenuta proficua per contenere i comportamenti disturbanti e rischiosi. Ha migliorato il metodo di lavoro, perché l'attenzione all'emergenza non ha assorbito tutte le energie e le capacità, consen-

tendo di rilevare e trattare le problematiche, con benefici riconoscibili, abbassando i livelli di frustrazione, sviluppando una presa in carico globale dei bisogni.

Alla metodologia proposta è stata riconosciuta la capacità di promuovere una visione più ampia dei problemi da affrontare, senza esserne soffocati, visto che gli strumenti consentono di analizzare aspetti che normalmente sfuggono alla valutazione.

La novità di alcuni strumenti è diventata fonte di aggiornamento e di ampliamento delle conoscenze e delle risorse professionali a disposizione. Gli obiettivi, evidenziati anche con modalità di “diagnostica per immagini”, resa possibile dallo schema polare, hanno facilitato non poco, visto che “si riesce a monitorare l’andamento del percorso metodologico” e che “gli strumenti proposti consentono di valutare la tempistica degli eventi”, in rapporto all’efficacia attesa.

La possibilità di identificare il livello di gravità con misure che lo descrivono in modo semplice e multiassiale ha consentito di avere elementi circostanziati per mettere a disposizione dell’Autorità Giudiziaria Minorile i contenuti di giudizio professionale.

In particolare, i risultati della valutazione preliminare (criteri di inclusione) e successiva (schema polare a T<sub>0</sub>) “aiutano a definire con maggiore sicurezza” il limite di rischio, oltre il quale sono necessari provvedimenti di allontanamento, ma prima del quale è possibile garantire al bambino/ragazzo la permanenza nel proprio spazio di vita.

Infine, viene identificato dagli operatori il problema del dopo sperimentazione, visto che le criticità organizzative associate alla carenza di personale potranno essere di ostacolo. Per questo essi contano su soluzioni gestionali e tecniche tali da rendere corrente e normale quello che in sede sperimentale è stato giudicato efficace e praticabile.

In un momento di crisi generalizzata, con grandi e crescenti difficoltà per la finanza locale e regionale, la possibilità di aiutare in modo più appropriato, efficace e meno costoso, senza allontanare, rappresenta una prospettiva di sicuro interesse, anche perché basata su un più corretto rapporto costo/efficacia, quindi strada obbligata da considerare e privilegiare.

## **Ringraziamenti**

Concludiamo ringraziando tutti gli operatori che hanno collaborato alla ricerca di soluzioni e contribuito a renderle possibili:

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

## SCHEDE REGIONALI

### REGIONE ABRUZZO

Alla prima valutazione risultano inseriti 19 bambini/ragazzi. Complessivamente l'età varia da 4 a 12 anni, con un'età media di 7,6 anni (mediana: 8 anni). Il 57,9% vive con un solo genitore e il 42,1% con entrambi i genitori. Il 73,7% vive con fratelli/sorelle e nel 52,6% dei casi anche con altri familiari.

In Abruzzo entrambi i gruppi hanno svolto funzione di gruppo sperimentale, dato che precedenti ricerche sulla progettazione personalizzata hanno creato una base conoscitiva orientata su alcuni contenuti del protocollo.

#### La mappa dei soggetti e delle risorse

In media, sono indicati 3,4 *soggetti attuali* a T<sub>0</sub>, con un minimo di 1 soggetto e un massimo di 7 soggetti attuali.

Tab. 48 – Distribuzione dei soggetti attuali a T<sub>0</sub>

Area di riferimento dei soggetti attuali	Francavilla (N=8)		S. Angelo (N=10)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	4	50,0	8	80,0
Famiglia di origine	4	50,0	3	30,0
Area solidale	1	12,5	1	10,0
Area istruzione	0	0,0	0	0,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	3	37,5	3	30,0

Nell'unità operativa di Francavilla, per 4 bambini/ragazzi su 8 (pari al 50%) sono indicati come soggetto attuale il padre o la madre. Le risorse attuali a T<sub>0</sub> sono in media 1,8 (minimo=0 e massimo=7).

Tab. 49 – Distribuzione delle risorse attuali a T<sub>0</sub>

Area di riferimento	Francavilla (N=8)		S. Angelo (N=10)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	5	62,5	3	30,0
Famiglia di origine	5	62,5	1	10,0
Famiglia acquisita	2	25,0	0	0,0
Area solidale	0	0,0	0	0,0
Area istruzione	3	37,5	1	10,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	5	62,5	5	50,0

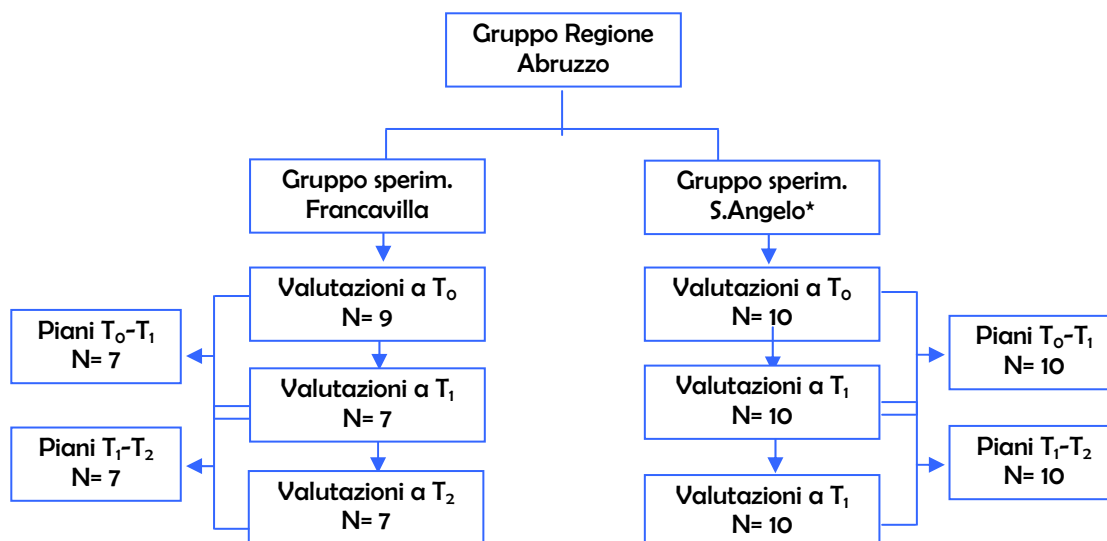
I *soggetti potenziali* variano da 0 a 3. Le *risorse potenziali* variano da 0 a 2.

In sintesi, la mappa media dei soggetti e delle risorse risulta rappresentata nella successiva figura.

Fig. 30 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a T<sub>0</sub>

Gruppo Francavilla		Gruppo S. Angelo	
SA=2,2	SP=0,9	SA=4,4	SP=0,1
RA=2,5	RP=1,1	RA=1,2	RP=0,7

## Analisi dei bisogni e dell'efficacia



\* Per il gruppo sperimentale di Sant'Angelo sono disponibili anche le valutazioni a T<sub>3</sub> e il piano operativo T<sub>2</sub>-T<sub>3</sub>

## Analisi del bisogno, livelli di gravità (T<sub>0</sub>) con schema polare

L'analisi del bisogno è stata realizzata con un gruppo di strumenti specifici relativamente a 3 settori di osservazione:

Cognitivo-comportamentale	Scheda area cognitiva/comunicativa Scheda area apprendimento
Funzionale-organico	Scheda area organica Scheda area neuromotoria Scheda area delle autonomie
Socioambientale e relazionale	Scheda area socio-relazionale Scheda area affettivo relazionale Scala di responsabilizzazione Livello di protezione nello spazio di vita

Fig. 31 – Distribuzione della gravità per area territoriale

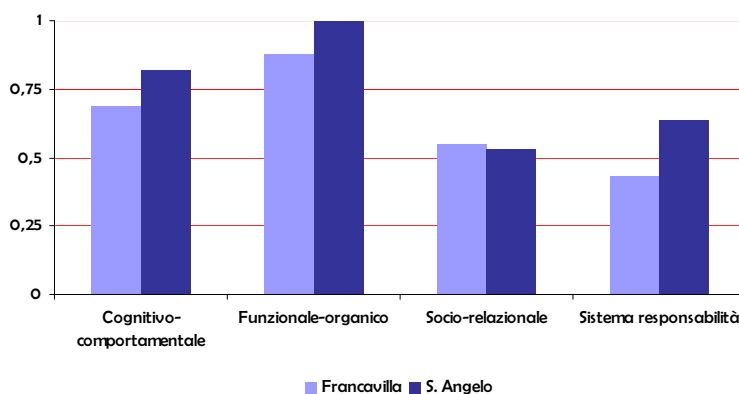
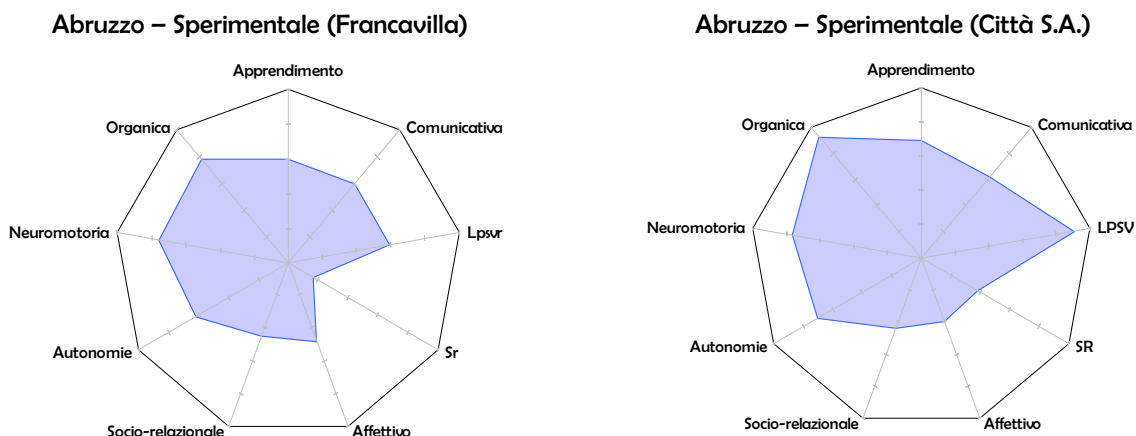


Fig. 32 – Profili di **bisogno** per gruppo



Tab. 50 - Citazioni estrapolate dalla sintesi dei **problemi e delle potenzialità** indicati al tempo T<sub>0</sub>

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
Problemi	Potenzialità	Problemi	Potenzialità
<b>Francavilla</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disturbo specifico di apprendimento della lettura-scrittura, deficit attentivo</li> <li>- Flussi emotivi altalenanti</li> <li>- Difficoltà nell'esprimere le emozioni</li> <li>- Difficoltà nella comunicazione</li> <li>- Carenza di educazione emotiva</li> <li>- Difficoltà relazionali genitori-figlio</li> <li>- Iperattività</li> <li>- Difficoltà di concentrazione e di attenzione</li> <li>- Carenza nell'area affettiva e socio-relazionale</li> <li>- Difficoltà a rispettare le regole</li> <li>- Difficoltà nel rendersi autonomo</li> <li>- Disturbo dell'alimentazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivi rapporti con i pari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficoltà economiche</li> <li>- Disturbi psichiatrici lievi</li> <li>- Rapporti aspri con parenti</li> <li>- Rapporto conflittuale tra i genitori</li> <li>- Inadeguato collocamento abitativo</li> <li>- Incuria</li> <li>- Anaffettività</li> </ul>	
<b>Città Sant'Angelo</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritardo cognitivo</li> <li>- Disturbi emotivi-comportamentali</li> <li>- Difficoltà di comunicazione</li> <li>- Comportamenti autolesionistici</li> <li>- Problemi di igiene</li> <li>- Difficoltà di apprendimento</li> <li>- Chiusura emotiva</li> <li>- Reazioni irruente con gli adulti</li> <li>- Abuso</li> <li>- Poco autocontrollo</li> <li>- Disturbo dell'attenzione</li> <li>- Iperattività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività manuali e di tipo creativo</li> <li>- Molto intelligente</li> <li>- Competenze a livello cognitivo e degli apprendimenti</li> <li>- Interesse per la natura</li> <li>- Interesse per attività artistiche</li> <li>- Interesse per attività multi-mediali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disagio abitativo</li> <li>- Disagio economico</li> <li>- Disabilità</li> <li>- Disagio socio-relazionale</li> <li>- Deboli competenze/Incapacità genitoriali</li> <li>- Depressione</li> <li>- Alcolismo</li> <li>- Problemi di comunicazione in famiglia</li> <li>- Difficoltà di gestione educativa dei figli</li> <li>- Disoccupazione</li> <li>- Trascuratezza</li> <li>- Carente organizzazione familiare</li> <li>- Conflitti tra genitori</li> <li>- Isolamento sociale</li> <li>- Separazione conflittuale</li> </ul>	

Fig. 33 – Francavilla. Problemi del minore (notazioni macrocategorie)

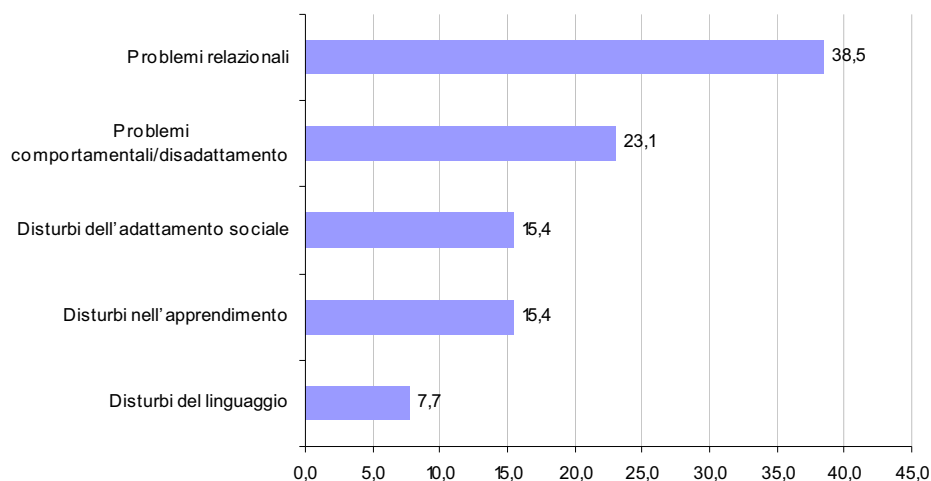


Fig. 34 – Città Sant'Angelo. Problemi del minore (notazioni macrocategorie)

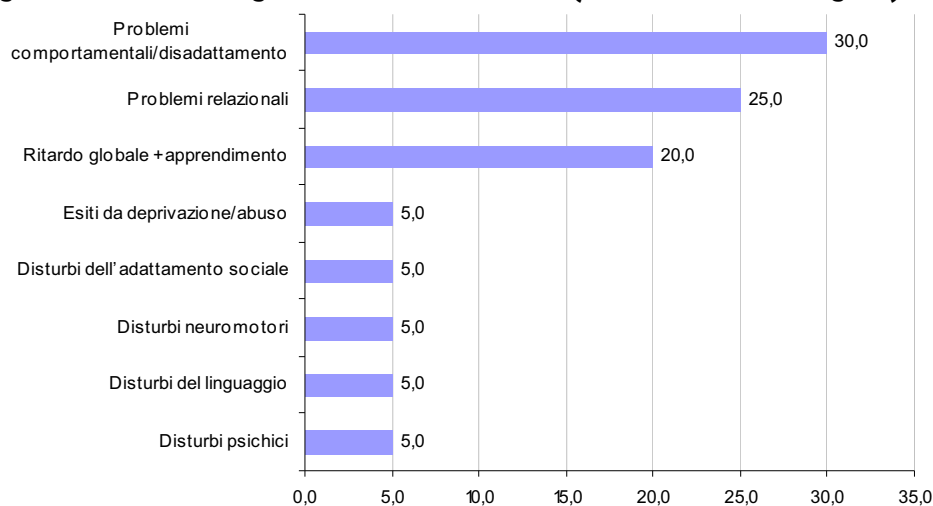


Fig. 35 – Francavilla. Problemi del genitore (notazioni macrocategorie)

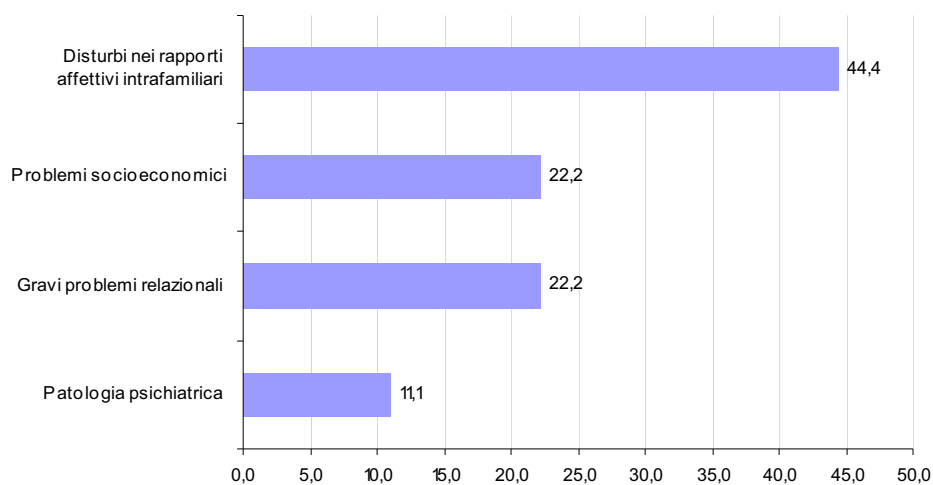
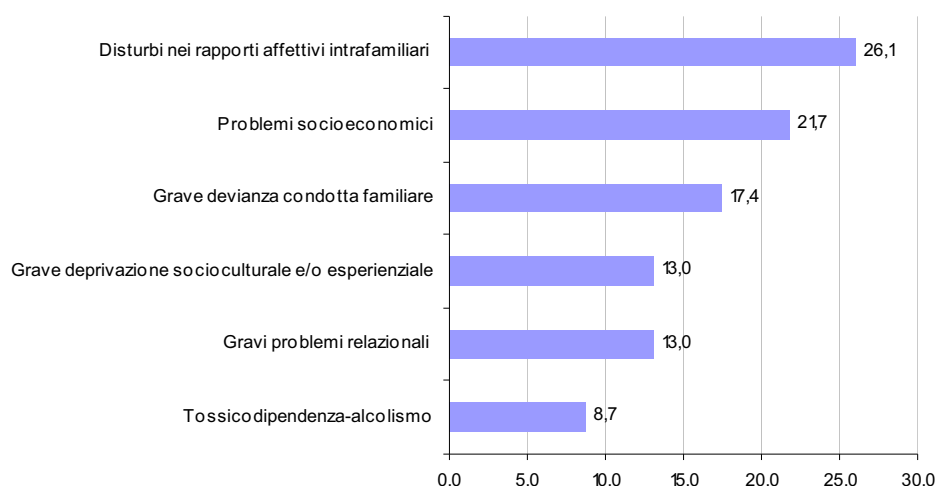


Fig. 36 – Città Sant'Angelo. Problemi del genitore (notazioni macrocategorie)



Tab. 51 – Notazioni dagli **obiettivi** indicati a T<sub>0</sub> e T<sub>1</sub>

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
<b>Francavilla T<sub>0</sub></b>	
Aumentare le relazioni sociali con i coetanei Sostegno psicoeducativo del minore Stimolare e contenere l'area emotiva Supporto nella risoluzione di compiti pratici Sviluppare l'autonomia e l'autogestione Raggiungimento del controllo sfinterico Favorire la socializzazione con i pari Migliorare l'autonomia (bagno, mangiare, vestirsi ecc.) Migliorare il rendimento scolastico Migliorare il comportamento Aumentare l'autocontrollo Aumentare le competenze scolastiche	Aumentare le responsabilità genitoriali Sanare il disagio logistico dell'abitazione familiare Facilitare il rapporto padre-figlia/o Ridefinire i ruoli genitoriali
<b>Francavilla T<sub>1</sub></b>	
Contenere l'aggressività e i comportamenti segnalati come antisociali Raggiungimento controllo sfinterico Facilitare la socializzazione con i pari Migliorare l'autonomia (bagno, mangiare, vestirsi..) Migliorare il rendimento scolastico Migliorare il comportamento Aumentare l'autocontrollo Rispetto delle regole scolastiche	Responsabilizzazione della coppia Far crescere il nucleo familiare Facilitare il rapporto padre/figli Ridefinizione dei ruoli genitoriali Ristabilire in modo adeguato i ruoli delle figure di riferimento
<b>Città Sant'Angelo T<sub>0</sub></b>	
Adeguare igiene personale Maggiore cura di sé e del proprio corpo Migliorare la socializzazione e l'integrazione con i pari e con gli adulti Migliore integrazione scolastica Ridurre i comportamenti oppositivi Potenziare le abilità relazionali Potenziare le abilità cognitive Potenziare lo sviluppo del linguaggio Potenziare la concentrazione e la memoria Ridurre i comportamenti oppositivi-provocatori ed aggressivi Ridurre i comportamenti autolesionistici Elaborare il lutto Controllare l'istintività	



Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
<b>Città Sant'Angelo T<sub>1</sub></b>	
Migliorare la socializzazione e l'integrazione con i pari e con gli adulti Ridurre i comportamenti oppositivi Potenziare l'autonomia personale Raggiungere un livello di igiene adeguato Migliore integrazione rispetto ai compagni Favorire l'integrazione con il gruppo dei pari Stimolare la socializzazione e l'integrazione Potenziare le abilità relazionali Potenziare le abilità dell'area cognitiva e dell'apprendimento Potenziare le abilità fino-motorie Potenziare le abilità linguistiche Potenziare la concentrazione e memoria Ridurre i comportamenti oppositivi-provocatori ed aggressivi Ridurre i comportamenti autolesionistici Stimolare la partecipazione ad attività di socializzazione con il gruppo dei pari Maggiore cura di sé e del proprio corpo Diminuire i comportamenti autolesionistici Migliorare il rapporto con la scuola Elaborare eventuali violenze subite	

Gli interventi più utilizzati sono rappresentati nella successiva tabella, distinti in due sintesi di piani operativi. Dove indicati, i soggetti delle azioni sono principalmente gli educatori.

Tab. 52 – Macro-livelli di servizio

Piano operativo T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Piano operativo T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
<b>Francavilla</b> Assistenza domiciliare socio-educativa (6 casi) Attività di socializzazione (2 casi) Centri famiglia/consultorio familiare (4 casi) Interventi di sostegno alla genitorialità (1 caso) Servizio sociale professionale (1 caso) Sostegno socio-educativo scolastico (1 caso) Struttura semiresidenziale sociale per minori (1 caso)	Assistenza domiciliare socio-educativa (5 casi) Assistenza specialistica ambulatoriale (1 caso) Attività di socializzazione (1 caso) Centri famiglia/consultorio familiare (1 caso) Servizio sociale professionale (1 caso) Sostegno socio-educativo scolastico (1 caso) Struttura semiresidenziale sociale per minori (1 caso)
<b>Città Sant'Angelo</b> Assistenza domiciliare sociale (2 casi) Assistenza domiciliare socio educativa (6 casi) Attività di socializzazione (1 caso) Centro socio-riabilitativo (3 casi) Sostegno socio-educativo scolastico (3 casi)	Assistenza domiciliare sociale (2 casi) Assistenza domiciliare socio educativa (7 casi) Centro socio-riabilitativo (4 casi) Sostegno socio-educativo scolastico (3 casi)

Nota: è stato conteggiato solo il macro-livello, non la singola prestazione.

## I fattori osservabili

L'analisi dei fattori osservabili evidenzia lo sforzo compiuto dagli operatori per individuare quelli non solo osservabili, ma anche misurabili.

Tab. 53 – Fattori osservabili

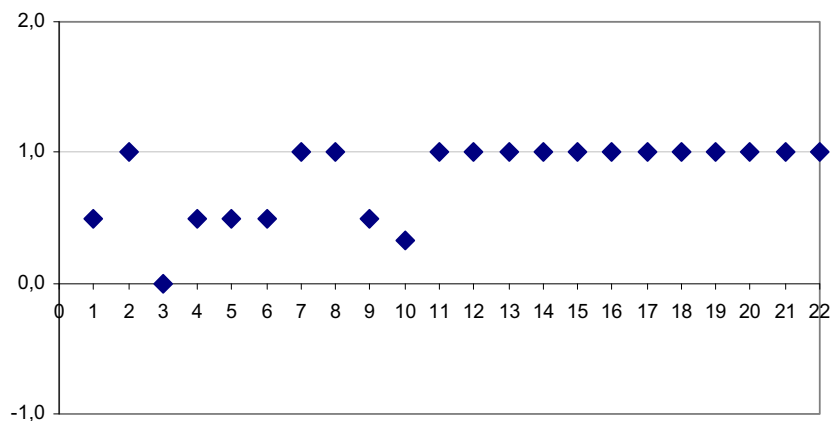
Fattori osservabili T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Fattori osservabili T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
<p><i>FrancaVilla</i></p> <p>Attenzione nello svolgimento dei compiti (ore)                      N. di calcoli risolti con frazioni settimanalmente                      N. di incontri con i compagni                      N. volte che il bambino frequenta attività sportive                      N. di volte, in una settimana, che esce con gli amici                      Tempo trascorso con i pari durante il pomeriggio (ore)                      Aumento settimanale del numero di accettazione di rimproveri                      N. azioni a seguito di stress a settimana                      N. di incontri settimanali in ambiente protetto                      N. di tabelline imparate settimanalmente                      N. di volte si siede, di sua iniziativa, a fare i compiti a casa                      N. giorni frequenza scolastica in un mese                      N. pasti al giorno assunti                      N. volte che riesce ad andare al bagno autonomamente                      Ore settimanali che il minore trascorre con i genitori in attività ludiche                      Voti scolastici</p>	<p>Attenzione nello svolgimento dei compiti (ore)                      N. volte che frequenta attività sportive                      N. di incontri con i compagni                      N. incontri settimanali in ambiente protetto                      N. di volte, in una settimana, che si siede autonomamente a fare i compiti                      N. di volte, in una settimana, che si siede di sua iniziativa a svolgere disegni e compiti ricreativi extrascolastici                      N. volte che riesce ad andare al bagno autonomamente                      N. giorni al mese frequenza scolastica                      N. pasti al giorno assunti                      N. sedute frequentate al mese                      Ore occupate per lo svolgimento dei compiti, in una settimana                      Ore settimanali trascorse con i genitori in attività ludiche                      Tempo in ore giornaliere trascorso padre-figlio</p>
<p><i>Città Sant'Angelo</i></p> <p>Diminuzione dei comportamenti autolesionistici                      N. di volte a settimana che adotta comportamenti autolesionistici a scuola                      N. di volte a settimana che il minore partecipa attivamente ad attività di socializzazione e integrazione proposte dagli educatori                      N. di volte che frequenta il centro di aggregazione                      N. di volte a settimana che frequenta il centro di aggregazione                      N. di volte a settimana che partecipa attivamente ad attività di gruppo                      N. di volte nella settimana in cui partecipa ad attività che favoriscano l'integrazione e la socializzazione                      N. di volte nella settimana che frequenta attività ricreative al di fuori della famiglia con l'educatore                      N. di volte che partecipa attivamente alle attività proposte dalla scuola (teatro)                      N. di volte che partecipa ad attività gratificanti                      N. di volte nella settimana che partecipa ad attività di gruppo presso il centro                      N. di volte nella settimana che partecipa a giochi e attività strutturate con i ragazzi del vicinato                      N. di volte che si mostra curato nell'abbigliamento                      N. di volte a settimana che si lava in modo autonomo                      N. di volte nella settimana che cura autonomamente la propria igiene personale                      N. di volte a settimana che manifesta comportamenti problematici in presenza dell'educatore                      N. di volte nella settimana che nel gioco con i pari manifesta comportamenti istintivi e provocatori                      N. di volte che ha comportamenti oppositivi nei confronti dei compagni di scuola                      N. di volte a settimana che si apre al dialogo con lo psicologo                      N. di volte in cui è capace di scrivere in corsivo</p>	<p>Diminuzione dei comportamenti autolesionistici a scuola                      N. di volte a settimana che manifesta comportamenti problematici                      N. di volte a settimana che si apre al dialogo con lo psicologo                      N. di volte a settimana che si lava da solo                      N. di volte che si mostra curato nell'abbigliamento                      N. di volte nella settimana che cura autonomamente la propria igiene personale                      N. di volte a settimana che frequenta il centro di aggregazione                      N. di volte nella settimana che frequenta attività ricreative al di fuori della famiglia                      N. di volte che frequenta il centro di aggregazione                      N. di volte alla settimana che partecipa alle attività di gruppo presso il centro                      N. di volte a settimana che frequenta attività sportive                      N. di volte che partecipa attivamente alle attività proposte dalla scuola (teatro)                      N. di volte che partecipa ad attività gratificanti                      N. di volte a settimana che partecipa attivamente alle attività proposte dagli educatori                      N. di volte a settimana in cui partecipa alle attività che favoriscono l'integrazione                      N. di volte a settimana che è capace di scrivere in corsivo                      N. di volte che riesce a svolgere i compiti con cadenza temporale stabilita dall'educatore                      N. di volte nella settimana che in presenza dell'educatore non utilizza il linguaggio verbale per comunicare                      N. di volte alla settimana in cui partecipa con attenzione con l'assistente alle attività proposte                      N. di volte nella settimana che svolge autonomamente i compiti                      N. di volte nella settimana che partecipa ad attività didattiche con l'educatore</p>

Fattori osservabili $T_0-T_1$	Fattori osservabili $T_1-T_2$
nella settimana N. di volte che riesce a svolgere dei compiti con una cadenza temporale stabilita dall'operatore N. di volte nella settimana che in presenza dell'educatore non utilizza il linguaggio verbale per comunicare N. di volte nella settimana che in presenza dell'educatore mette in atto comportamenti autolesionistici N. di attività relative all'apprendimento e alla socializzazione cui partecipa nella settimana N. di volte nella settimana che svolge autonomamente i compiti N. di volte nella settimana che si apre al dialogo	

Nota: sono considerati i fattori osservabili di "pertinenza" del bambino.

Fig. 37 – Fattori osservabili e attesi: % di raggiungimento (Francavilla)

a)  $T_0-T_1$



b)  $T_1-T_2$

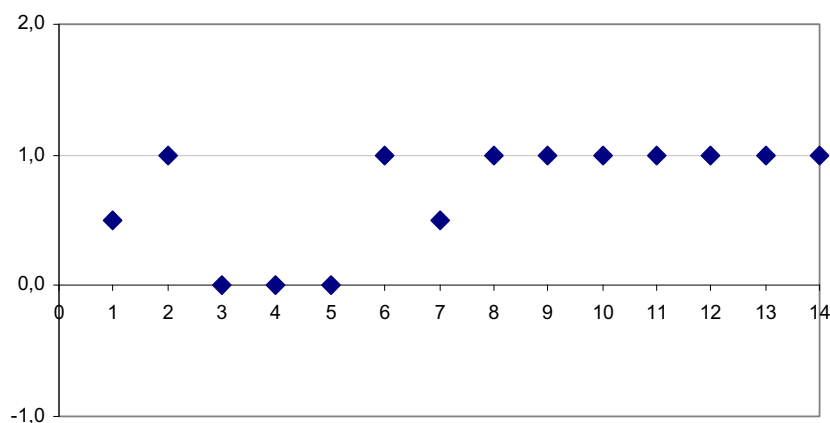
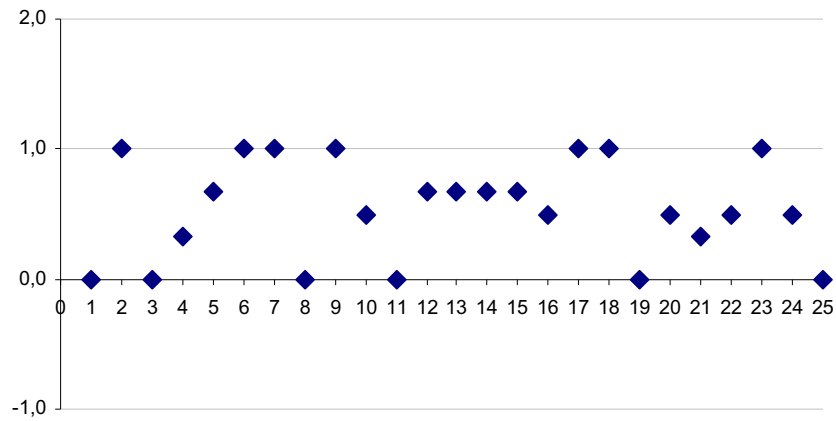
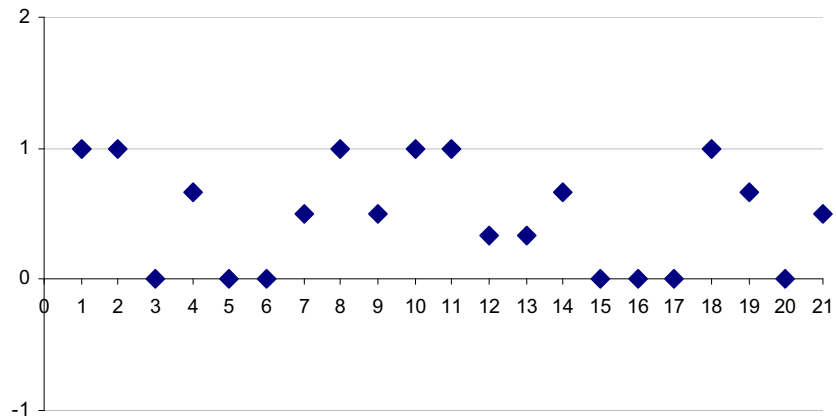


Fig. 38 – Fattori osservabili e attesi: % di raggiungimento (Città Sant'Angelo)

a)  $T_0-T_1$

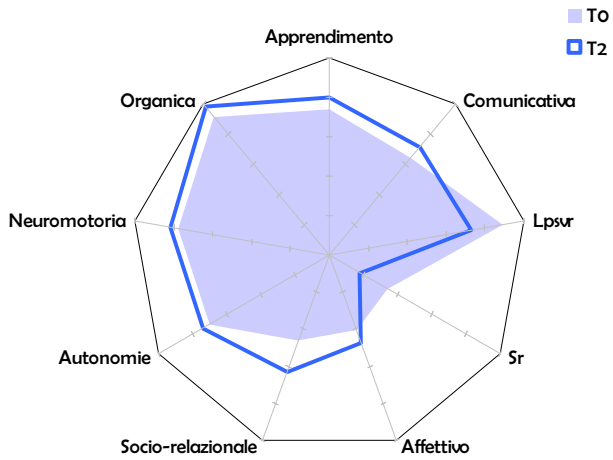


b)  $T_1-T_2$

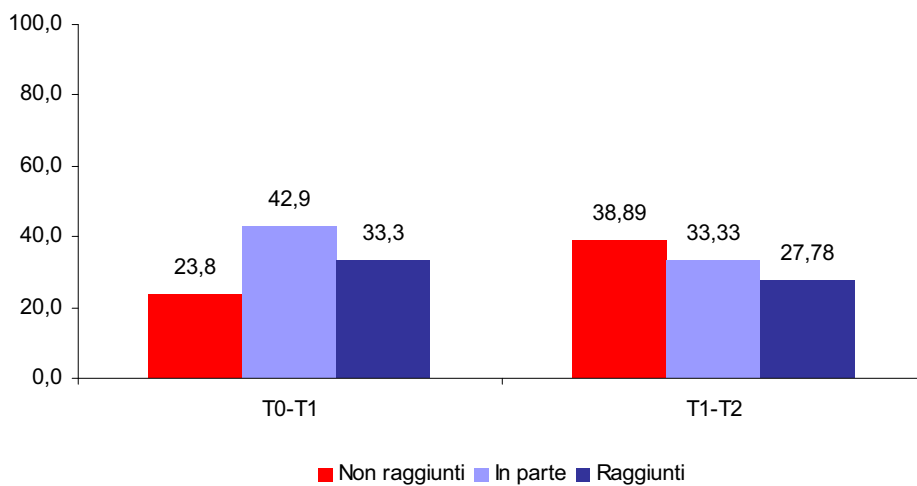


**Regione Abruzzo – Città Sant’Angelo (casi N=8, indice di adesione al protocollo ≥ 60%)**

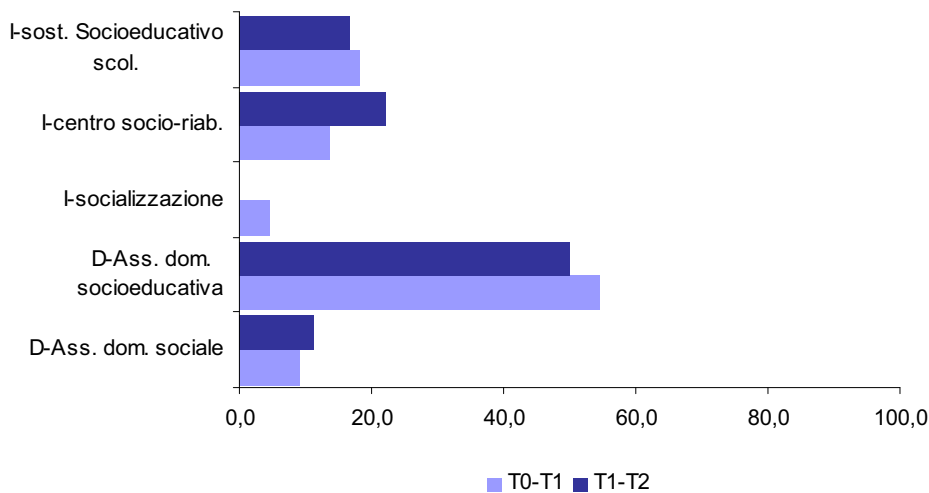
Schema polare Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



Indice di raggiungimento fattori osservabili nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]

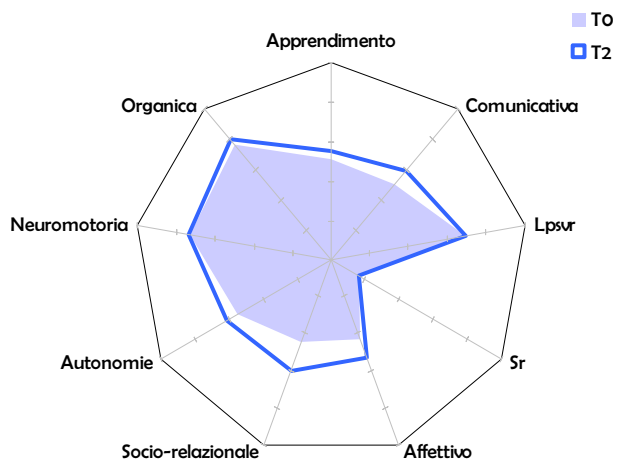


Servizi nei lea nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]

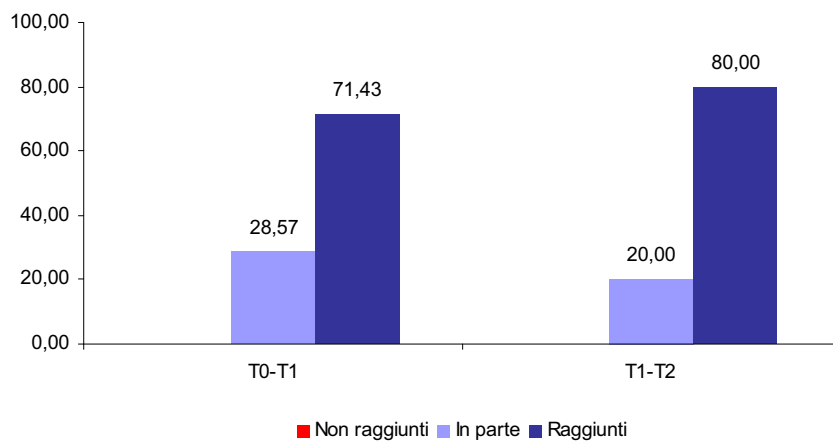


**Regione Abruzzo – Ambito Francavilla M. (casi N=8, indice di adesione al protocollo ≥ 60%)**

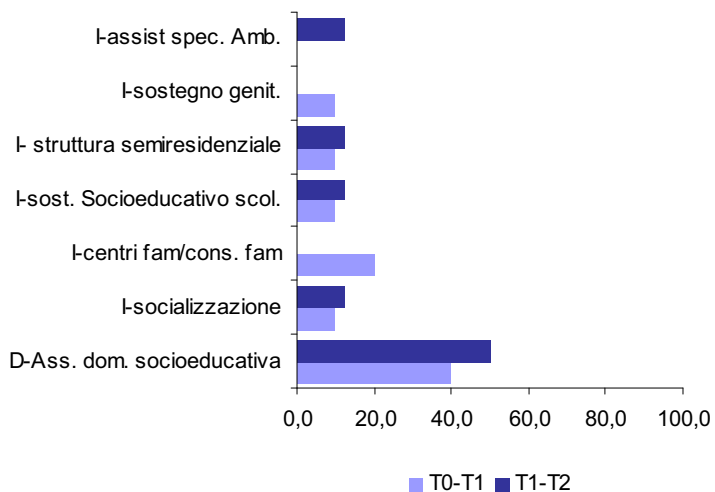
Schema polare Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



Indice di raggiungimento fattori osservabili nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



Servizi nei lea nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]

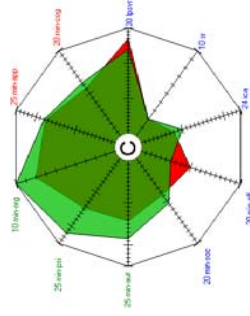


**Caso XX (maschio; sc. elementare)**

*Obiettivi condivisi*

Migliorare la socializzazione e l'integrazione con i pari e con gli adulti sia a livello scolastico che extrascolastico  
 Ridurre i comportamenti oppositivi  
 Potenziare l'autonomia personale

**Valutazione Tempo T<sub>0</sub>**



**Fattori osservabili:**

- Numero di volte che frequenta il centro di aggregazione 0,00
- Numero di volte che partecipa attivamente alle attività proposte dalla scuola 1,00
- Numero di volte che partecipa ad attività gratificanti per lui (riuscire a partecipare ad attività all'interno della classe) 0,00
- Numero di volte che si mostra curato nell'abbigliamento 0,33

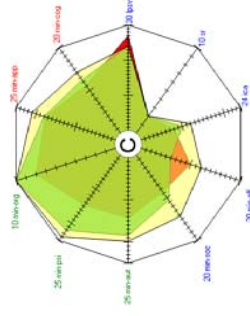
**Prestazioni:**

- Sostegno socio-educativo scolastico
- Centro socio-riabilitativo
- Assistenza domiciliare socio-educativa

**Valutazione:**

È globalmente migliorato sia il livello di attenzione che l'aspetto relazionale nella partecipazione all'interno del gruppo classe e presso il centro di aggregazione [...].

**Valutazione Tempo T<sub>1</sub>**



**Fattori osservabili:**

- Numero di volte che frequenta il centro di aggregazione 1,00
- Numero di volte che partecipa attivamente alle attività proposte dalla scuola 1,00
- Numero di volte che partecipa ad attività gratificanti 0,00
- Numero di volte che si mostra curato nell'abbigliamento 0,67

**Prestazioni:**

- Centro socio-riabilitativo
- Sostegno socio-educativo scolastico
- Assistenza domiciliare socio-educativa

**Valutazione:**

A livello cognitivo e degli apprendimenti è molto migliorato; per quanto riguarda invece l'area affettivo relazionale e comportamentale si rilevano dei miglioramenti ma rimane ancora qualche comportamento oppositivo [...].

Adesione al protocollo		
Dom		88,9
sp T <sub>0</sub>		100,0
Pi T <sub>0</sub>		87,0
V T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>		100,0
sp T <sub>1</sub>		100,0
Pi T <sub>1</sub>		87,0
V T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>		100,0
sp T <sub>2</sub>		100,0
Totale		92,7

## REGIONE BASILICATA

Alla prima valutazione risultano inseriti 20 bambini/ragazzi. Complessivamente l'età varia da 0 a 16 anni, con un'età media di 8,9 anni (mediana: 9,5 anni). Il 25% vive con un solo genitore e il 75% con entrambi i genitori. Il 40% vive con fratelli/sorelle e nell'80% dei casi anche con altri familiari.

### La mappa dei soggetti e delle risorse

In media, sono indicati 1,8 *soggetti attuali* a  $T_0$ , con un minimo da 0 a 5 soggetti attuali.

Tab. 54 – Distribuzione dei soggetti attuali a  $T_0$

Area di riferimento dei soggetti attuali	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=10)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	9	90,0	9	90,0
Famiglia di origine	3	30,0	9	90,0
Area solidale	2	20,0	1	10,0
Area istruzione	1	10,0	3	30,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	2	20,0	2	20,0

Le *risorse attuali* a  $T_0$  sono in media 1,2, con un minimo di 0 e un massimo di 4.

Tab. 55 – Distribuzione delle risorse attuali a  $T_0$

Area di riferimento	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=10)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	1	10,0	2	20,0
Famiglia di origine	3	30,0	4	40,0
Famiglia acquisita	1	10,0	0	0,0
Area solidale	0	0,0	3	30,0
Area istruzione	0	0,0	0	0,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	1	10,0	7	70,0

I *soggetti potenziali* variano da 0 a 2. Le *risorse potenziali* variano da 0 a 3.

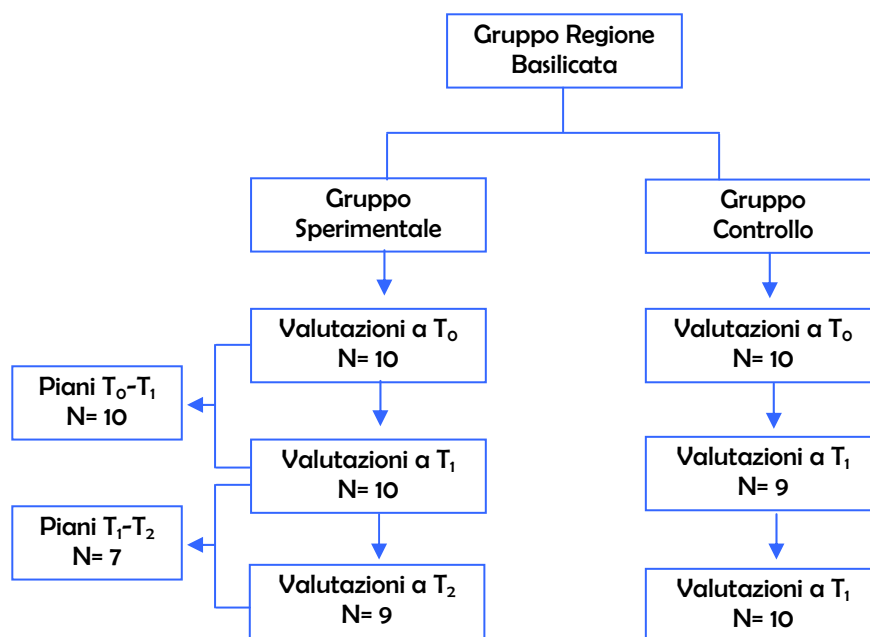
In sintesi, la mappa dei soggetti e delle risorse, in media, può essere rappresentata come indicato nella successiva figura.

Fig. 39 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a  $T_0$

<i>Controllo</i>		<i>Sperimentale</i>	
SA=1,5	SP=0,8	SA=2,2	SP=0,5
RA=0,8	RP=0,7	RA=1,7	RP=0,5



## Analisi dei bisogni e dell'efficacia



## Analisi del bisogno, livelli di gravità (T<sub>0</sub>) con schema polare

Fig. 40 – Distribuzione della gravità per area territoriale

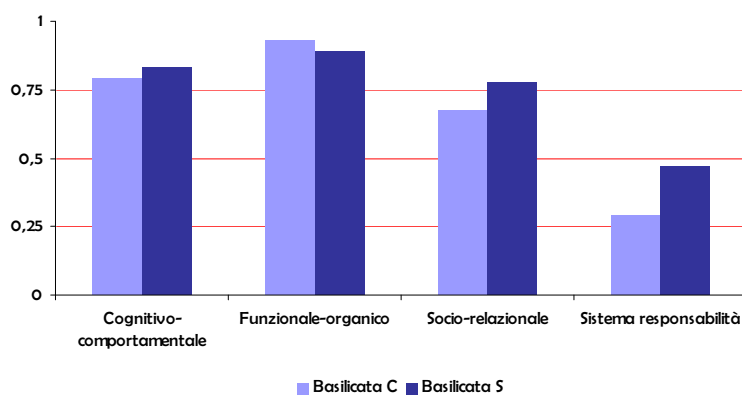
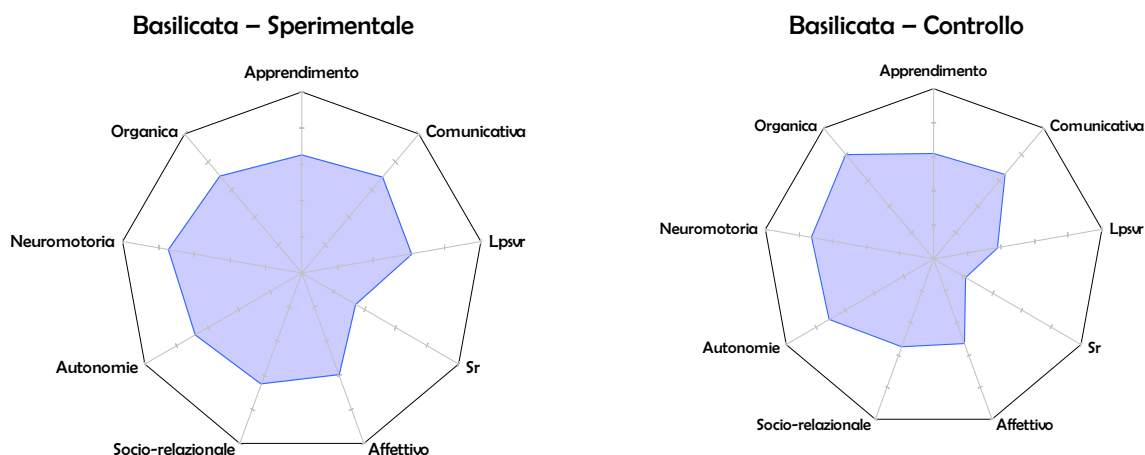


Fig. 41 – Profili di *bisogno* per gruppo



Tab. 56 – Notazioni dalla sintesi dei *problemi e delle potenzialità* al tempo T<sub>0</sub>

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
Problemi	Potenzialità	Problemi	Potenzialità
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficoltà nella relazione affettiva</li> <li>- Conflittualità nei confronti del compagno della madre</li> <li>- Paure e problematiche per il lutto subito</li> <li>- Disturbo alimentare</li> <li>- Poche relazioni con i coetanei</li> <li>- Lacune scolastiche</li> <li>- Poca autostima</li> <li>- Scarso controllo emotivo-affettivo</li> <li>- Assente consapevolezza e responsabilità delle proprie azioni</li> <li>- Dipendenza dal parere altrui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buoni rapporti con i fratelli</li> <li>- Minore determinato</li> <li>- Potenzialità comunicative e relazionali</li> <li>- Industriosità</li> <li>- Presa d'iniziativa</li> <li>- Disponibilità all'apertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separazione</li> <li>- Conflitti di coppia</li> <li>- Problemi di comunicazione tra genitori</li> <li>- Inadeguatezza genitoriale</li> <li>- Incapacità di condividere obiettivi</li> <li>- Alcolismo</li> <li>- Nucleo non integrato nel contesto sociale</li> <li>- Difficoltà economiche</li> <li>- Difficoltà a gestire la casa</li> <li>- Scarsa rete sociale</li> <li>- Lieve insufficienza mentale del genitore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilità di recupero delle responsabilità genitoriali</li> <li>- Ottime risorse sia culturali che affettive limitate dall'alcol</li> </ul>

Fig. 42 – Problemi del minore (citazioni organizzate in macrocategorie)

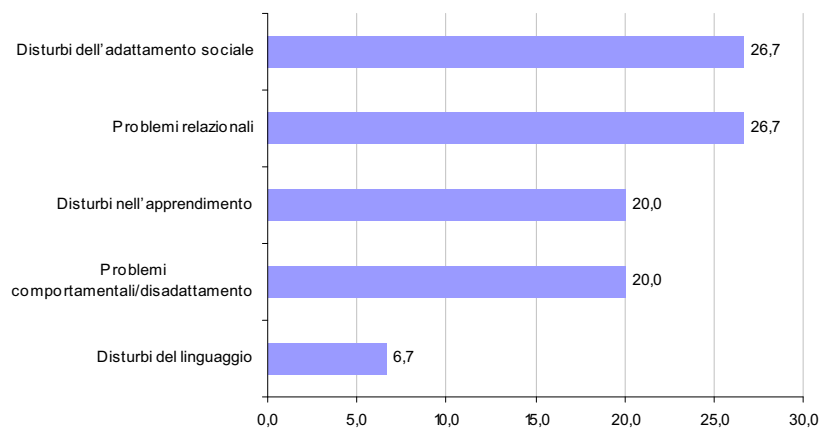
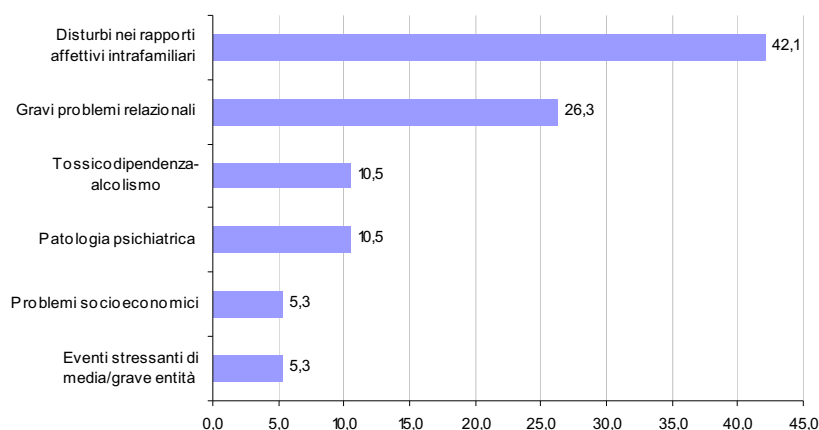


Fig. 43 – Problemi del genitore (notazioni organizzate in macrocategorie)



Tab. 57 – Notazioni estrapolate dagli **obiettivi** indicati a T<sub>0</sub> e T<sub>1</sub>

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
<b>T<sub>0</sub></b>	
Facilitare l'inserimento nel contesto sociale Migliorare la performance scolastica Recupero dello spazio di vita del proprio ambiente familiare Rendere il minore autonomo Migliorare la relazione con il genitore Aiutare il minore a riconoscere e a gestire le emozioni Migliorare l'autostima del minore attraverso risultati scolastici positivi e una reale integrazione con il gruppo dei pari Aumentare l'autostima del minore migliorando i risultati scolastici Migliorare l'autostima della minore Migliorare l'immagine di sé aumentandone la sicurezza e il livello di autostima Diminuire la dipendenza dagli altri e del loro parere Integrazione sociale del minore Aumentare le relazioni sociali extrascolastiche Risoluzione dei conflitti del minore con il partner della madre Migliorare le competenze socio relazionali Migliorare le relazioni sociali Migliorare l'integrazione socio-relazionale nel contesto dell'ambiente di vita Migliorare il comportamento alimentare Sostenere il minore nella valutazione della figura genitoriale Sostenere la minore nel ristabilire i ruoli nei confronti del genitore Migliorare i rapporti interpersonali e le regole di civile convivenza	Migliorare la relazione coniugale Sostenere il genitore nel percorso di disintossicazione Potenziare le capacità genitoriali Integrazione sociale della coppia Risoluzione dei conflitti familiari Monitoraggio stile di vita del genitore
<b>T<sub>1</sub></b>	
Facilitare l'inserimento nel contesto sociale Aumentare la capacità di intraprendere e mantenere relazioni spontanee con i pari Migliorare i rapporti con i pari Migliorare le competenze socio relazionali Aumentare la capacità di creare situazioni e comportamenti/atteggiamenti che gli diano sicurezza e rafforzino l'autostima Migliorare l'autostima del minore attraverso risultati scolastici positivi e una reale integrazione con il gruppo dei pari Migliorare l'autostima della minore	Migliorare le relazioni con le famiglie di origine Migliorare la relazione coniugale Migliorare la competenza genitoriale Sostenere il genitore nel percorso di disintossicazione

Tab. 58 – Macro-livelli di servizio

Piano operativo T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Piano operativo T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
Assistenza domiciliare socioeducativa (8 casi) Attività di socializzazione (1 caso) Altri interventi di sostegno alla domiciliarità (1 caso) Sostegno socioeducativo scolastico (3 casi) Servizio sociale professionale (1 caso)	Assistenza domiciliare socioeducativa (5 casi) Attività di socializzazione (1 caso) Sostegno socioeducativo scolastico (3 casi)

Nota: è stato conteggiato solo il macro-livello, non la singola prestazione.

### I fattori osservabili

Tab. 59 – Fattori osservabili

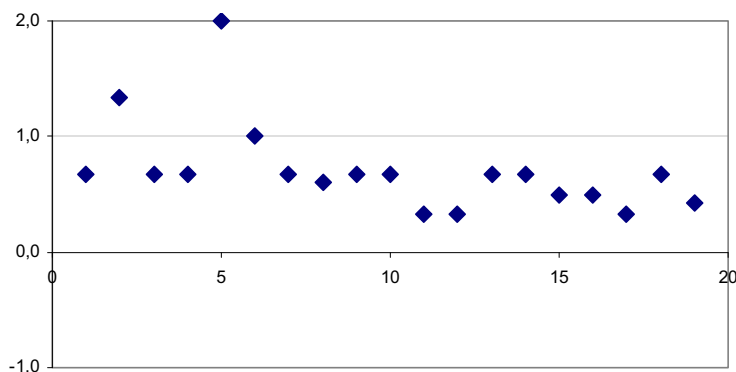
Fattori osservabili T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Fattori osservabili T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- N. di volte alla settimana che risolve problemi di matematica</li> <li>- N. di volte che sbaglia gli esercizi di geometria</li> <li>- N. di volte fa i compiti da solo</li> <li>- N. di volte che svolge un compito da solo alla settimana</li> <li>- Quante volte a settimana riporta voti superiori alla sufficienza</li> <li>- N. di ore a settimana trascorre in parrocchia o in oratorio</li> <li>- N. di volte che organizza uscite con i pari</li> <li>- Quante volte frequenta il punto ludico e incontra in modo spontaneo i compagni</li> <li>- Quante volte al mese viene accompagnato al punto ludico</li> <li>- Quante volte autonomamente incontra i compagni</li> <li>- N. di volte che manifesta soddisfazione per risultati ottenuti</li> <li>- N. di amici che incontra alla settimana</li> <li>- N. di pasti completi alla settimana</li> <li>- Quante volte a settimana osserva le regole della classe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N. di volte che manifesta soddisfazione per risultati ottenuti</li> <li>- Quante volte a settimana riporta voti superiori alla sufficienza</li> <li>- N. di volte che organizza uscite con i pari</li> <li>- Quante volte a settimana gioca a pallone con i compagni</li> <li>- Quante volte a settimana organizza uscite con i compagni</li> <li>- Quante volte frequenta il punto ludico e incontra in modo spontaneo i compagni</li> <li>- Quante volte al mese viene accompagnato al punto ludico</li> <li>- Quante volte a settimana osserva le regole della classe</li> <li>- Quante volte a settimana arriva con gli abiti puliti</li> <li>- Quante volte a settimana si isola a scuola</li> </ul>

Nota: sono considerati i fattori osservabili di “pertinenza” del bambino

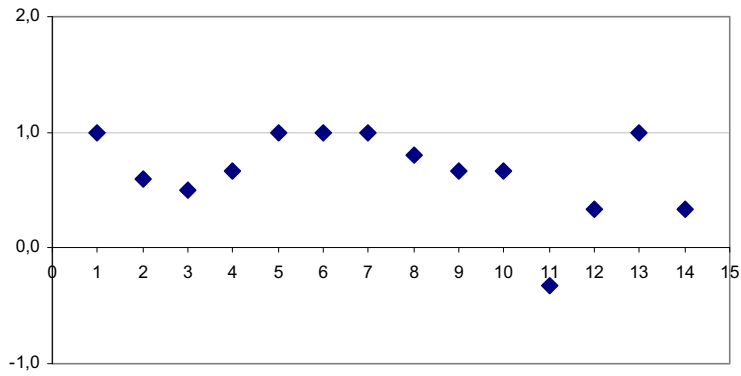
Se si considera la percentuale di raggiungimento del risultato atteso, si nota dal grafico successivo che la quasi totalità dei fattori osservabili, nei due tempi considerati, si allinea tra 0 (non raggiunto) e 1 (raggiunto).

Fig. 44 – Distribuzione dei fattori osservabili per percentuale di raggiungimento

a) T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>

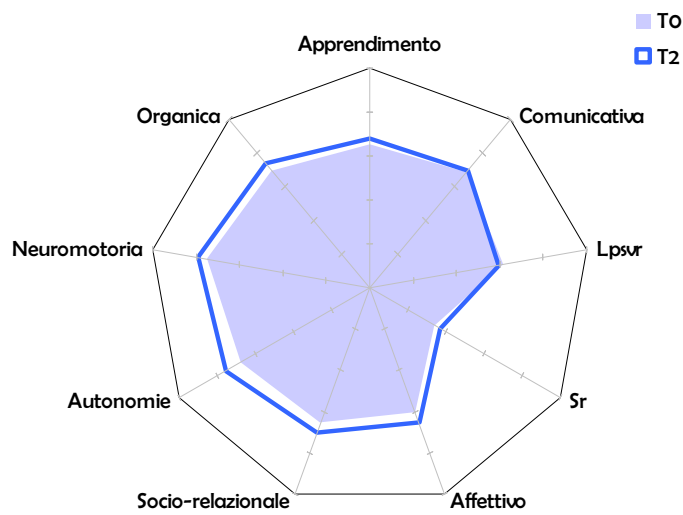


b) T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>

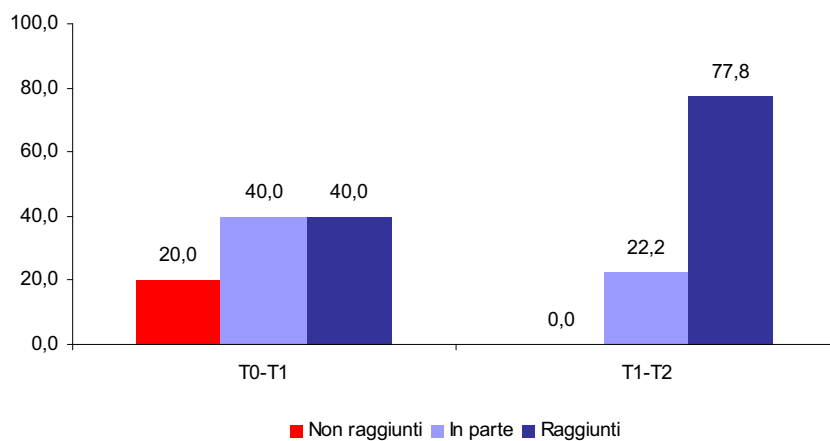


Casi N=3, indice di aderenza al protocollo ≥ 60%

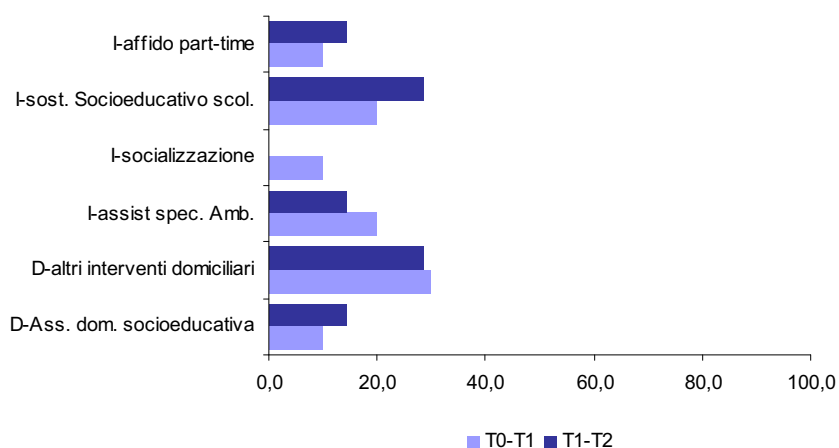
Schema polare Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



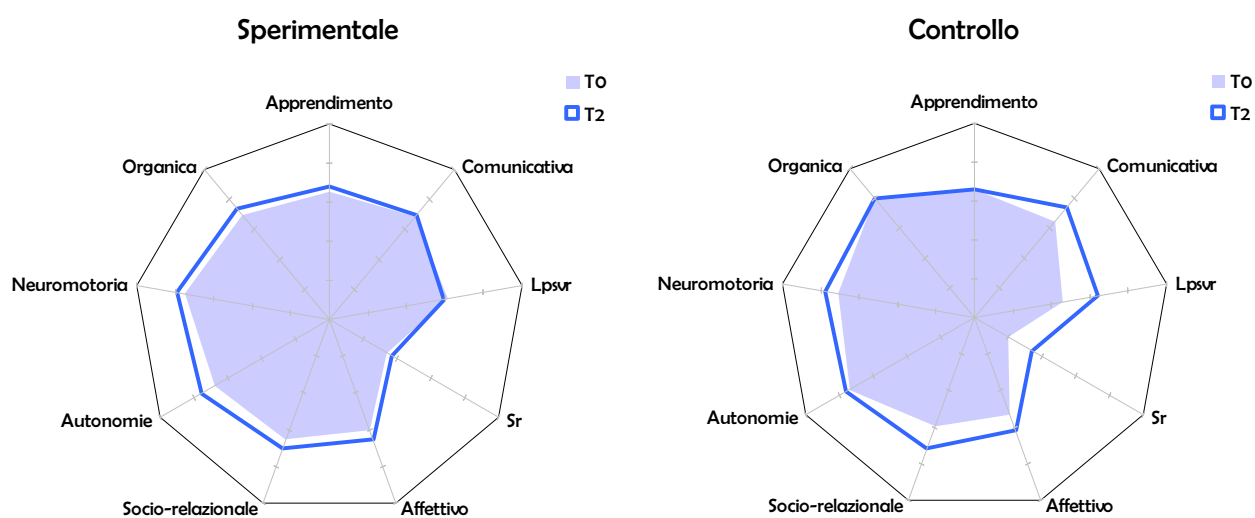
Indice di raggiungimento dei fattori osservabili nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



### Servizi nei lea nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



### Schema polare per gruppi Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



Come indicato in precedenza, il livello di gravità di partenza spiega il grado di miglioramento ottenuto nel breve periodo.

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Alla prima valutazione risultano inseriti 26 bambini/ragazzi. Complessivamente l'età varia da 1 a 17 anni, con un'età media nel gruppo di controllo di 7,8 anni (mediana: 8 anni) e nel gruppo sperimentale di 10,5 (mediana: 12 anni). Il 26,9% vive con un solo genitore e il 73,1% con entrambi i genitori. Il 57,7% vive con fratelli/sorelle e nel 61,5% dei casi anche con altri familiari.

### La mappa dei soggetti e delle risorse

In media, risultano 1,2 *oggetti attuali* a  $T_0$ , con un minimo che va da 0 a 3 *oggetti attuali*.

Tab. 60 – Distribuzione dei soggetti attuali a  $T_0$

Area di riferimento dei soggetti attuali	Controllo (N=11)		Sperimentale (N=15)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	3	27,3	1	6,7
Famiglia di origine	3	27,3	4	26,7
Area solidale	1	9,1	0	0,0
Area istruzione	3	27,3	0	0,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	6	54,5	13	86,7

Le *risorse attuali* a  $T_0$  sono in media 2,2, con un minimo di 0 e un massimo di 6.

Tab. 61 – Distribuzione delle risorse attuali a  $T_0$

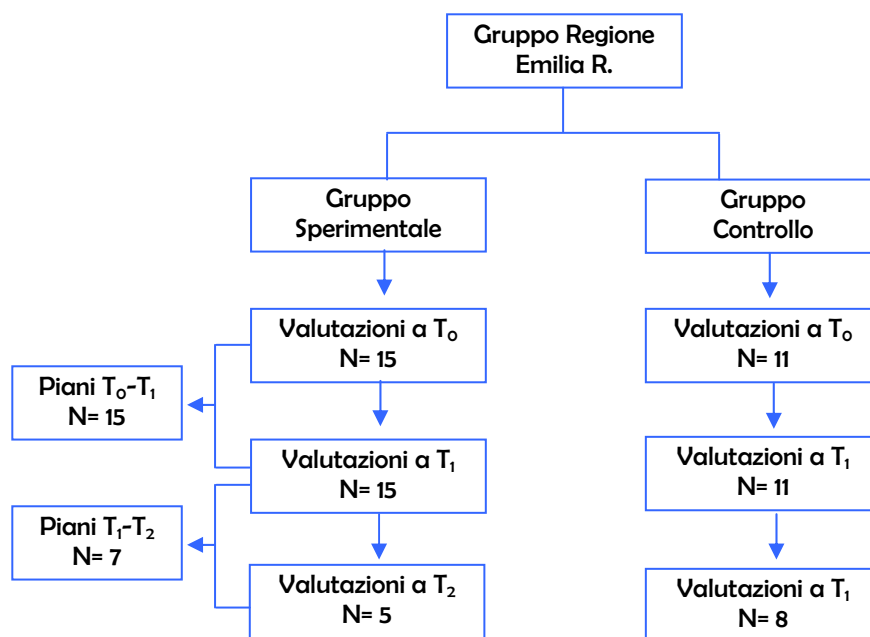
Area di riferimento	Controllo (N=11)		Sperimentale (N=15)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	6	54,5	1	6,7
Famiglia di origine	7	63,6	8	53,3
Famiglia acquisita	0	0,0	0	0,0
Area solidale	1	9,1	2	13,3
Area istruzione	3	27,3	0	0,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	7	63,6	7	46,7

I *soggetti potenziali* variano da 0 a 4 (media: 1,5). Le *risorse potenziali* variano da 0 a 4 (media: 0,9). La mappa dei soggetti e delle risorse può essere rappresentata con i successivi valori medi.

Fig. 45 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a  $T_0$

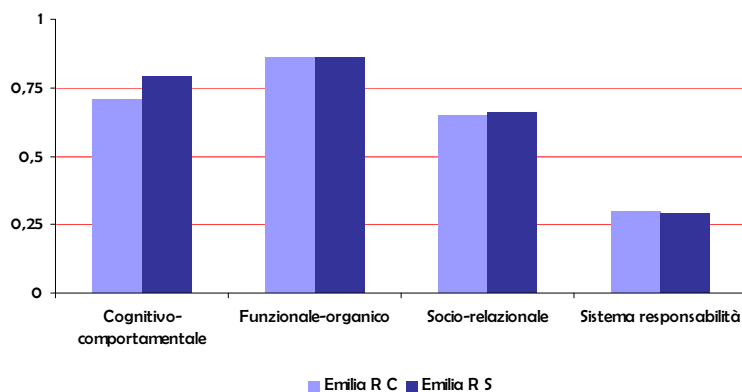
Controllo		Sperimentale	
SA=1,0	SP=0,7	SA=1,4	SP=2,0
RA=2,9	RP=1,4	RA=1,7	RP=0,5

## Analisi dei bisogni e dell'efficacia



## Analisi del bisogno, livelli di gravità (T<sub>0</sub>) con schema polare

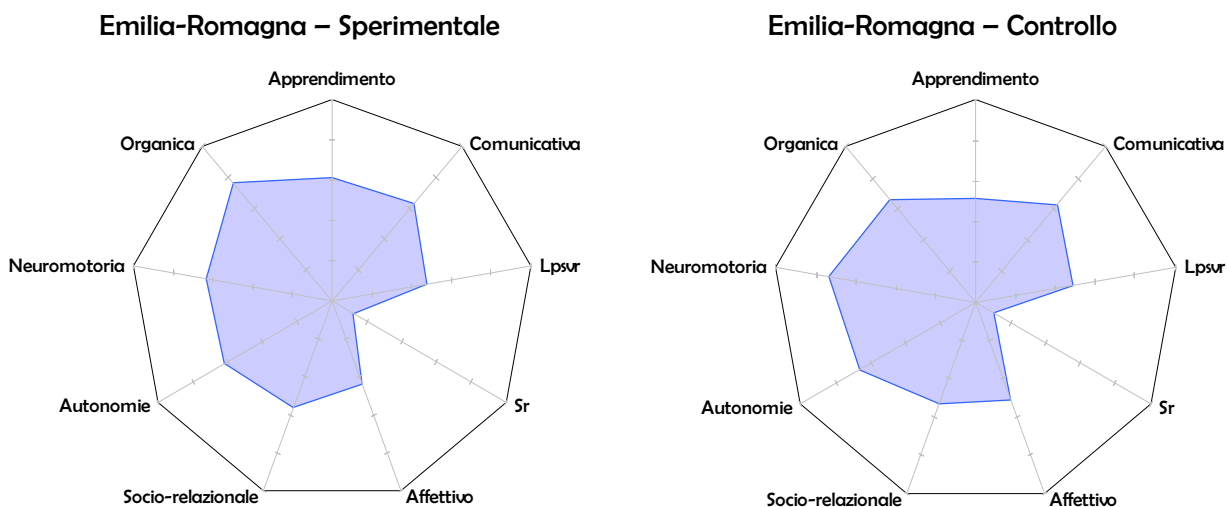
Fig. 46 – Distribuzione della gravità per area territoriale





## La visione globale delle condizioni di bisogno a T<sub>0</sub>

Fig. 47 – Profili di *bisogno* per gruppo



Tab. 62 – Notazioni dalla sintesi dei *problemi e delle potenzialità* al tempo T<sub>0</sub>

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
<i>Problemi</i>	<i>Potenzialità</i>	<i>Problemi</i>	<i>Potenzialità</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autolesionismo</li> <li>- Difficoltà scolastica</li> <li>- Droga</li> <li>- Trascuratezza</li> <li>- Sovrappeso</li> <li>- Timidezza</li> <li>- Igiene personale</li> <li>- Comportamenti aggressivi</li> <li>- Problemi di attenzione</li> <li>- Attaccamento indifferenziato alle figure femminili</li> <li>- Problemi relazionali con coetanei</li> <li>- comportamenti oppositivi /provocatori</li> <li>- Comportamenti trasgressivi</li> <li>- Deficit nella sfera emozionale e affettività</li> <li>- Comportamenti non adeguati all'età anagrafica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buone capacità di elaborazione dei problemi</li> <li>- Buone risorse per superare i problemi</li> <li>- Buone capacità relazionali.</li> <li>- Intelligenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precarietà economica</li> <li>- Abitazione</li> <li>- Separazione</li> <li>- Abitudini/comportamenti devianti</li> <li>- Genitori auto centrici incapaci di cogliere i bisogni dei figli</li> <li>- Padre infantile</li> <li>- Incostante a livello affettivo ed educativo</li> <li>- Incapacità di accudire i figli</li> <li>- I genitori sono incapaci di rapportarsi ai figli e li percuotono</li> </ul>	

Fig. 48 – Problemi del minore (notazioni organizzate in macrocategorie)

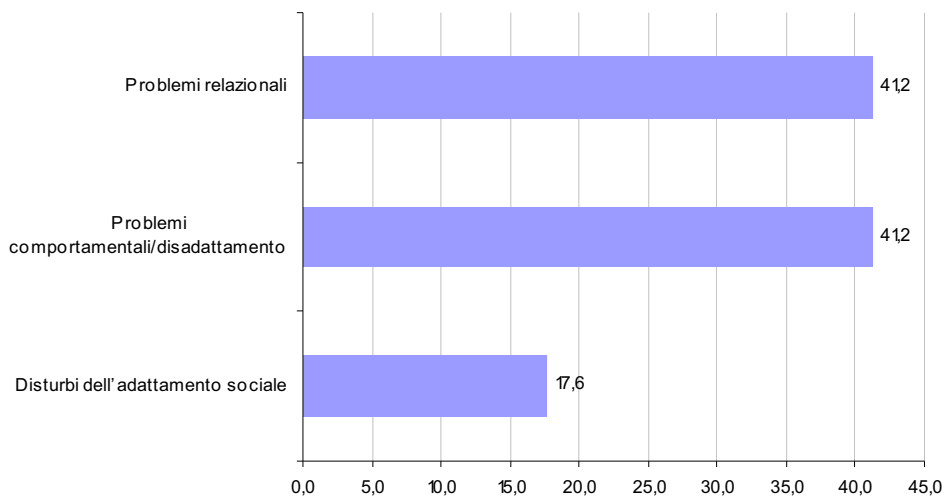
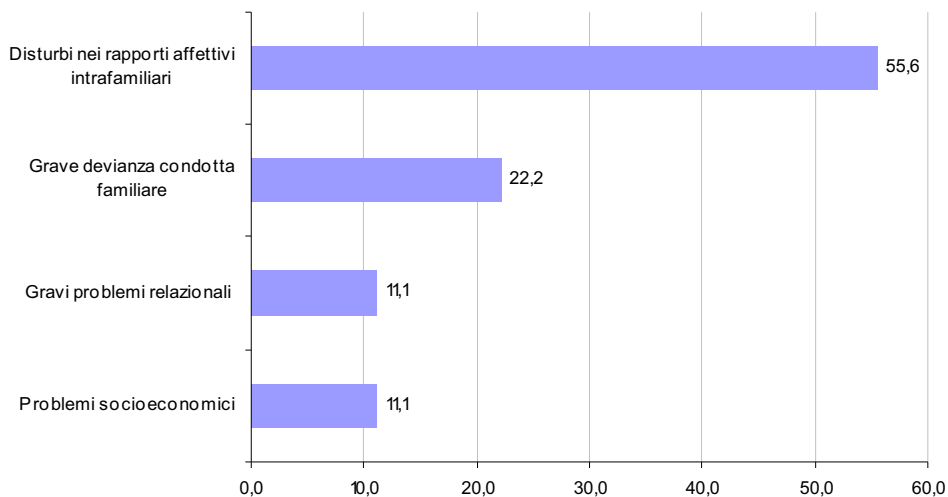


Fig. 49 – Problemi del genitore (citazioni organizzate in macrocategorie)



Tab. 63 – Notazioni dagli **obiettivi** indicati a T<sub>0</sub> e T<sub>1</sub>

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
<b>T<sub>0</sub></b>	
Aiutare la socializzazione positiva con i coetanei Creare una rete di relazioni in cui il minore si senta "contenuto" Favorire i momenti di socializzazione Favorire relazioni significative con i pari Favorire la socializzazione e le occasioni di sperimentare coesione con i coetanei Progressivo riavvicinamento alle figure adulte Progressivo allontanamento dal marito della madre Migliorare il rendimento scolastico Miglioramento nei comportamenti nei confronti degli altri Supporto nell'esecuzione dei compiti scolastici Costruire un ambiente di vita sereno e accogliente Migliorare il rapporto con il genitore Regolare gli incontri con il genitore Migliorare le competenze personali dal punto di vista cognitivo Migliorare i comportamenti di relazione Sostegno psicologico	Monitorare la situazione familiare e il rapporto genitore- figlio Sostenere le capacità genitoriali Ricostruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra i servizi e i genitori Percorsi individualizzati di sostegno genitoriale Monitorare le dinamiche relazionali tra genitore e figlio Potenziare le capacità educative e affettive dei genitori Sostenere e migliorare le capacità genitoriali Mantenere separati il nucleo d'origine da quello di nuova formazione Favorire la crescita di nuove relazioni significative Migliorare il rapporto genitore-figlio Intraprendere un percorso di valutazione delle capacità genitoriali
<b>T<sub>1</sub></b>	
Aiutarlo a stare meglio con gli altri e a interiorizzare un minimo di regole Supporto nell'esecuzione dei compiti scolastici Creare una rete di relazioni in cui si senta "contenuta" Favorire la socializzazione e le occasioni di sperimentare coesione con i coetanei Migliorare le relazioni con le figure adulte Migliorare le relazioni con i coetanei Costruire una relazione significativa tra figlio e genitori	Monitorare la situazione familiare e il rapporto genitore- figlio Sostenere le capacità genitoriali Sostegno psicologico al genitore Valutazione della capacità del genitore Sostenere e potenziare le capacità genitoriali

Nota: alcuni obiettivi indicati sono già interventi diretti o altre indicazioni.

Il macro-livello di intervento utilizzato è rappresentato nella successiva tabella, distinto nei due piani operativi. Dove indicati, i soggetti delle azioni sono principalmente educatori.

Tab. 64 – Macro-livelli di servizio

Piano operativo T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Piano operativo T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
Assistenza domiciliare sociale (1 caso) Assistenza domiciliare socio-educativa (4 casi) Assistenza specialistica ambulatoriale (3 casi) Attività di socializzazione (1 caso) Servizio sociale professionale (9 casi) Sostegno socio-educativo scolastico (1 caso)	Assistenza domiciliare sociale (2 casi) Assistenza domiciliare socio-educativa (4 casi) Assistenza specialistica ambulatoriale (3 casi) Servizio sociale professionale (5 casi)

Nota: è stato conteggiato solo il macro-livello, non la singola prestazione.

## I fattori osservabili

Tab. 65 – Fattori osservabili

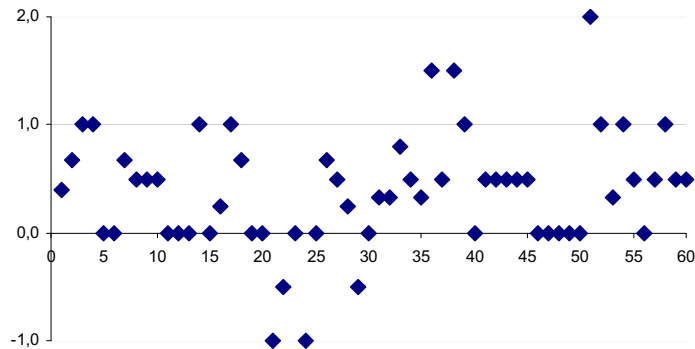
Fattori osservabili T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Fattori osservabili T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo di concentrazione (minuti)</li> <li>- Autonomia nei compiti (al giorno)</li> <li>- Capacità di tenere il gioco di squadra (minuti)</li> <li>- Chili che deve perdere in 4 mesi</li> <li>- Diminuzione degli attacchi di panico (sett)</li> <li>- Frequenza settimanale al gruppo</li> <li>- Incrementare le materie con la sufficienza nei tre mesi</li> <li>- N. incontri protetti in tre mesi</li> <li>- N. sedute con psicologo e npi in tre mesi</li> <li>- N. di volte alla settimana in cui scappa dal dopo scuola</li> <li>- N. sedute dallo psicologo</li> <li>- N. di volte in cui compie atti autolesionistici</li> <li>- N. ritardi o assenze</li> <li>- N. colloqui al mese effettuati con i genitori</li> <li>- N. di volte in cui i genitori riescono a dire dei "no" educativi al minore (alla settimana)</li> <li>- N. incontri protetti con il papà in tre mesi</li> <li>- N. telefonate con il padre al mese</li> <li>- N. di volte in cui si reca in palestra in 3 mesi</li> <li>- N. di colloqui al mese con la coordinatrice</li> <li>- Partecipazione al gruppo studio del pomeriggio</li> <li>- Quante volte propone un'idea</li> <li>- Quante volte finisce i compiti</li> <li>- Quante volte cerca di litigare</li> <li>- Quante volte si alza ed esce senza permesso</li> <li>- Quante volte si rifiuta di rispettare le regole (settimana)</li> <li>- Quante volte preferisce giocare da solo invece di interagire con i coetanei</li> <li>- Quante volte non rispetta le consegne della maestra</li> <li>- Quante volte si alza durante le lezioni</li> <li>- Quante volte riesce ad accettare le frustrazioni</li> <li>- Quante volte manifesta reazioni esagerate nei confronti dei genitori</li> <li>- Quante volte si isola</li> <li>- Quante volte risponde male i compagni</li> <li>- Quante volte minaccia i compagni</li> <li>- N volte risponde in modo negativo al genitore</li> <li>- Quante volte mette in atto strategie manipolatorie</li> <li>- Quante volte accetta le osservazioni</li> <li>- Quante volte si oppone al genitore</li> <li>- Quante volte vengono rispettati gli accordi presi con il servizio</li> <li>- Quante volte si rifiuta di incontrare il genitore</li> <li>- Rimando positivo del comportamento a casa (al giorno)</li> <li>- Risposte adeguate alle richieste dell'educatore (a intervento)</li> <li>- Tempi medi di concentrazione (in minuti)</li> <li>- Tempo (minuti) di controllo delle proprie emozioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità di restare in una situazione di gruppo (da minuti in ore)</li> <li>- Capacità di tenere e gestire per due ore il compito assegnato (da minuti in ore)</li> <li>- Diminuzione degli attacchi di panico (a settimana)</li> <li>- Frequenza settimanale al gruppo</li> <li>- Incrementare le materie con la sufficienza nei tre mesi</li> <li>- N. di volte al mese in cui si presenta agli appuntamenti</li> <li>- N. di volte alla settimana in cui accetta dei no educativi</li> <li>- N. di volte a settimana in cui accetta le attività proposte dall'educatore</li> <li>- Partecipazione al gruppo studio del pomeriggio</li> <li>- Quante volte propone un'idea</li> <li>- Quante volte finisce i compiti</li> <li>- Rimando positivo del comportamento a casa</li> <li>- Risposte adeguate alle richieste dell'educatrice (a intervento)</li> <li>- Tempo trascorso nello spazio concordato</li> <li>- Tempo di permanenza con i coetanei</li> <li>- Tentativi di fuga da casa (a settimana)</li> </ul>

Fattori osservabili T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Fattori osservabili T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo di permanenza con i coetanei</li> <li>- Uso delle parolacce</li> <li>- Volte in cui parla delle sue esperienze familiari e personali (a settimana)</li> <li>- Volte in cui non si presenta per l'intervento educativo (al mese)</li> </ul>	

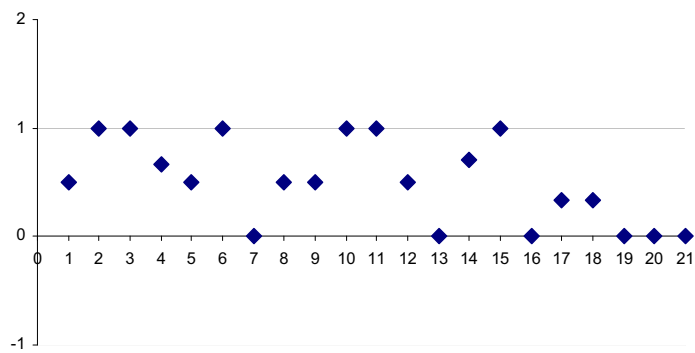
Nota: sono considerati i fattori osservabili di "pertinenza" del bambino.

Fig. 50 – Fattori osservabili: % di raggiungimento atteso

a) T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>

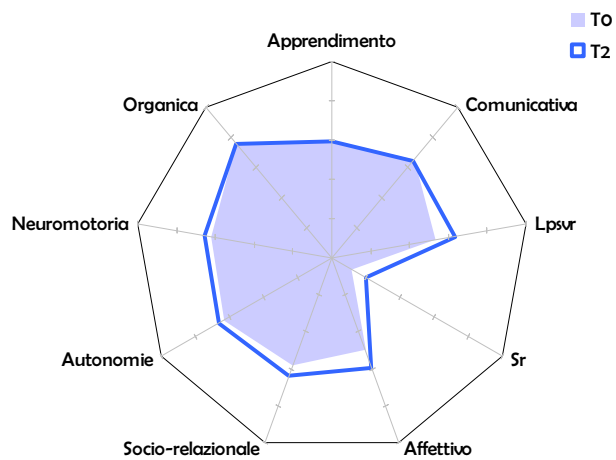


b) T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>

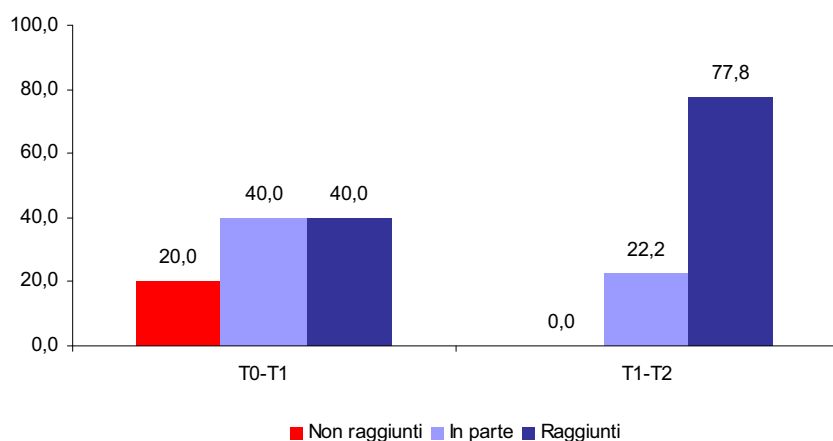


N=3, indice di adesione al protocollo ≥ 60%

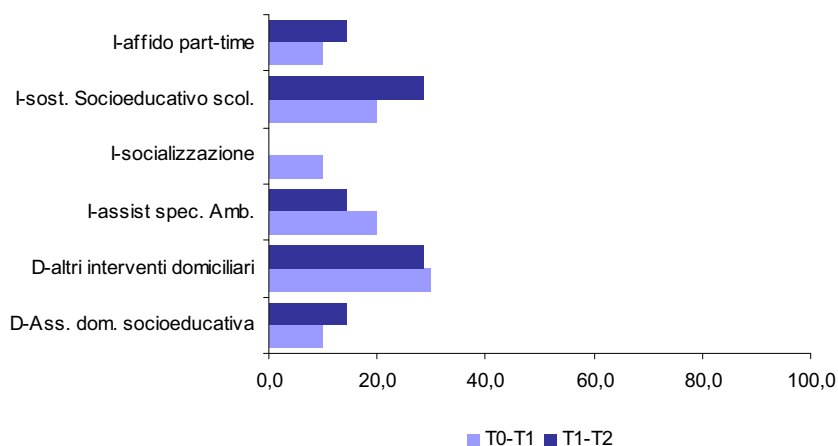
Schema polare Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



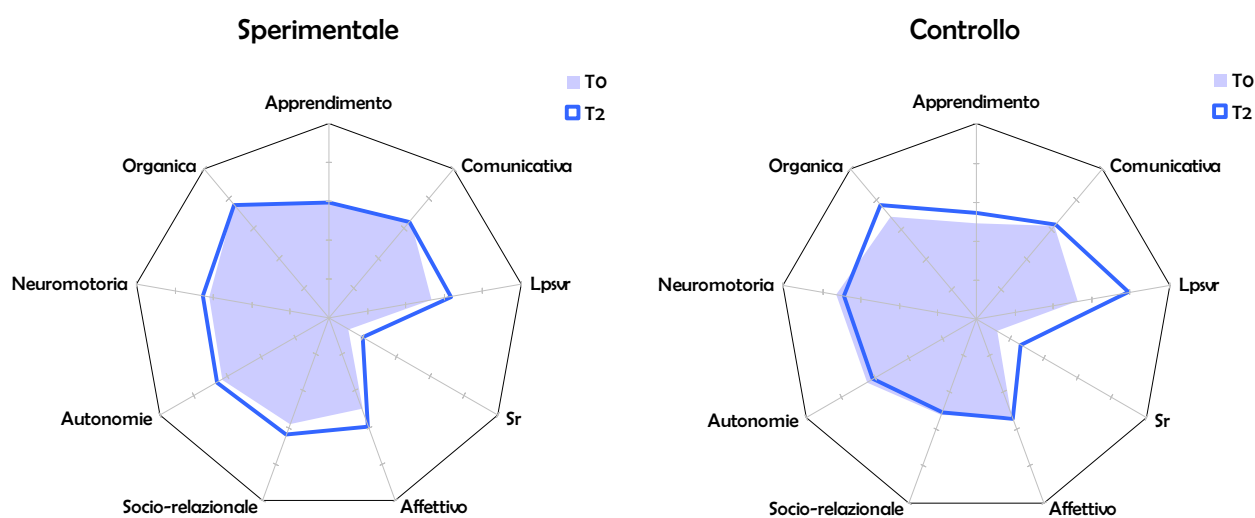
### Indice di raggiungimento dei fattori osservabili nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



### Servizi nei lea nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



### Schema polare per gruppi Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



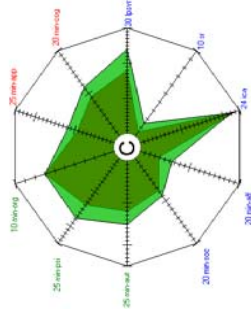
Come indicato in precedenza, il livello di gravità di partenza spiega il grado di miglioramento ottenuto nel breve periodo.

**Caso XX (Maschio; sc. elementare)**

*Obiettivi condivisi*

Aiutare la socializzazione positiva con i coetanei  
 Aiutare il minore a stare meglio con gli altri e a interiorizzare un minimo di regole

**Valutazione Tempo T<sub>0</sub>**



**Fattori osservabili:**

- Tempo (minuti) di controllo delle proprie emozioni
- Capacità di tenere il gioco di squadra (minuti)
- Numero di volte a settimana in cui scappa dal dopo scuola
- Quante ore riesce a lavorare nella fattoria a settimana

0,40  
 0,67  
 1,00  
 1,00

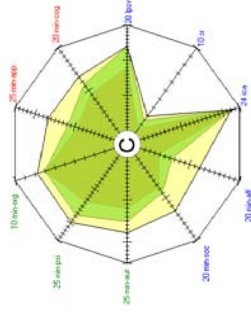
**Prestazioni:**

- servizio sociale professionale

**Valutazione:**

Si valuta la necessità di riformulare il piano personalizzato alla luce della richiesta di indagine da parte della Procura del T.P.M. e dell'inserimento del minore in una Fattoria 4 ore la settimana

**Valutazione Tempo T<sub>1</sub>**



**Fattori osservabili:**

- Tempo trascorso nello spazio concordato
- Capacità di restare in una situazione di gruppo (da minuti in ore)
- Capacità di tenere e gestire per due ore il compito assegnato (da minuti in ore)
- Tentativi di fuga da casa (a settimana)

0,50  
 1,00  
 1,00  
 0,67

**Prestazioni:**

- assistenza domiciliare socio-educativa
- assistenza domiciliare sociale

**Valutazione:**

La valutazione dei risultati è positiva anche se il lavoro da portare avanti è notevole. La Procura del Tpm non ha proceduto! È già un successo.

Adesione al protocollo	
Dom	88,9
sp T <sub>0</sub>	100,0
Pi T <sub>0</sub>	65,2
V T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	100,0
sp T <sub>1</sub>	100,0
Pi T <sub>1</sub>	82,6
V T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>	80,0
sp T <sub>2</sub>	100,0
Totale	85,4

## REGIONE PIEMONTE

Alla prima valutazione risultano inseriti 20 bambini/ragazzi. Complessivamente l'età varia da 1 a 17 anni, con un'età media nel gruppo di controllo di 10 anni (mediana: 9 anni) e nel gruppo sperimentale di 11,7 (mediana: 12 anni). Il 42,1% vive con un solo genitore e il 57,9% con entrambi i genitori. Il 52,6% vive con fratelli/sorelle e nel 47,4% dei casi anche con altri familiari.

### La mappa dei soggetti e delle risorse

In media, sono indicati 3 *soggetti attuali* a  $T_0$ , la media di soggetti attuali è di 3,9 nel gruppo di controllo e di 2,2 nel gruppo sperimentale.

Tab. 66 – Distribuzione dei soggetti attuali a  $T_0$

Area di riferimento dei soggetti attuali	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=10)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	5	50,0	6	60,0
Famiglia di origine	1	10,0	5	50,0
Area solidale (amico/a, volontario)	2	20,0	3	30,0
Area istruzione (insegnante)	4	40,0	2	20,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	10	100,0	10	100,0

Le *risorse attuali* a  $T_0$  sono, in media, 1,9 per il gruppo di controllo e 2,2 per il gruppo sperimentale.

Tab. 67 – Distribuzione delle risorse attuali a  $T_0$

Area di riferimento	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=10)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	7	70,0	4	40,0
Famiglia di origine	5	50,0	4	40,0
Famiglia acquisita	1	10,0	0	0,0
Area solidale	1	10,0	5	50,0
Area istruzione	5	50,0	4	40,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	7	70,0	8	80,0

I *soggetti potenziali* variano da 1 (gruppo controllo) a 2 (gruppo sperimentale).

Le *risorse potenziali* variano da 4 (gruppo controllo) a 2 (gruppo sperimentale).

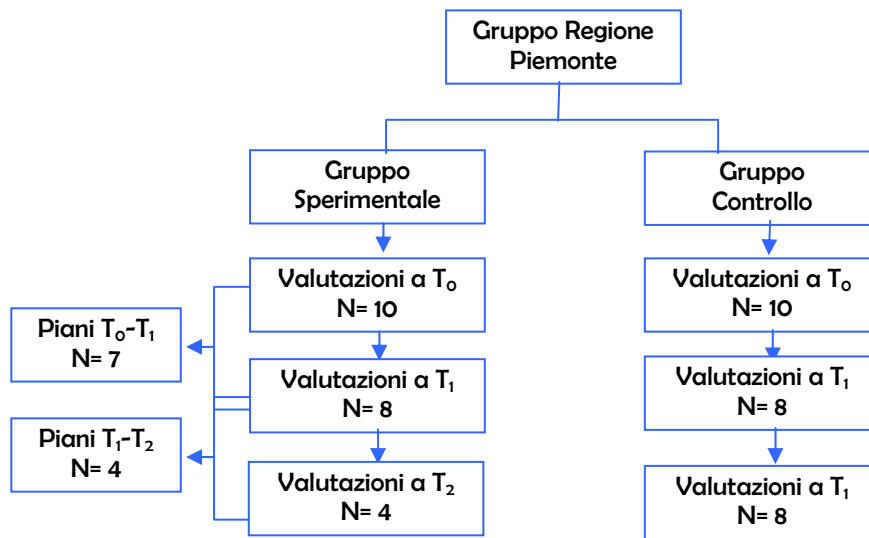
In sintesi, la mappa dei soggetti e delle risorse, in media, può essere rappresentata come indicato nella successiva figura.

Fig. 51 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a  $T_0$

Gruppo controllo		Gruppo sperimentale	
SA=3,9	SP=0,4	SA=2,2	SP=0,4
RA=1,9	RP=1,6	RA=3,9	RP=0,9



### Analisi dei bisogni e dell'efficacia



### Analisi del bisogno, livelli di gravità (T<sub>0</sub>) con schema polare

Fig. 52 – Distribuzione della gravità per area territoriale

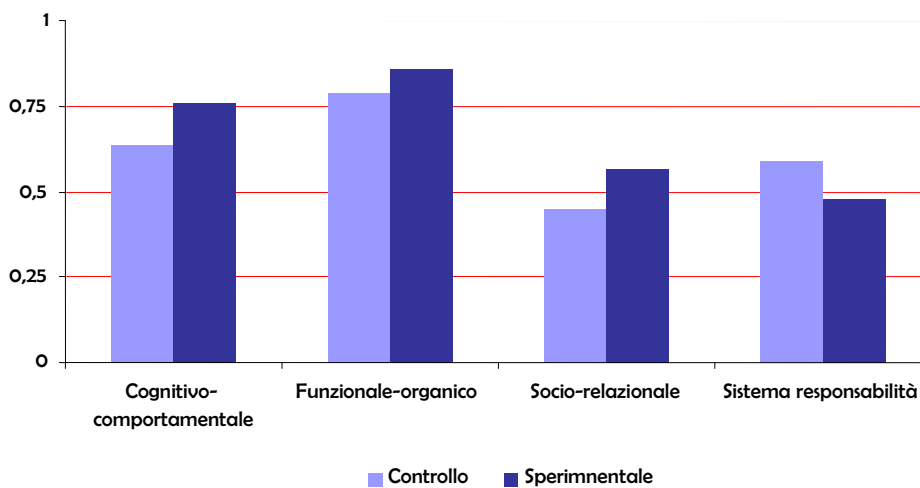
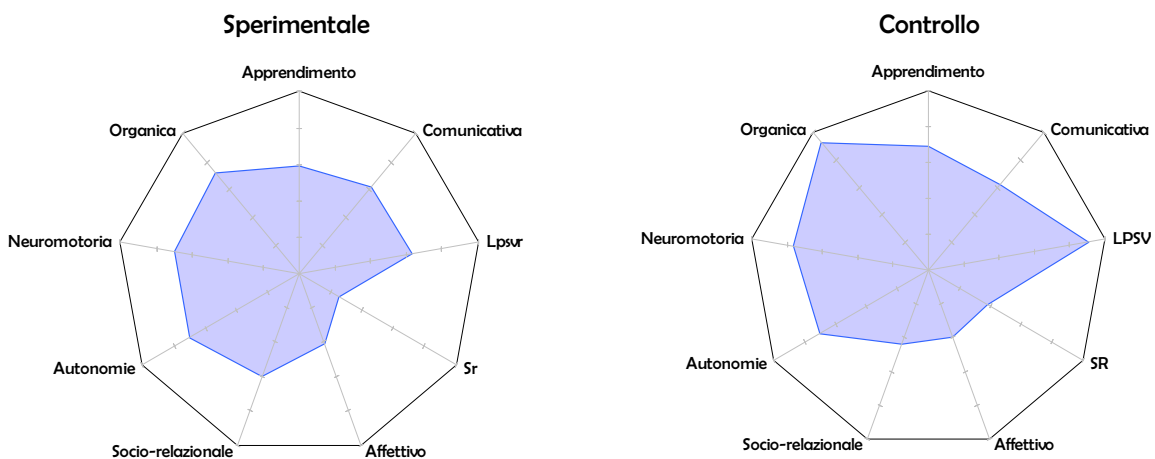


Fig. 53 – Profili di *bisogno* per gruppo



Tab. 68 - Notazioni estrapolate dalla sintesi dei **problemi e delle potenzialità** indicati al tempo T<sub>0</sub>

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
<i>Problemi</i>	<i>Potenzialità</i>	<i>Problemi</i>	<i>Potenzialità</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Bullo strumentale"</li> <li>- Atteggiamenti antisociali</li> <li>- Bimbo fragile con un rapporto simbiotico e ambivalente con il genitore</li> <li>- Disturbi relazionali del minore</li> <li>- Condivide comportamenti trasgressivi con il genitore</li> <li>- Deprivato a livello emotivo e affettivo</li> <li>- Difficoltà socio relazionali</li> <li>- Esplicita il proprio malessere a scuola</li> <li>- Fondo depressivo latente che scatena aggressività nei momenti di difficoltà</li> <li>- Forte isolamento</li> <li>- Inappetenza, correlata anche al precario accudimento genitoriale</li> <li>- In alcuni momenti tende a stare in disparte, in altri a cercare la sfida e a dare fastidio</li> <li>- In gruppo cerca continuamente il conflitto e la provocazione</li> <li>- Malessere e sintomi depressivi</li> <li>- Non ha autostima</li> <li>- Non si lascia coinvolgere</li> <li>- Poca autostima</li> <li>- Poco vitale</li> <li>- Problemi relazionali a scuola, con i coetanei, con il genitore</li> <li>- Problemi scolastici (comportamenti trasgressivi per indolenza o reattività verbale e fisica)</li> <li>- Ragazzo abbandonato a se stesso</li> <li>- Rifiuto ad entrare in relazione con coetanei e adulti di riferimento</li> <li>- Sonnambulismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accetta interventi educativi individualizzati</li> <li>- Grande intelligenza</li> <li>- Immensa fantasia e creatività</li> <li>- Parziale collaborazione</li> <li>- Relazione positiva con gli operatori sociali</li> <li>- Riconoscimento del disagio vissuto</li> <li>- Spiccata affettuosità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcolismo e vizio del gioco del genitore</li> <li>- Conflittualità coniugale</li> <li>- Conflittualità forte tra genitore e figlio</li> <li>- Conflittualità nel nucleo</li> <li>- Conflittualità tra i genitori separati</li> <li>- Convivenza con il genitore, disturbato che non agisce una funzione genitoriale</li> <li>- Deprivazione culturale</li> <li>- Deprivazione socio-culturale</li> <li>- Deresponsabilizzazione del genitore</li> <li>- Difficoltà relazionale familiare e con l'esterno</li> <li>- Dinamiche familiari disfunzionali con presunti maltrattamenti del genitore</li> <li>- Disagio economico</li> <li>- Fragilità educativa e psichica del genitore</li> <li>- Limiti educativi</li> <li>- Limiti educativi del genitore</li> <li>- Genitore con condizioni di salute fisica e psicologica precaria</li> <li>- Mancanza di una rete familiare sana e di supporto.</li> <li>- Precarietà abitativa</li> <li>- Presenza di parenti temporaneamente ospitati</li> <li>- Presunto alcolismo del genitore</li> <li>- Problemi psichici o psichiatrici del genitore</li> <li>- Rapporto simbiotico genitore figlio che comincia a stare stretto al minore che ora è fidanzato</li> <li>- Ridefinizione dei ruoli</li> <li>- Scarsa cura dell'ambiente domestico e dell'organizzazione familiare</li> <li>- Scarso investimento nella ricerca di un lavoro</li> <li>- Situazione abitativa precaria e inadeguata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione dei genitori alle proposte dei servizi</li> <li>- Collaborazione del genitore con i servizi</li> <li>- I genitori hanno molto amore per la figlia</li> </ul>

Fig. 54 – Problemi del minore (citazioni organizzate in macrocategorie)

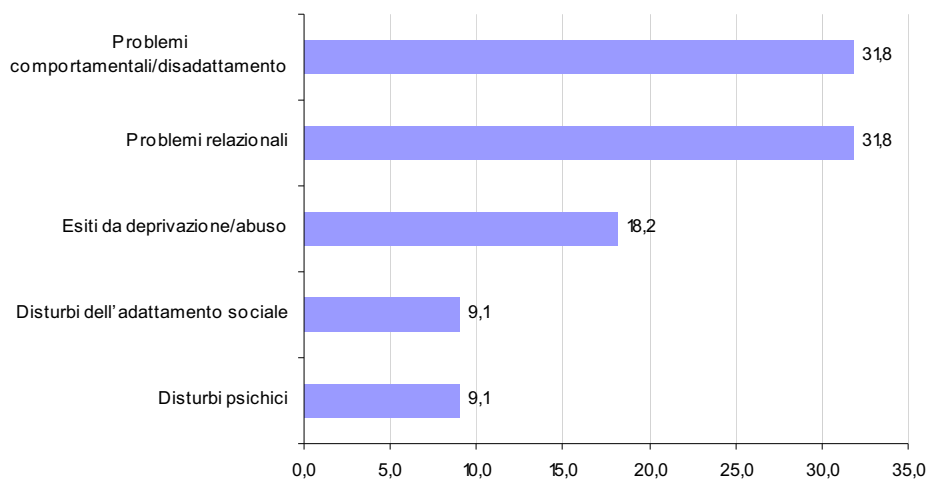
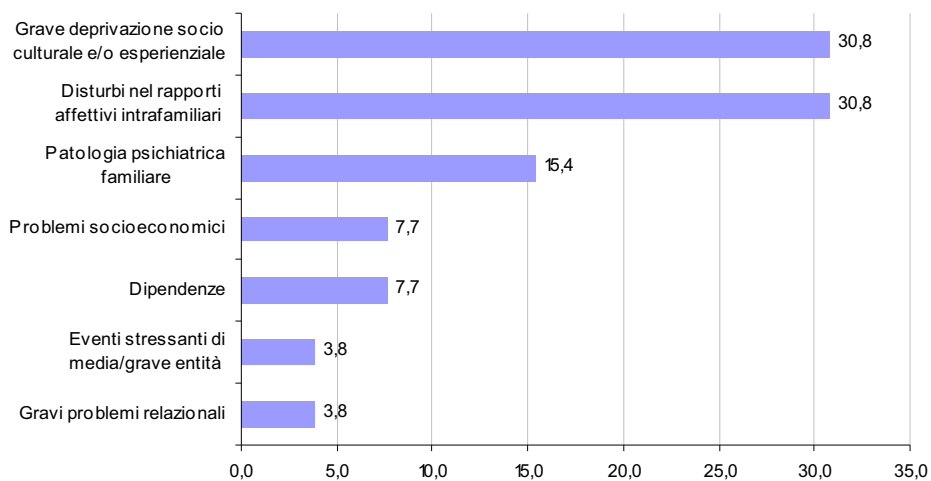


Fig. 55 – Problemi del genitore (citazioni organizzate in macrocategorie)



Tab. 69 – Notazioni dagli **obiettivi** indicati a T<sub>0</sub> E T<sub>1</sub>

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
<b>T<sub>0</sub></b>	
Aiutarlo a mantenere un comportamento consono all'ambiente Controllo delle reti relazionali per evitare e monitorare il rischio di uso di sostanze Diminuire e contenere l'angoscia del minore Favorire la canalizzazione dell'aggressività attraverso la prosecuzione del lavoro psicologico avviato Fornire sostegno al minore in ambito familiare Mantenimento degli obiettivi raggiunti Miglioramento delle performance scolastiche in quanto ad attenzione, apprendimento e adesione alle regole Monitoraggio extrascuola Prendere attestato con frequenza stage Prevenire l'allontanamento dalla famiglia Qualità del sonno Recupero della serenità della minore e del suo equilibrio Socializzazione con coetanei, a scuola e nei gruppi formali e informali	Accertamento delle capacità genitoriali Analisi approfondita del nucleo attraverso un'analisi psicologica della coppia genitoriale e del minore Autonomia dal genitore Favorire e monitorare il dialogo e la verbalizzazione dei vissuti con i genitori Lavorare sulle relazioni familiari con genitore e compagno Mediazione nelle relazioni tra genitori separati Osservazione delle dinamiche coniugali e familiari Osservazione della rete parentale allargata per individuare eventuali potenzialità Rafforzare il ruolo genitoriale, affinché la mamma riconosca sempre più i bisogni dei propri figli Rinforzo alla figura genitoriale Sostegno alla genitorialità Valutazione sull'eventuale coinvolgimento di altri servizi specialistici (servizio di alcolologia, psichiatria adulti)
<b>T<sub>1</sub></b>	
Acquisizione di consapevolezza rispetto ai propri agiti Autonomia dal genitore Controllo delle reti relazionali per evitare e monitorare il rischio di uso di sostanze Fornire sostegno al minore nel momento della separazione dei genitori Lavoro su minore e adulti rispetto alla rete amicale deviante del minore che diventa sempre più importante Miglioramento delle performance scolastiche Raggiungere obiettivo attestato e indirizzare verso la possibile frequenza di un anno integrativo Riorientamento e frequenza scolastica Socializzazione con coetanei, a scuola e nei gruppi formali e informali	Lavoro sulle figure genitoriali di sostegno e monitoraggio Madre con gravidanza a rischio e coinvolgimento emotivo del figlio Maggior coinvolgimento del genitore Monitoraggio conflittualità tra i genitori e nell'ambito della famiglia allargata Potenziare il sostegno alla genitorialità Prevenire l'allontanamento dal nucleo familiare Ricerca di un periodo di sollievo per il minore e la famiglia Rinforzo alla figura genitoriale

Nota: alcuni obiettivi indicati sono già interventi diretti o altre indicazioni.

Il macro-livello di intervento utilizzato è rappresentato nella successiva tabella, distinto nei due piani operativi. Dove indicati, i soggetti delle azioni sono principalmente educatori.

Tab. 70 – Macro-livelli di servizio

Piano operativo T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Piano operativo T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
Sostegno socio educativo scolastico (3 casi) Attività di socializzazione (3 casi) Altri interventi di sostegno alla domiciliarità (2 casi) Affidamento familiare part time Assistenza specialistica ambulatoriale (1 caso) Assistenza domiciliare socio educativa (4 casi)	Assistenza domiciliare socio educativa (4 casi) Assistenza specialistica ambulatoriale (2 casi) Sostegno socio educativo scolastico (1 caso) Attività di socializzazione (1 caso) Altri interventi di sostegno alla domiciliarità (1 caso) Affidamento familiare part time (1 caso) Assistenza specialistica ambulatoriale (1 caso) Assistenza domiciliare sociale (1 caso)

Nota: è stato conteggiato solo il macro-livello, non la singola prestazione

## I fattori osservabili

L'analisi dei fattori osservabili evidenzia lo sforzo compiuto dagli operatori per individuare le variabili osservabili e misurabili.

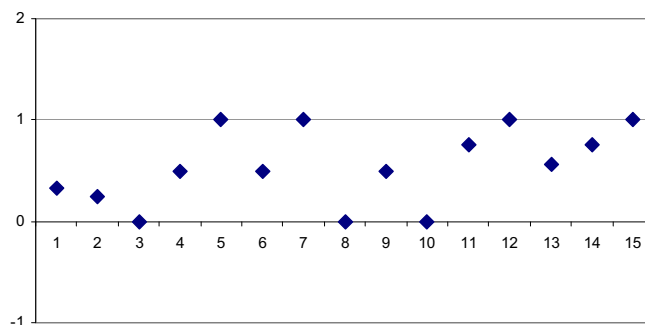
Tab. 71 – Fattori osservabili

Fattori osservabili $T_0-T_1$	Fattori osservabili $T_1-T_2$
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenze mensili</li> <li>- Contatti mensili con il servizio</li> <li>- Frequenza alle sedute</li> <li>- Fuga durante le lezioni in classe alla settimana</li> <li>- Incontri di verifica</li> <li>- Numero di volte che arriva in ritardo a scuola in un mese</li> <li>- Numero di assenze a scuola in un mese</li> <li>- Numero di volte che esce con nuovi compagni in un mese</li> <li>- Numero di sedute cui si presenta in un mese</li> <li>- Numero di sera in cui va a dormire entro le 23 a settimana</li> <li>- Numero di litigi in famiglia al mese</li> <li>- Attività svolte con gli educatori al mese</li> <li>- Quante volte al mese frequenta gli educatori</li> <li>- Richiami mensili scuola famiglia</li> <li>- Tempo trascorso con l'educatore per inserimento in attività extrascolastiche (h/sett)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenze mensili</li> <li>- Capacità di rimanere seduto</li> <li>- Colloqui mirati di orientamento nell'estate</li> <li>- Esecuzione compiti assegnati mensilmente</li> <li>- Frequenza alle sedute</li> <li>- Numero di colloqui con orientatori</li> <li>- Numero di scuole professionali visitate per verificare la motivazione</li> <li>- Numero di sedute del ragazzo in un mese</li> <li>- Numero di uscite in un mese con ragazzi di reti relazionali "sane"</li> <li>- Numero di volte al mese che accetta l'intervento</li> <li>- Scatti d'ira al giorno</li> <li>- Uscite serali in quartiere alla settimana</li> </ul>

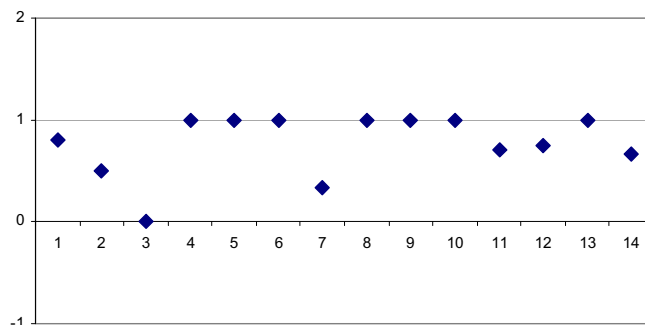
Nota: sono considerati i fattori osservabili di "pertinenza" del bambino

Fig. 56 – Fattori osservabili: % di raggiungimento attese

a)  $T_0-T_1$

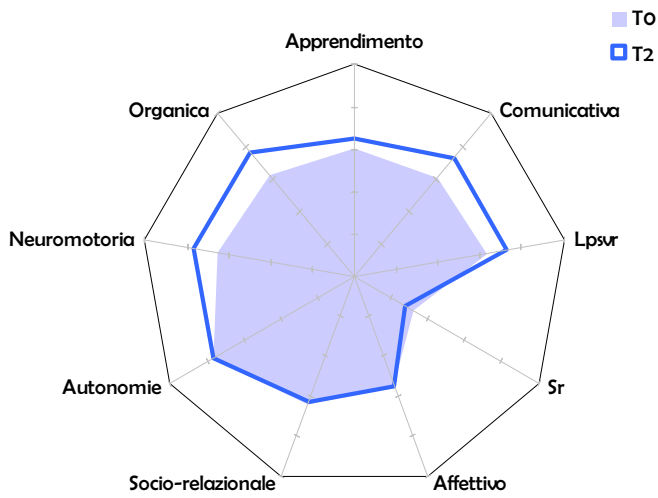


b)  $T_1-T_2$

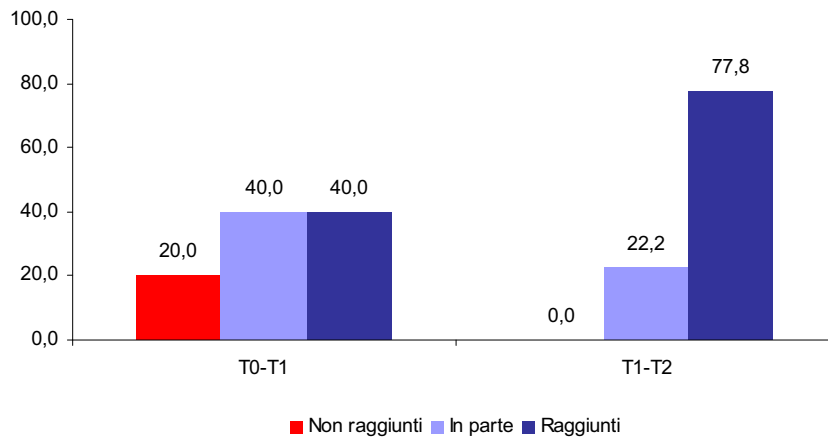


**Regione Piemonte (casi N=3, indice di adesione al protocollo ≥ 60%)**

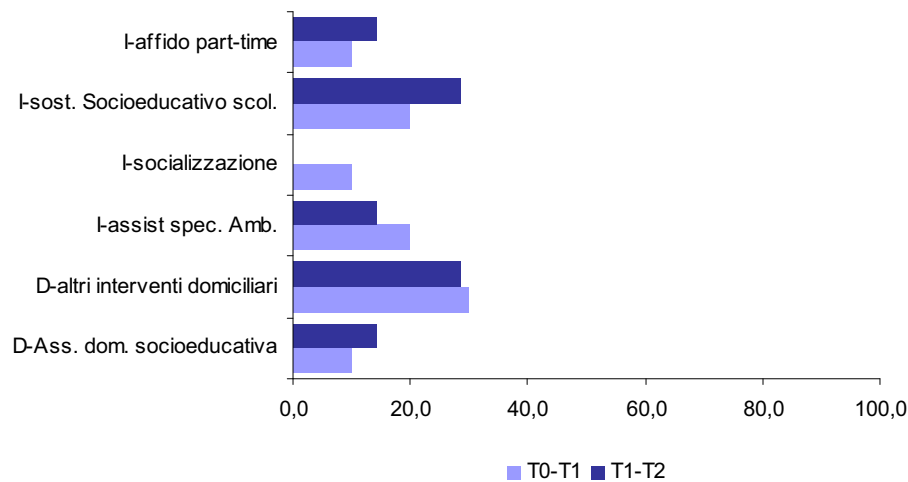
Schema polare Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



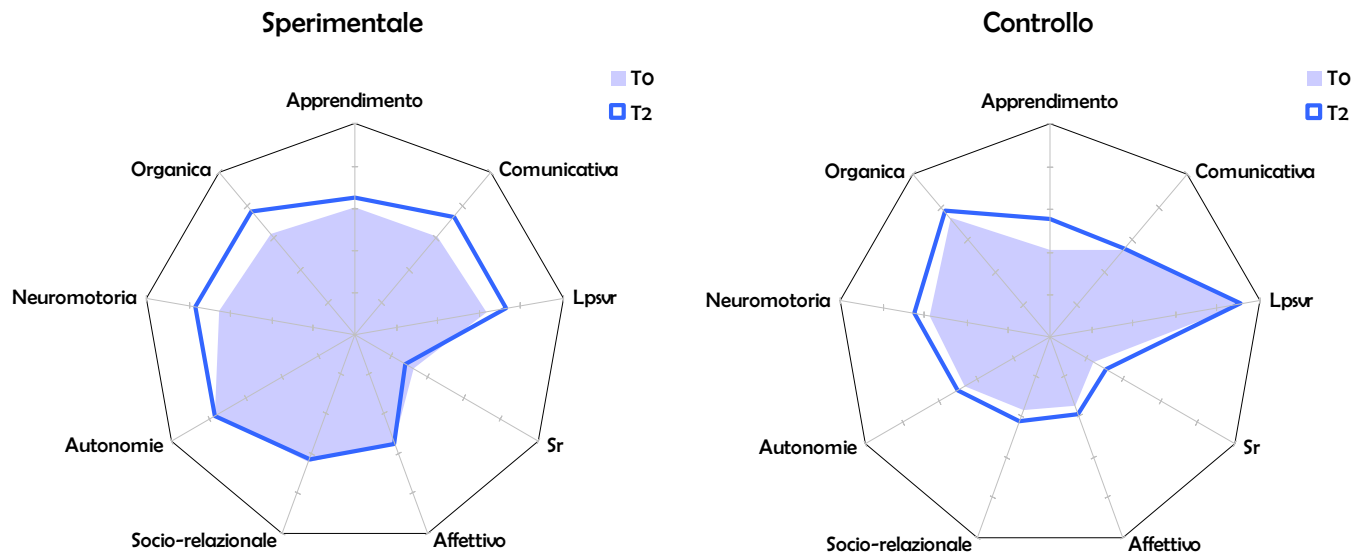
Indice di raggiungimento dei fattori osservabili nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



Servizi nei lea nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]



### Schema polare per gruppi Delta[T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



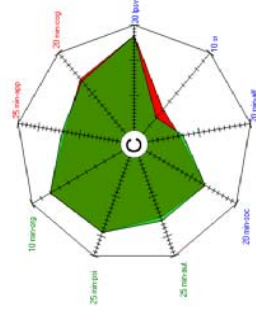
Come indicato in precedenza, il livello di gravità di partenza spiega il grado di miglioramento ottenuto nel breve periodo.

**Caso XX (maschio; sc. elementare)**

Obiettivi condivisi

- Frequenza scolastica
- Miglioramento delle performance scolastiche in quanto ad attenzione, apprendimento e adesione alle regole
- Socializzazione con coetanei, a scuola e nei gruppi formali ed informali
- Controllo delle reti relazionali per evitare e monitorare il rischio di uso di sostanze
- Autonomia dalla madre
- Rinforzo alla figura genitoriale

**Valutazione Tempo T<sub>0</sub>**



**Fattori osservabili:**

- N. di volte che arriva in ritardo a scuola in un mese 0,33
- N. di assenze a scuola in un mese 0,25
- N. di volte in cui esce con nuovi compagni in un mese 0,00
- N. di sedute cui si presenta il minore in un mese 0,50
- N. di sedute cui si presenta la mamma in un mese 1,00
- N. di incontri tra servizio sanitario e sociale al mese 1,00

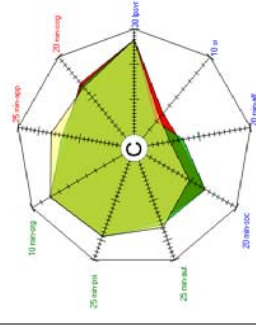
**Prestazioni:**

- Sostegno socio-educativo scolastico
- Attività di socializzazione

**Valutazione:**

Anche se i risultati attesi non sono stati raggiunti completamente ed emergono criticità nuove, si dà una valutazione complessivamente positiva del progetto educativo che prevedeva l'avvio dell'intervento di un educatore professionale. Il tempo di tre mesi non è sufficiente per poter raggiungere gli obiettivi definiti.

**Valutazione Tempo T<sub>1</sub>**



**Fattori osservabili:**

- N. scuole professionali visitate per verificare la motivazione 1,00
- N. di colloqui con orientatori 0,80
- N. di uscite/mese con ragazzi di reti relazionali "sane" 0,50
- N. di sedute del ragazzo in un mese 0,00
- N. di incontri tra famiglia e servizi in un mese 0,00
- N. di incontri tra s. sociale/ sanitario e educatore coop. 0,00

**Prestazioni:**

- Assistenza domiciliare socio educativa
- Assistenza specialistica ambulatoriale

**Valutazione:**

La situazione è sempre molto problematica e anche se l'intervento educativo è intenso permangono criticità notevoli legate al funzionamento emotivo del minore, alla scarsa capacità educativa della mamma e alla difficoltà di potenziare una rete sociofamiliare in una situazione di carenze di organico nei servizi. Emerge scarsa motivazione da parte della famiglia e del ragazzo e sono riemersi problemi a scuola che hanno già portato alla sua espulsione.

Adesione al protocollo	
Dom	100,0
sp T <sub>0</sub>	100,0
PI T <sub>0</sub>	87,0
V T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	80,0
sp T <sub>1</sub>	100,0
PI T <sub>1</sub>	78,3
V T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>	80,0
sp T <sub>2</sub>	100,0
Totale	89,6



**REGIONE TOSCANA**

Alla prima valutazione risultano inseriti 23 bambini/ragazzi. Complessivamente l'età varia da 0 a 16 anni, con un'età media nel gruppo di controllo di 8,1 anni (mediana: 9 anni) e nel gruppo sperimentale di 8,8 (mediana: 10 anni). Il 39,1% vive con un solo genitore e il 60,9% con entrambi i genitori. Il 56,5% vive con fratelli/sorelle e nel 34,8% dei casi anche con altri familiari.

**La mappa dei soggetti e delle risorse**

In media, sono indicati 1,7 *soggetti attuali* a T<sub>0</sub>, con un minimo da 1 a 4 soggetti attuali.

Tab. 72 – Distribuzione dei soggetti attuali a T<sub>0</sub>

Area di riferimento dei soggetti attuali	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=13)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	9	90,0	6	46,2
Famiglia di origine	5	50,0	4	30,8
Famiglia acquisita	1	10,0	1	7,7
Area solidale	1	10,0	0	0,0
Area istruzione	2	20,0	1	7,7
Area sociale e sanitaria (professionisti)	6	60,0	12	92,3

Le *risorse attuali* a T<sub>0</sub> sono in media 1,6, con un minimo di 0 e un massimo di 6.

Tab. 73 – Distribuzione delle risorse attuali a T<sub>0</sub>

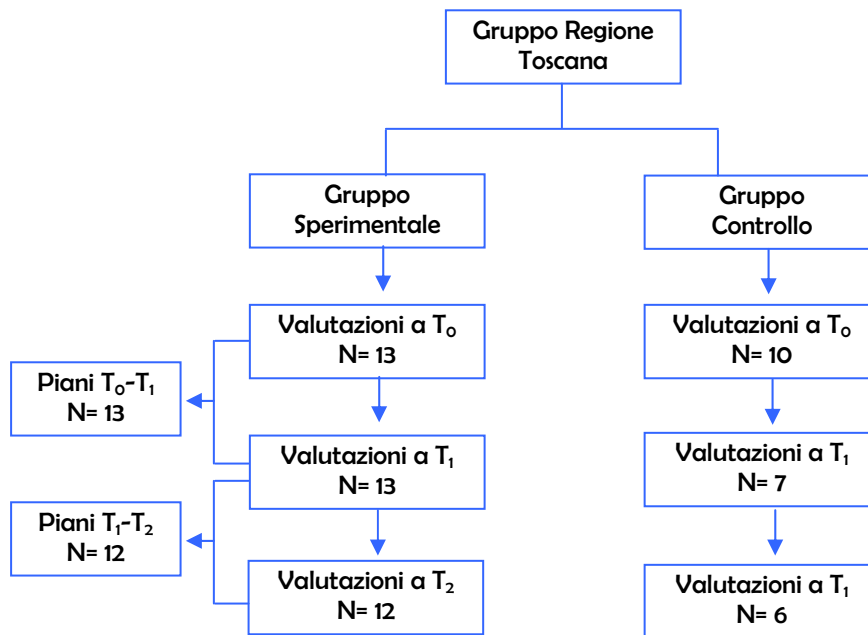
Area di riferimento	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=13)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	1	10,0	2	15,4
Famiglia di origine	1	10,0	3	23,1
Famiglia acquisita	1	10,0	0	0,0
Area solidale	1	10,0	0	0,0
Area istruzione	2	20,0	1	7,7
Area sociale e sanitaria (professionisti)	5	50,0	11	84,6

I *soggetti potenziali* variano da 0 a 2 (media: 0,9). Le *risorse potenziali* variano da 0 a 3 (media: 1,2). In sintesi, la mappa dei soggetti e delle risorse, in media, può essere rappresentata come indicato nella successiva figura.

Fig. 57 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a T<sub>0</sub>

<i>Controllo</i>		<i>Sperimentale</i>	
SA=1,8	SP=0,6	SA=1,6	SP=1,2
RA=1,4	RP=1,1	RA=1,8	RP=1,2

## Analisi dei bisogni e dell'efficacia



## Analisi del bisogno, livelli di gravità (T<sub>0</sub>) con schema polare

Fig. 58 – Distribuzione della gravità per area territoriale

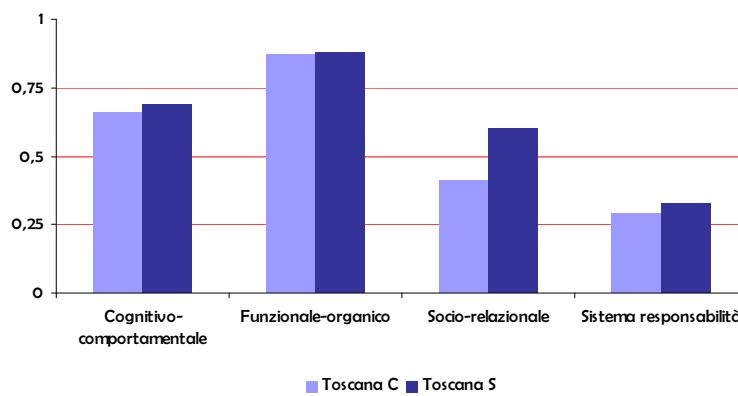
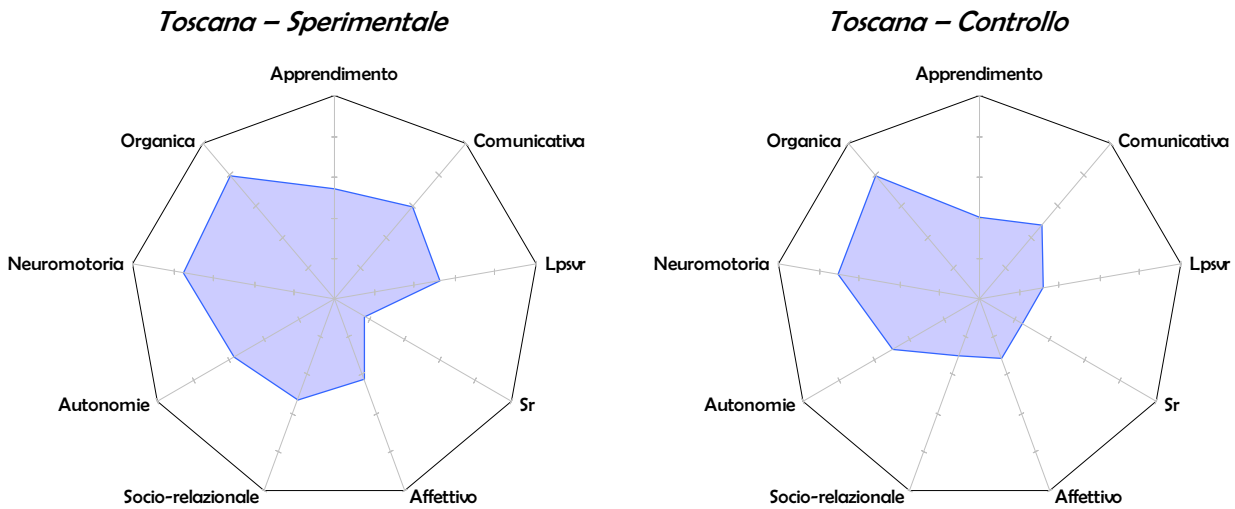


Fig. 59 – Profili di **bisogno** per gruppo



Tab. 74 - Notazioni dalla sintesi dei **problemi e delle potenzialità** indicati al tempo T<sub>0</sub>

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
Problemi	Potenzialità	Problemi	Potenzialità
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problematiche di inserimento scolastico</li> <li>- Amici non adeguati all'età</li> <li>- Apatia e chiusura</li> <li>- Autolesionismo</li> <li>- Accettazione delle regole</li> <li>- Problemi scolastici</li> <li>- Difficile relazione con il genitore</li> <li>- Precoce adultizzazione</li> <li>- Problemi alimentari</li> <li>- Trascuratezza personale</li> <li>- Scarsa relazione con i pari</li> <li>- Problemi apprendimento</li> <li>- Problemi affettivi</li> <li>- Trascuratezza</li> <li>- Squalifica psicologica da parte del genitore</li> <li>- Responsabilizzazione inadeguata</li> <li>- Deficitario il livello di protezione nel proprio spazio di vita</li> <li>- Sola e manca di figure di riferimento significative</li> <li>- Competenze sociali deficitarie</li> <li>- Autonomia carente rispetto all'età</li> <li>- Grandi carenze nelle sfere degli apprendimenti</li> <li>- Carenze nell'area degli affetti e della vita sociale</li> <li>- Carenze nell'autonomia e nello sviluppo psicologico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con tempi lunghi, riesce a costruire relazioni significative</li> <li>- Buon rapporto con il genitore</li> <li>- Buon andamento scolastico</li> <li>- Disponibilità a lavorare sulla cura di sé e sugli aspetti sanitari</li> <li>- Disponibilità a frequentare gruppo dei pari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precarietà economica</li> <li>- Problemi psichiatrici</li> <li>- Rapporti conflittuali con le famiglie di origine</li> <li>- Conflittualità tra coniugi.</li> <li>- Carenze genitoriali/ educative</li> <li>- Poca empatia</li> <li>- Sistema di punizioni eccessive e mal comunicate</li> <li>- Tossicodipendenza</li> <li>- Eccessivi e inappropriati mezzi di correzioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genitore persona affidabile desideroso di occuparsi dei figli</li> <li>- Discrete caratteristiche culturali, spirituali, riflessive</li> <li>- Collaborazione della famiglia a progetti servizi</li> <li>- Il genitore potenzialmente risulta essere una persona significativa</li> </ul>

Fig. 60 – Problemi del minore (citazioni organizzate in macrocategorie)

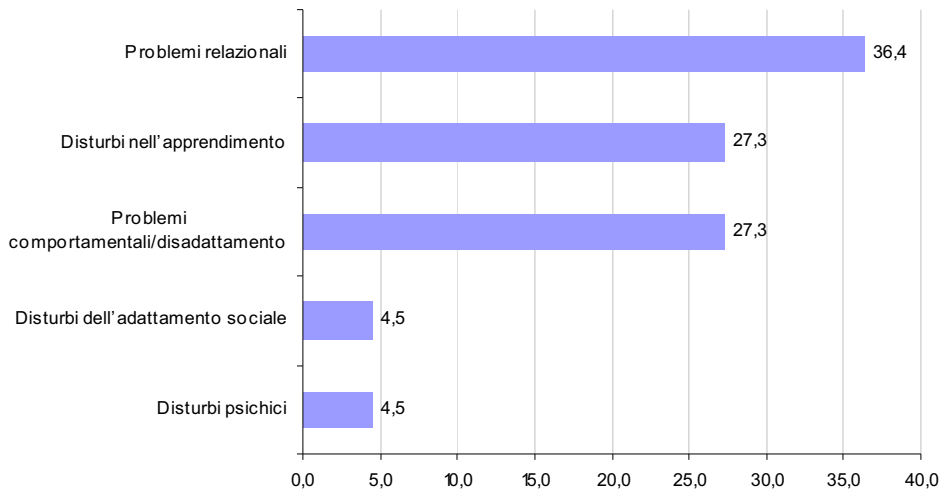
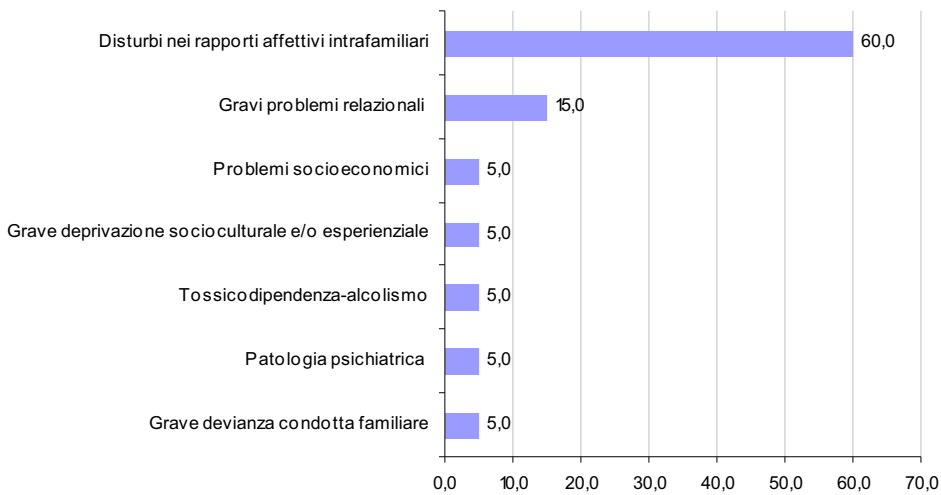


Fig. 61 – Problemi del genitore (citazioni organizzate in macrocategorie)



Tab. 75 – Citazioni estrapolate dagli **obiettivi** indicati a T<sub>0</sub> E T<sub>1</sub>

Citazioni relative al bambino	Citazioni relative ai genitori
<b>T<sub>0</sub></b>	
<p>Maggior autonomia da parte del bambino nei seguenti ambiti: alimentazione, igiene, gioco organizzato, socializzazione</p> <p>Ridurre il peso corporeo per prevenire complicazioni organiche e funzionali</p> <p>Superare la situazione di frequente trascuratezza personale</p> <p>Favorire esperienze di socializzazione</p> <p>Promuovere la socialità attraverso la frequentazione di gruppi socio-educativi</p> <p>Favorire un'esperienza correttiva a livello affettivo</p> <p>Maggior autostima</p> <p>Incrementare il livello di sicurezza</p> <p>Recupero delle competenze scolastiche</p> <p>Definire e sostenere un piano di orari quotidiani rispetto all'igiene personale</p> <p>Definire e sostenere un piano di regole rispetto ai compiti scolastici</p> <p>Definire e sostenere un piano di orari quotidiani rispetto ai pasti</p> <p>Definire e sostenere un piano orario relativo alle attività extrascolastiche e alle uscite</p> <p>Sostegno psicologico a favore del minore</p>	<p>Far comprendere ai genitori i vissuti emotivi del figlio</p> <p>Promuovere uno stile relazionale tra i genitori</p> <p>Riduzione dell'uso di punizioni fisiche</p> <p>Incrementare il tempo che il genitore dedica ai figli</p> <p>Gravi carenze genitoriali</p> <p>Miglioramento delle competenze genitoriali</p> <p>Superamento delle difficoltà personali</p> <p>Sostenere il livello di autonomia del genitore ed il relativo grado di autostima</p> <p>Promuovere l'autonomia anche dalla figura del genitore</p> <p>Favorire una maggiore comprensione, da parte dei genitori, dei vissuti emotivi della figlia</p> <p>Promuovere uno stile relazionale tra i genitori e la figlia</p> <p>Sostegno e monitoraggio delle dinamiche familiari</p>
<b>T<sub>1</sub></b>	
<p>Sviluppare il rapporto tra figlio e genitori in un senso maggiormente empatico</p> <p>Acquisizione di maggiore autostima</p> <p>Raggiungimento maggior autonomia da parte del bambino nei seguenti ambiti: alimentazione, igiene, gioco organizzato, socializzazione</p> <p>Mantenimento dieta per prevenire complicazioni organiche e funzionali</p> <p>Superare la situazione di frequente trascuratezza personale</p> <p>Favorire esperienze di socializzazione</p> <p>Promuovere la socialità attraverso la frequentazione di gruppi socio-educativi</p> <p>Attività di socializzazione nel periodo estivo</p> <p>Promuovere occasioni di socializzazione</p> <p>Favorire un'esperienza correttiva a livello affettivo e di raggiungimento maggior autostima</p> <p>Incrementare il livello di sicurezza della bambina nella figura genitoriale</p> <p>Sostegno nel recupero delle competenze scolastiche</p> <p>Mantenere piano di orari quotidiani rispetto ai pasti</p> <p>Mantenere piano di orari quotidiani rispetto all'igiene personale</p> <p>Mantenere piano di regole rispetto ai compiti scolastici</p> <p>Sostegno psicologico a favore del minore</p> <p>Raggiungimento maggior autonomia da parte della bambina nei seguenti ambiti: gioco organizzato, socializzazione</p>	<p>Permettere ai genitori di accompagnare il figlio accogliendone le difficoltà</p> <p>Gravi carenze genitoriali</p> <p>Sostenere il livello di autonomia della madre e il relativo grado di autostima</p> <p>Promuovere l'autonomia anche dalla figura materna</p> <p>Favorire una maggiore comprensione, da parte dei genitori, dei vissuti emotivi della figlia che appaiono sottovalutati</p> <p>Promuovere uno stile relazionale tra i genitori e la figlia</p> <p>Incrementare il tempo che il genitore dedica ai figli</p> <p>Miglioramento delle competenze genitoriali</p> <p>Sostegno e monitoraggio delle dinamiche familiari</p> <p>Miglioramento delle dinamiche familiari</p>

Nota: alcuni obiettivi indicati sono già interventi diretti o altre indicazioni.

Tab. 76 – Macro-livelli di servizio

Piano operativo T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Piano operativo T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
Affidamento familiare part time (1 caso) Assistenza domiciliare socio-educativa (9 casi) Assistenza specialistica ambulatoriale (5 casi) Attività di socializzazione (2 casi) Interventi di natura economica per persone e famiglie in difficoltà (1 caso) Interventi di sostegno alla genitorialità (1 caso) Ser.t (1 caso) Servizio sociale professionale (8 casi) Servizio sociale (1 caso)	Assistenza domiciliare socio-educativa (11 casi) Assistenza specialistica ambulatoriale (6 casi) Attività di socializzazione (4 casi) Servizio sociale professionale (4 casi) Struttura semiresidenziale sociale per minori (1 caso)

Nota: è stato conteggiato solo il macro-livello, non la singola prestazione

## I fattori osservabili

Tab. 77 – Fattori osservabili

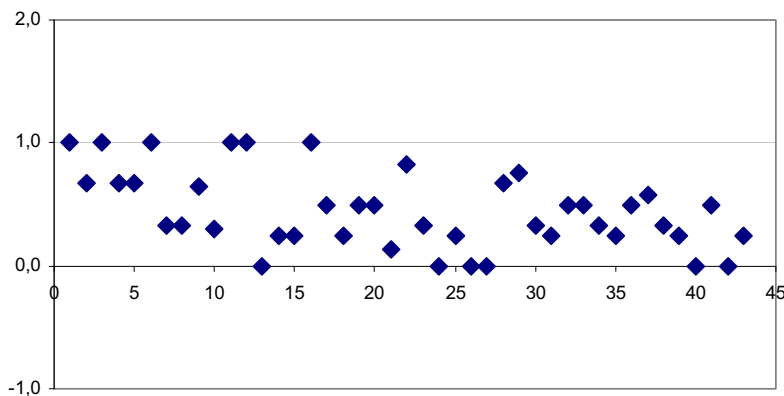
Fattori osservabili T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	Fattori osservabili T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisizione vocaboli nuovi nel trimestre</li> <li>- Bagno settimanale (lu-do)</li> <li>- Cena regolare ore 20 (lu-do)</li> <li>- Colazione regolare alle ore 8 (lu-do)</li> <li>- Merenda regolare alle ore 17 (lu-do)</li> <li>- Pasti regolari (col/pr/mer/cena) 28 pasti in totale nell'arco della settimana</li> <li>- Cura igienica al mattino (lu-do)</li> <li>- Cura igienica alla sera (lu-do)</li> <li>- Effettuazione bagno settimanale (mese)</li> <li>- Diminuzione peso corporeo come da programma medico (stima diminuzione di circa 10 kg) nell'arco di tre mesi</li> <li>- Frequenza regolare a visite pediatriche e dietetiche rispetto tabella dietetica (pranzo e cena) nei 7 gg settimanali</li> <li>- Frequenza regolare gruppo sportivo (2 volte a settimana) nell'arco del mese</li> <li>- Diminuzione episodi di scontro con i compagni scolastici nell'arco della settimana (6 gg. scolastici a settimana)</li> <li>- Presenza per partecipare al progetto educativo</li> <li>- Effettuazione incontro settimanale con psicologo</li> <li>- N. incontri con psicologo nell'arco del mese (1 volta/settimana)</li> <li>- Frequenza gruppo di socializzazione (2 volte a settimana) nell'arco del mese</li> <li>- N. di volte che partecipa a gruppi extrascolastici (almeno 2 volte a settimana x 3 mesi)</li> <li>- Frequenza alle sedute di sostegno psicologico nei tre mesi</li> <li>- Frequenza nell'arco del mese al gruppo educativo (massimo 8 volte)</li> <li>- N. di volte che risponde positivamente alle richieste della madre in una settimana</li> <li>- Maggior autonomia nello svolgere i compiti al pomeriggio (lun-ven)</li> <li>- N. attività di gioco organizzato durante il pomeriggio con educatore anche in ambiente extradomiliare (alla settimana)</li> <li>- N. di attività pomeridiane extrascolastiche organizzate (su 4 pomeriggi)</li> <li>- N. di ore su un massimo di 6 settimanali, in cui la bambina effettua gioco organizzato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità di dedicare almeno un'ora al giorno nel periodo estivo ai compiti scolastici (max. 5 ore alla settimana)</li> <li>- Cena regolare ore 20 (lu-do)</li> <li>- Colazione regolare alle ore 8 (lu-do)</li> <li>- Pasti regolari (col/pr/mer/cena), 28 pasti in totale nell'arco della settimana</li> <li>- Rispetto tabella dietetica (pranzo e cena) nei 7 gg settimanali</li> <li>- Collaborazione del genitore al programma di recupero scolastico (ore di studio in autonomia attese 12 su un totale di 16)</li> <li>- Cura igienica al mattino (lu-do)</li> <li>- Cura igienica alla sera (lu-do)</li> <li>- Effettuazione bagno settimanale nell'arco del mese (max. 4)</li> <li>- Diminuzione episodi di opposizione nell'arco della settimana verso la nonna o coetanei</li> <li>- Frequenza regolare a visite pediatriche e dietetiche (max 3)</li> <li>- Frequenza centro estivo (su 12 incontri)</li> <li>- N. di volte che frequenta i gruppi di socializzazione in un mese</li> <li>- Frequenza incontri con psicologo (max 6 incontri)</li> <li>- Frequenza gruppi socializzazione (max 12 incontri)</li> <li>- Risponde positivamente alle richieste del genitore in una settimana</li> <li>- Merenda regolare alle ore 17 (lu-do)</li> <li>- Momenti in cui ricerca il genitore per scambi di affetto</li> <li>- N. di volte in cui è presente per partecipare al progetto educativo</li> <li>- Partecipazione della minore alle attività proposte a domicilio da educatrice (12 incontri)</li> <li>- Presenza agli incontri con l'educatore (interventi e presenza in tre mesi)</li> <li>- Promuovere una socialità esterna con incontri con compagne di scuola</li> <li>- Per recuperare le lacune scolastiche impegno di studio di 1 h/die (lunedì-venerdì)</li> <li>- Rendimento scolastico più vicino alla sufficienza</li> <li>- Svolge i compiti per le vacanze con l'educa-</li> </ul>

Fattori osservabili $T_0-T_1$	Fattori osservabili $T_1-T_2$
con educatrice in ambito familiare - Ore di studio in autonomia durante la settimana (da verificare a cura della nonna e dell'educatrice: almeno 2h al giorno per 4 giorni) - Pomeriggi in cui studia almeno un'ora in autonomia su un totale di 4 settimane (max. 20 pomeriggi) - Pranzo regolare nei giorni feriali (lu-sa) - Presenza agli incontri con l'educatore (interventi e presenza in tre mesi) - Promuovere una socialità esterna con incontri con compagne di scuola - Rendimento scolastico più vicino alla sufficienza - Svolge i compiti con l'educatore durante la settimana - Uscite programmate con genitore o altre figure educative alla settimana	tore durante la settimana - Uscite programmate con genitore o altre figure educative alla settimana

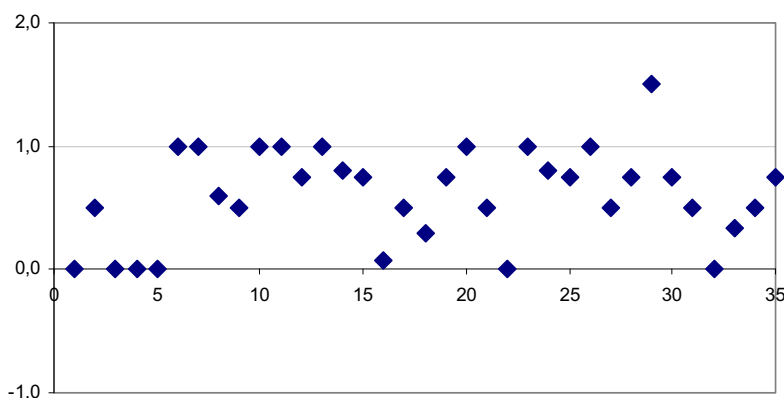
Nota: sono considerati i fattori osservabili di "pertinenza" del bambino

Fig. 62 – Fattori osservabili: % di raggiungimento attese

a)  $T_0-T_1$

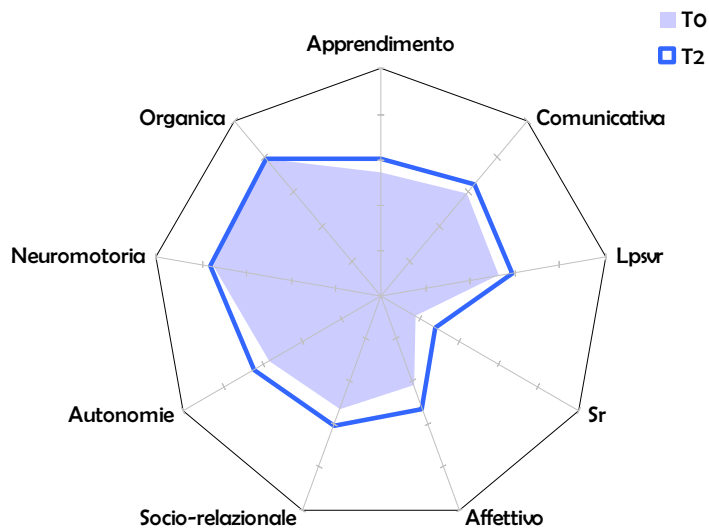


b)  $T_1-T_2$

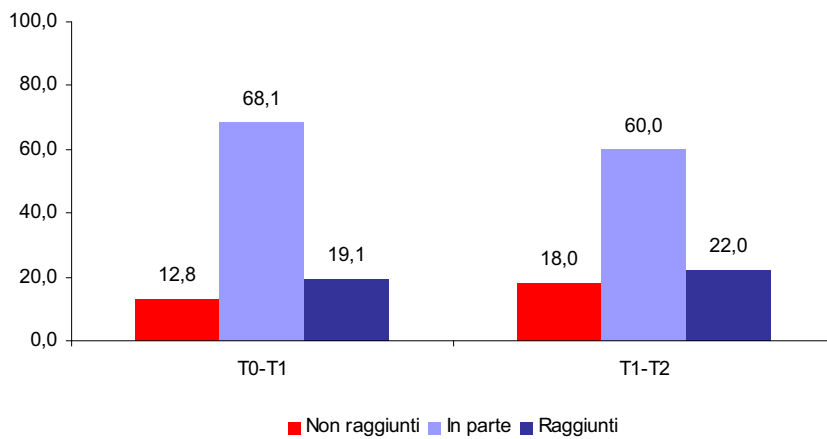


**Regione Toscana (casi N=12, indice di adesione al protocollo  $\geq 60\%$ )**

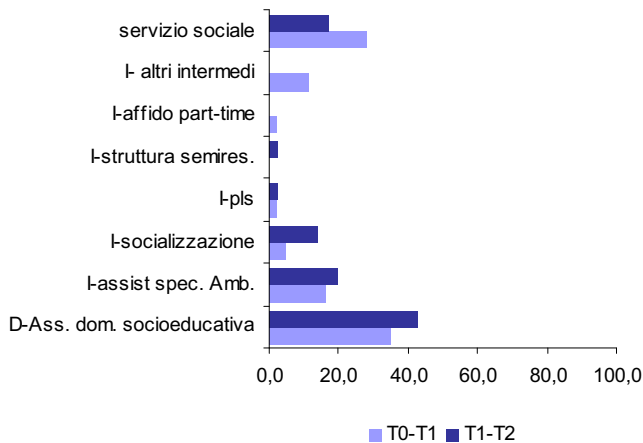
Schema polare Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



Indice di raggiungimento dei fattori osservabili nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]

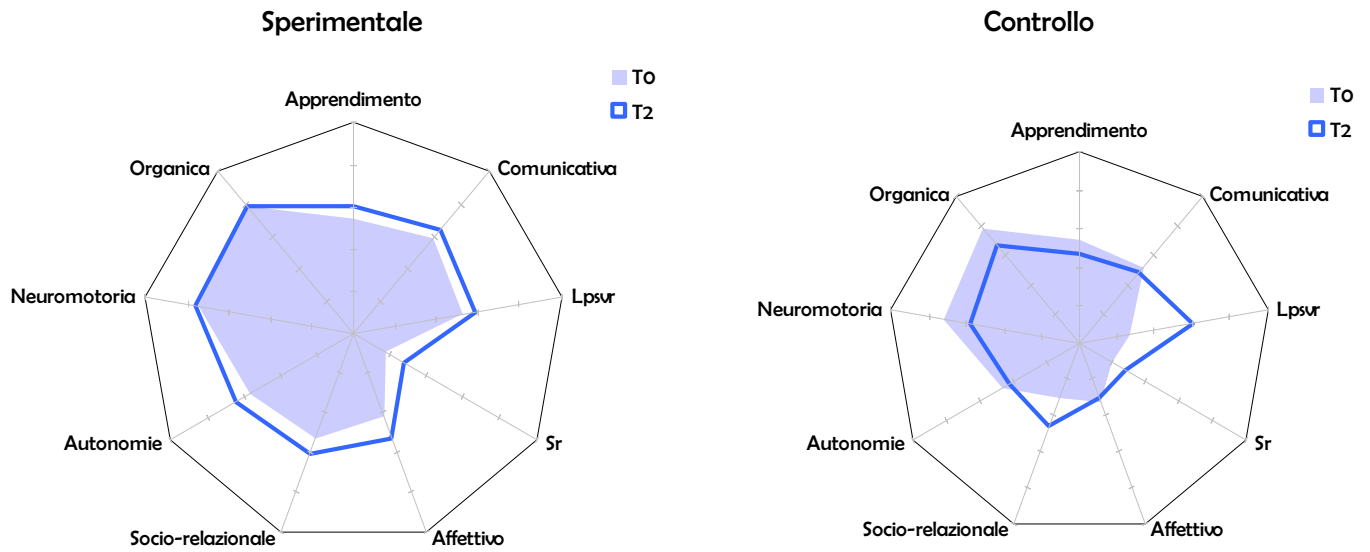


Servizi nei lea nei piani [T<sub>0</sub>-T<sub>1</sub>] e [T<sub>1</sub>-T<sub>2</sub>]





### Schema polare per gruppi Delta [T<sub>0</sub>-T<sub>2</sub>]



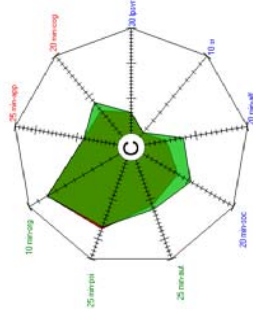
Come indicato in precedenza, il livello di gravità di partenza spiega il grado di miglioramento ottenuto nel breve periodo.

**Caso XX (Femmina; sc. media)**

*Obiettivi condivisi*

Promuovere la socialità attraverso la frequentazione di gruppi socio-educativi  
Attività di sostegno nel recupero delle competenze scolastiche

**Valutazione Tempo T<sub>0</sub>**



**Fattori osservabili:**

- Rendimento scolastico più vicino alla sufficienza 0,50
- Presenza agli incontri con l'educatore (interventi e presenza in tre mesi) 0,50
- Promuovere una socialità esterna con incontri con compagni di scuola 0,33
- Colloqui della madre con i professori nel corso dell'a.s. 1,00

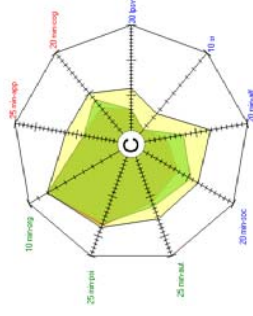
**Prestazioni:**

- Assistenza domiciliare socio-educativa
- Servizio sociale professionale

**Valutazione:**

Dalla prima valutazione emerge che la bambina ha incrementato alcuni valori in sfere che prima risultavano deficitarie. I valori assoluti di riferimento permangono bassi e si necessita di proseguire il programma ipotizzato, il quale, peraltro, è risultato svolto solo parzialmente.

**Valutazione Tempo T<sub>1</sub>**



**Fattori osservabili:**

- Rendimento scolastico più vicino alla sufficienza 1,50
- Presenza agli incontri con l'educatore (interventi e presenza in tre mesi) 0,00
- Promuovere una socialità esterna con incontri con compagne di scuola 0,33
- Colloqui della madre con i professori nel corso dell'a.s. 0,00

**Prestazioni:**

- Assistenza domiciliare socio-educativa
- Servizio sociale professionale

**Valutazione:**

La condizione della bambina appare migliorata per quanto attiene agli aspetti generali. L'aderenza al progetto di aiuto da parte della famiglia è stata quasi del tutto assente [...].

Adezione al protocollo	
Dom	88,9
sp T <sub>0</sub>	100,0
Pi T <sub>0</sub>	52,2
V T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	60,0
sp T <sub>1</sub>	100,0
Pi T <sub>1</sub>	60,9
V T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>	60,0
sp T <sub>2</sub>	100,0
Totale	74,0

## REGIONE VENETO

Alla prima valutazione risultano inseriti 19 bambini/ragazzi. Complessivamente l'età varia da 2 a 15 anni, con un'età media nel gruppo di controllo di 8,8 anni (mediana: 9 anni) e nel gruppo sperimentale di 10,9 (mediana: 12 anni). Il 47,4% vive con un solo genitore e il 52,6% con entrambi i genitori. Il 63,2% vive con fratelli/sorelle e nel 63,2% dei casi anche con altri familiari.

### La mappa dei soggetti e delle risorse

In media, sono indicati 1,8 *soggetti attuali* a  $T_0$ , con un minimo da 0 a 6 soggetti attuali.

Tab. 78 – Distribuzione dei soggetti attuali a  $T_0$

Area di riferimento dei soggetti attuali	Controllo (N=12)		Sperimentale (N=7)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	10	83,3	5	71,4
Famiglia di origine	8	66,7	5	71,4
Famiglia acquisita	2	16,7	0	0,0
Area solidale	1	8,3	3	42,9
Area istruzione	2	16,7	3	42,9
Area sociale e sanitaria (professionisti)	9	75,0	5	71,4

Le *risorse attuali* a  $T_0$  sono in media 1,6, con un minimo di 0 e un massimo di 4.

Tab. 79 – Distribuzione delle risorse attuali a  $T_0$

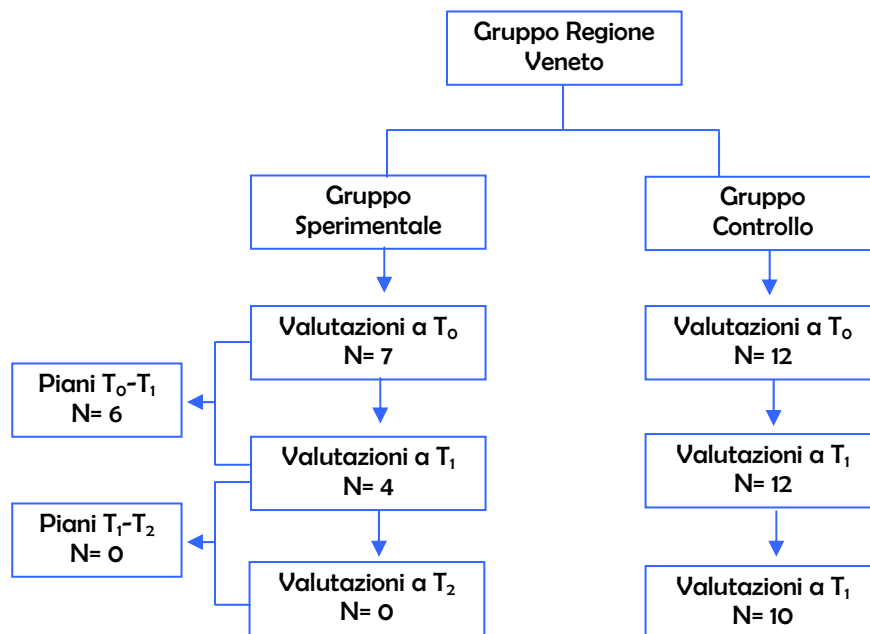
Area di riferimento	Controllo (N=12)		Sperimentale (N=7)	
	Frequenza	Perc.	Frequenza	Perc.
Padre/madre	2	16,7	1	14,3
Famiglia di origine	8	66,7	1	14,3
Famiglia acquisita	2	16,7	0	0,0
Area solidale	0	0,0	4	57,1
Area istruzione	3	25,0	2	28,6
Area sociale e sanitaria (professionisti)	5	41,7	3	42,9

I *soggetti e risorse potenziali* variano da 0 a 2. In sintesi, la mappa dei soggetti e delle risorse, in media, può essere rappresentata come indicato nella successiva figura.

Fig. 63 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a  $T_0$

<i>Controllo</i>		<i>Sperimentale</i>	
SA=1,6	SP=0,8	SA=2,9	SP=0,9
RA=2,3	RP=0,6	RA=1,6	RP=1,0

### Analisi dei bisogni e dell'efficacia



### Analisi del bisogno, livelli di gravità (T<sub>0</sub>) con schema polare

Fig. 64 – Distribuzione della gravità per area territoriale

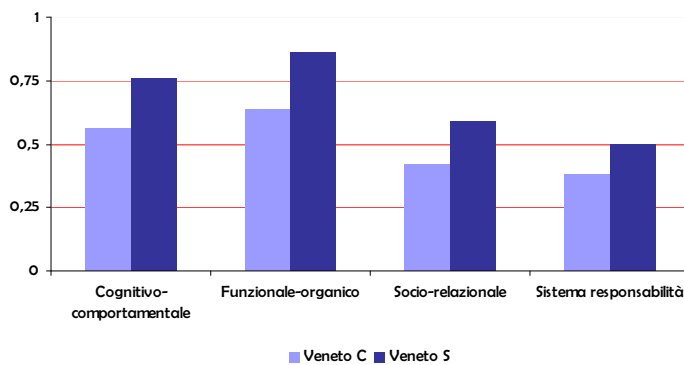
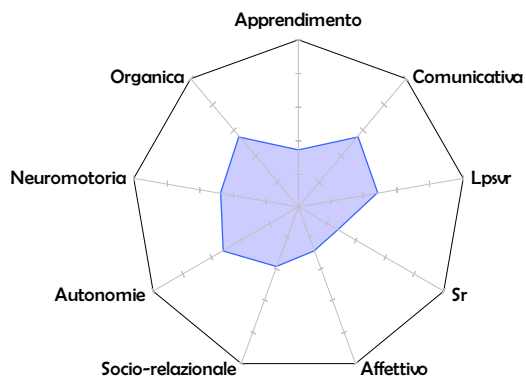


Fig. 65 – Profili di *bisogno* per il gruppo controllo



Tab. 80 - Notazioni estrapolate dalla sintesi dei **problemi e delle potenzialità** indicati al tempo T<sub>0</sub>

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
Problemi	Potenzialità	Problemi	Potenzialità
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deprivazione socio-ambientale</li> <li>- Ansia, paura della frustrazione</li> <li>- Difficoltà di attenzione</li> <li>- Difficoltà di relazione</li> <li>- Insicurezza</li> <li>- Inibizione dell'emotività</li> <li>- Adultizzazione</li> <li>- Sofferenza di tipo abbandono</li> <li>- Difficoltà scolastiche</li> <li>- Minore borderline con vissuti abbandonici</li> <li>- Sviluppi in fantasticherie che possono sostituire la realtà</li> <li>- Timori persecutori di tipo razziale</li> <li>- Disturbo dirompente del comportamento</li> <li>- Problemi nel comportamento alimentare e obesità</li> <li>- Necessità di relazioni sociali ed esperienze positive</li> <li>- Carenze educative</li> <li>- Forti pulsioni sessualizzate</li> <li>- Carenze nell'area socio-ambientale</li> <li>- Grave compromissione delle relazioni con i coetanei e dell'inserimento nel gruppo classe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacità cognitive nella norma</li> <li>- Stabile il comportamento e l'attenzione</li> <li>- Sono presenti significativi legami fra il minore e gli operatori</li> <li>- Aree funzionale organico e cognitivo comportamentale a norma</li> <li>- La minore è ben seguita dai fratelli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Figure genitoriali scarsamente presenti</li> <li>- Discontrollo degli impulsi</li> <li>- Stretta dipendenza della figlia</li> <li>- Riferimenti educativi degli adulti molto fragili</li> <li>- Scarso intervento di protezione da parte degli adulti significativi</li> <li>- Difficoltà di relazione con il genitore</li> <li>- Depressione e sbalzi di umore</li> <li>- Livello cognitivo non sufficiente</li> <li>- Paziente psichiatrica</li> <li>- Genitore alcolista</li> <li>- Genitore violento aggressivo</li> <li>- Ipoprotezione della famiglia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importante appare il rapporto di fiducia e collaborazione che si è creato fra il genitore e i servizi</li> </ul>

Fig. 66 – Problemi del minore (notazioni organizzate in categorie)

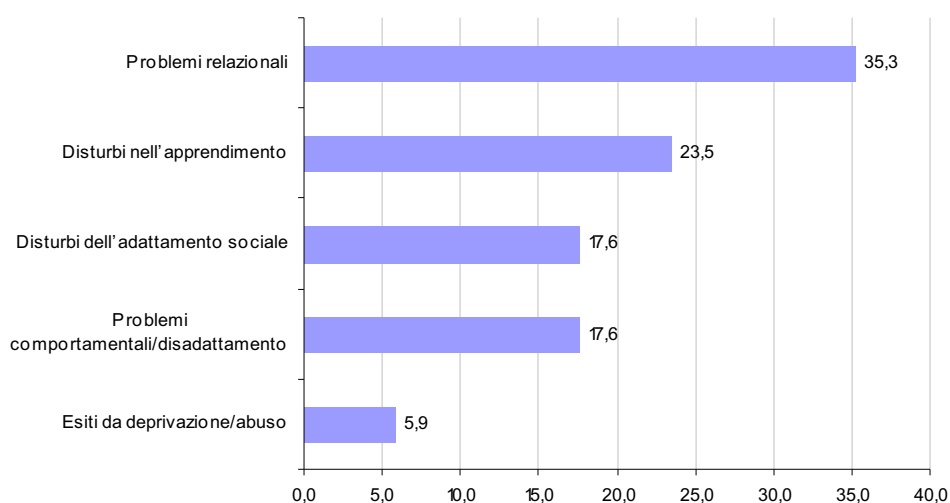
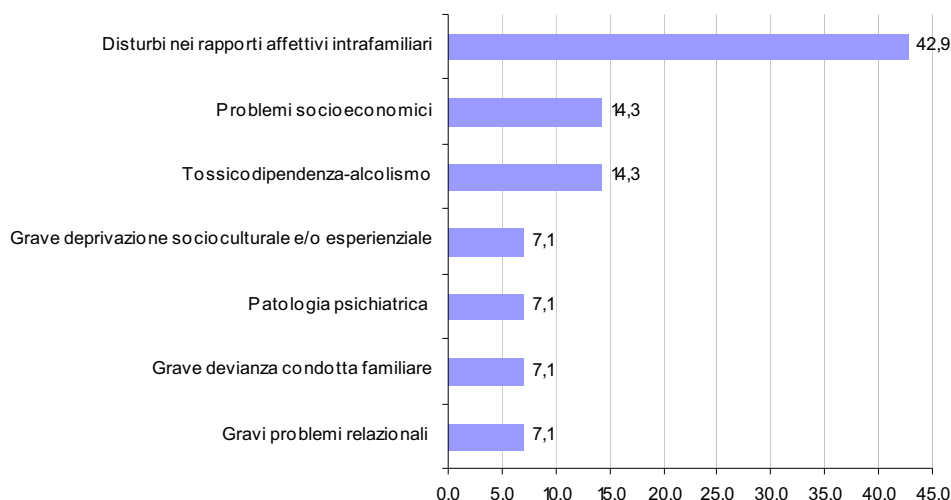


Fig. 67 – Problemi del genitore (citazioni organizzate in macrocategorie)

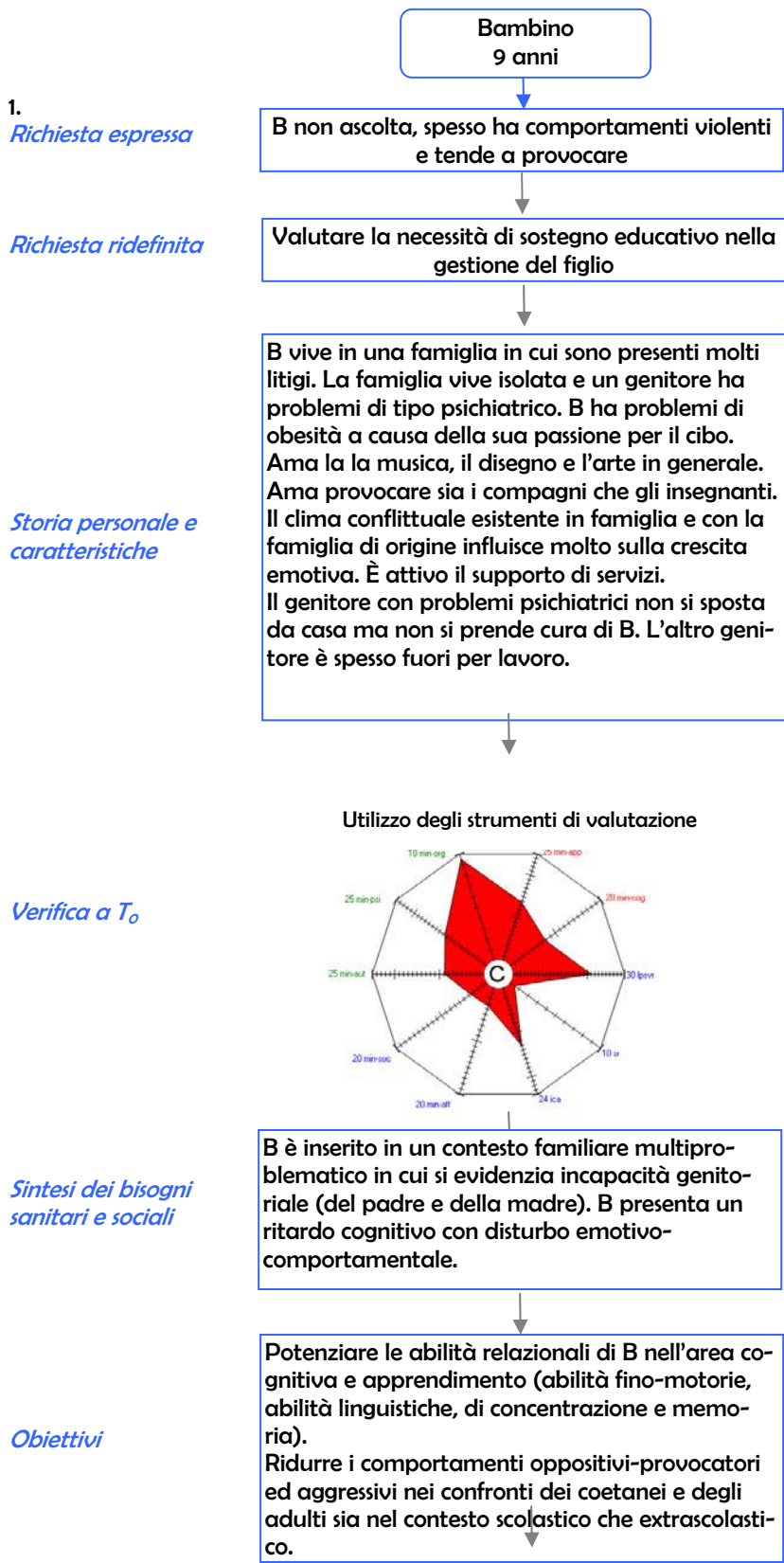


Tab. 81 – Notazioni estrapolate dagli **obiettivi** indicati a T<sub>0</sub> E T<sub>1</sub>

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
<b>T<sub>0</sub></b>	
Miglioramento della situazione affettiva e sociale	Creare un legame di collaborazione con i servizi
Contenimento comportamentale	Migliorare la relazione tra i coniugi
Frequenza scolastica	Aumentare le capacità genitoriali della madre senza sostituirci a essa
Frequenza attività extrascolastica	Incentivare il genitore a raggiungere un maggior livello di autonomia economica attraverso reperimento di un lavoro
Miglioramento della situazione psicologica	Omogeneizzare gli interventi educativi dei genitori
Mantenimento della rete amicale	Riconoscimento dei genitori delle problematiche del fratello
Migliorare gli aspetti emotivi e relazionali	Ricostruzione di un sistema familiare
Migliorare la socializzazione	Supporto educativo alla famiglia
Tutelare il genitore rispetto alle pratiche di risarcimento assicurativo dopo la morte del genitore	Stabilità dell'ambiente educativo familiare
Rapporto individuale con un adulto significativo	Migliorare la qualità relazionale con i genitori
Rafforzamento delle abilità scolastiche e relazionali	
Ricerca di favorire aspetti di socializzazione e di integrazione sociale, associando un aspetto di sostegno alle dinamiche interne alla scuola (classe) sui piani cognitivi/didattici e relazionali	
<b>T<sub>1</sub></b>	
Inserimento al centro pomeridiano	Contenimento dei conflitti genitore/figlio
Accompagnamento del minore alla conclusione della formazione	
Miglioramento della socializzazione	

Nota: alcuni obiettivi indicati sono già interventi diretti o altre indicazioni.

**Esemplificazione del processo metodologico con un adeguato indice di appropriatezza**



(Segue)

Come intendiamo operare tra  $T_0$  e  $T_1$

Attraverso esercitazioni didattiche mirate con educatore domiciliare, attività di gioco mirate allo sviluppo delle competenze empatiche con educatore domiciliare ed insegnante; esercitazioni mirate da parte dell'educatore domiciliare con l'uso dell'orologio

Azioni e fattori osservabili

Educatore domiciliare per esercitazioni didattiche nella lettura-scrittura

Educatore per sensibilizzazione al corretto utilizzo dell'orologio per l'acquisizione dei concetti di spazio e tempo

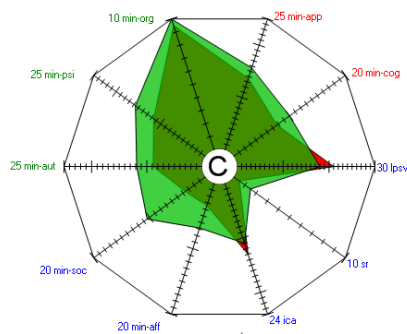
Attività di gioco strutturato con l'educatore per l'acquisizione delle regole e il miglioramento della gestione dei conflitti

Numero di volte in cui è capace di scrivere in corsivo nella settimana  
( $T_{attuale}=0$ ,  $T_{atteso}=3$ )

Numero di volte in cui riesce a svolgere dei compiti con una cadenza temporale stabilita dall'operatore  
( $T_{attuale}=3$ ,  $T_{atteso}=6$ )

Numero di volte in cui ha comportamenti oppositivi nei confronti del fratello e dei compagni di scuola  
( $T_{attuale}=3$ ,  $T_{atteso}=0$ )

Utilizzo degli strumenti di valutazione a  $T_1$



Verifica a  $T_1$

Verifica fattori osservabili a  $T_1$

Numero di volte in cui è capace di scrivere in corsivo nella settimana  
( $T_{ottenuto}=2$ )

Numero di volte in cui riesce a svolgere dei compiti con una cadenza temporale stabilita dall'operatore  
( $T_{ottenuto}=5$ )

Numero di volte in cui ha comportamenti oppositivi nei confronti del fratello e dei compagni di scuola  
( $T_{ottenuto}=1$ )

Valutazione  $T_1$

È complessivamente migliorato nella strumentalità degli apprendimenti (min-app e min-cog) e anche nella partecipazione alle attività sportive, è stato iscritto in piscina (min-soc e min-aff) (tutti i fattori osservabili raggiunti in parte).  
*Il Piano personalizzato è adeguato e si riconferma*

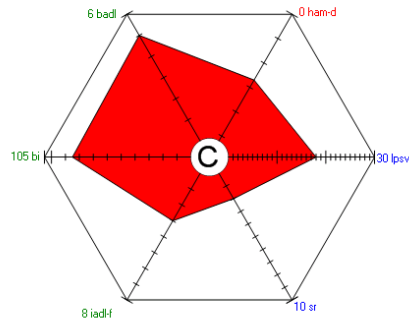
Il caso prosegue con decisioni e valutazioni successive



Adulto  
45 anni

Utilizzo degli strumenti di valutazione

Valutazione a  $T_0$



Sintesi dei bisogni sanitari e sociali

Dopo la nascita del secondo figlio, le è stata diagnosticata una depressione post partum ed è in cura presso un istituto  
Non riesce ad accudire il figlio B

Obiettivi

Migliorare il rapporto madre-figlio, limitando il più possibile i comportamenti violenti della madre nei confronti del figlio, sostenendola nella gestione del menage familiare

Come intendiamo operare tra  $T_0$  e  $T_1$

Attraverso assistenza domiciliare nei lavori domestici alleggerendo la tensione domestica

Azioni e fattori osservabili

Assistenza domiciliare per ridurre i comportamenti violenti

Assistenza domiciliare per sostenerla nella gestione del menage familiare

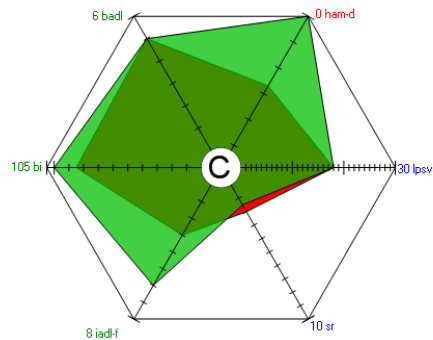
Numero di volte alla settimana in cui in presenza dell'operatore domiciliare attua comportamenti violenti nei confronti del figlio  
( $T_{attuale}=3, T_{atteso}=1$ )

Numero di volte alla settimana in cui in presenza dell'operatore domiciliare si occupa dell'igiene della casa (da sola o con l'aiuto dell'operatore)  
( $T_{attuale}=3, T_{atteso}=1$ )

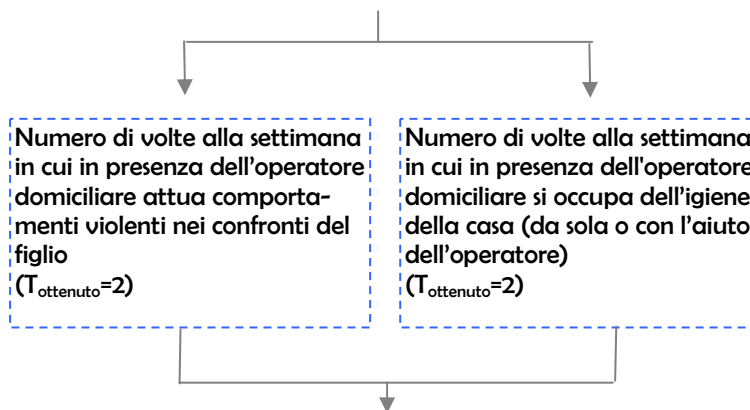
(Segue)

Utilizzo degli strumenti di valutazione a T1

Valutazione a T<sub>0</sub>



Verifica fattori osservabili a T<sub>1</sub>



Valutazione T<sub>1</sub>

È migliorata la relazione con l'assistente domiciliare e quindi si verifica una maggiore collaborazione nella gestione della casa (f.o.2=0,5 raggiunto in parte) e nella relazione con i figli (f.o.1=0,5 raggiunto in parte)  
 Il Piano personalizzato è adeguato e si riconferma

Il caso prosegue con decisioni e valutazioni successive

## CONSIDERAZIONE A CURA DELLE REGIONI

Lo studio Risc ha coinvolto, nella parte sperimentale, sei regioni con due gruppi di ricerca in ognuna di esse. Si è ritenuto importante dare voce alle regioni sulle motivazioni e sulla esperienza vissuta nel progetto. I contributi di seguito riportati sono il frutto delle elaborazioni dei referenti regionali e degli operatori coinvolti nella sperimentazione.

La *Regione Abruzzo* ha dedicato una crescente attenzione al tema della domiciliarità che ha assunto un ruolo centrale, in ragione della “impetuosa crescita dei bisogni sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo, ovvero delle diverse modalità con cui le esigenze di volta in volta si manifestano (bisogni correlati ai portatori di patologie che conducono alla marginalizzazione, famiglie multiproblematiche, immigrati lasciati a se stessi, soggetti deboli in cerca di inserimento lavorativo)” (Piano sociale regionale 2007-2009).

Regione  
Abruzzo

La legislazione abruzzese che disciplina organicamente i servizi socio-sanitari è stata adottata negli anni '90 ed è tuttora vigente. Sia nella legge regionale n. 95 del 2 febbraio 1995, “Provvidenze in favore della famiglia” che nella legge regionale n. 22 del 27 marzo 1998, “Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale - Piano sociale regionale 1998/2000”, sono presenti disposizioni relative agli interventi socio-assistenziali che debbono essere posti in essere dai comuni a favore della famiglia, ad esempio l'assistenza socio educativa domiciliare.

Da alcuni anni il tema delle famiglie in difficoltà è stato posto al centro di numerose ricerche. Tra queste: l'iniziativa regionale “*Sperimentazione di progetti personalizzati capaci di considerare congiuntamente i bisogni della persona e della famiglia*” che ha coinvolto operatori sociali del Comune di Chieti, operatori socio-sanitari dei distretti di Chieti e Chieti Scalo, dei consultori familiari, l'Unità Multidisciplinare, il dipartimento di salute mentale, quello di alcologia e il Sert e la ricerca “*Soluzioni professionali e organizzative per qualificare le risposte domiciliari nella rete integrata dei servizi socio-sanitari*” che ha visto coinvolti ambiti e distretti abruzzesi e sardi. Le ricerche, svolte in collaborazione con la Fondazione Zancan, hanno utilizzato il modello del lavoro per progetti personalizzati che implica l'attivazione delle unità multidimensionali e la qualificazione del percorso di presa in carico: “L'unità multidimensionale utilizza la valutazione multidimensionale quale metodo per l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza, individuando prestazioni, operatori, tempi e risorse e stabilendo le verifiche sugli esiti e sulla qualità delle prestazioni. Le verifiche debbono coinvolgere anche la persona e il suo nucleo familiare per un riscontro sulla qualità e l'efficacia”.

Dall'assunzione di questa opzione strategica, che mette al centro dell'intervento assistenziale la persona e il suo contesto di vita, derivano im-

portanti ripercussioni nel sistema dei servizi, a livello istituzionale, organizzativo, professionale.

La sperimentazione *Risc - Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo* è stata vista come una opportunità per sviluppare ulteriormente il lavoro per progetti personalizzati e, in particolare, con le famiglie i cui figli sono a rischio di allontanamento. Hanno collaborato alla ricerca gli operatori dei territori afferenti agli Ambiti 29 e 33. Ad essi è stato chiesto di impegnarsi nella elaborazione di progetti personalizzati basati su modalità condivise e confrontabili, in cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) facesse seguito la progettazione dell'intervento, in termini di definizione delle azioni e dei risultati attesi misurabili.

L'approfondimento elaborato in occasione di un seminario residenziale ha evidenziato le difficoltà del fare ricerca nel corso del lavoro quotidiano degli operatori, spesso pressati da urgenze. Inoltre è stato sottolineato come il modello richieda un tempo di analisi elevato, pur evidenziando l'importanza di ottenere una visione globale della persona. Tra i benefici, si sottolinea come l'utilizzo di strumenti di misurazione rappresenti una fonte di aggiornamento e di ampliamento delle conoscenze e delle risorse a disposizione del professionista che è così supportato nella definizione dei problemi e degli obiettivi, nel monitoraggio degli interventi, nelle comunicazioni con l'Autorità Giudiziaria Minorile. Trovare soluzioni tecniche e organizzative che superano le criticità evidenziate dagli operatori ed evidenzino i benefici del lavoro per progetti personalizzati è un punto di partenza per la seconda fase della ricerca.

I risultati della ricerca realizzata offrono un contributo al miglioramento del lavoro sociale. Inoltre, l'attenzione alla valutazione di efficacia degli interventi spinge ad una maggiore focalizzazione sui bambini e sulle famiglie coinvolte.

La *Regione Basilicata*, al primo gennaio 2010, ha una popolazione minorile di 99.063 bambini e ragazzi, pari al 16,8% dell'intera popolazione residente. Secondo i dati pubblicati dall'Istituto degli Innocenti, al 31/12/2007, i bambini allontanati dalle loro famiglie sono 2,3 ogni mille bambini e ragazzi residenti tra 0 e 17 anni. Il valore per l'Italia è 3,2 ogni mille. Gli allontanamenti dei minori dalle famiglie sono prevalentemente effettuati dal Servizio Sociale Comunale, con decreto del Tribunale per i minorenni. Nel 2008 gli allontanamenti sono stati 306, di cui 193 presso strutture e 113 in affidamento, con una spesa di € 3.366.870,50.

La Regione, in accordo con le due Province: Potenza e Matera, ai sensi della D.G.R. n. 1218 del 2010, ha avviato il progetto "Campagna di promozione e sensibilizzazione dell'affidamento familiare", quale sostegno alle famiglie problematiche, proprio per contrastare gli allontanamenti.

La Regione Basilicata ha visto il progetto Risc come un'occasione per misurarsi con i problemi posti dalle situazioni familiari complesse, che sono sempre più numerose e che mettono in difficoltà i servizi pubblici. Sono state coinvolte due aree geografiche distinte: un'area metropolitana (comune di Potenza) e un'area della provincia di Matera (Ambito Basento-Bradano).

Regione  
Basilicata

Gli operatori del gruppo di controllo, Comune di Potenza, hanno evidenziato alcune problematiche relative alla selezione dei casi da includere e alla difficoltà di coinvolgere genitori multiproblematici. Un'ulteriore difficoltà è emersa nell'utilizzare un protocollo di ricerca strutturato a fronte di situazioni in continua evoluzione. Il gruppo, rispetto agli elementi positivi emersi dalla ricerca, ha evidenziato l'importanza di ottenere una mappa chiara delle aree funzionali e disfunzionali sulle quali intervenire. Dalle mappe relative ai casi selezionati, le aree di criticità si trovano soprattutto nella sfera affettivo relazionale. Per escludere l'allontanamento sono stati utilizzati interventi a sostegno delle famiglie: assistenza domiciliare, supporto scolastico, sostegno alla genitorialità, inserimenti in centri diurni per favorire la socializzazione dei bambini e dei ragazzi.

Il gruppo sperimentale, impegnato nell'area geografica dell'Ambito Basento-Bradano, ha sottolineato che le schede informatizzate non permettevano di riportare tutti i dati relativi alle situazioni personali delle famiglie seguite, pur riconoscendo che la sintesi consente una ottimizzazione degli interventi con l'individuazione di chiari e congrui obiettivi. Il gruppo sperimentale ha, inoltre, evidenziato difficoltà nell'utilizzare il software all'interno dei comuni in cui operavano<sup>9</sup>. Il gruppo ha rilevato nell'applicazione del metodo sperimentale, quale punto di forza, il lavoro di rete. La sua applicazione ha richiesto un lavoro integrato tra tutti gli attori coinvolti nell'educazione e nel sostegno dei bambini e ragazzi in difficoltà: la famiglia, la scuola, le agenzie educative extrascolastiche e gli operatori sociali e sociosanitari. È stato segnalato come altro elemento positivo il fatto di soffermarsi ad individuare e poi potenziare e sostenere, nell'azione educativa e di cura, le cosiddette figure di riferimento considerandole soggetti/risorse in potenza da trasformare in soggetti/risorse in atto.

Un altro beneficio è rinvenibile nell'ottenere un supporto cartaceo strutturato che va a sostituire l'operatività quotidiana che, in linea generale, si basa su dati, informazioni, considerazioni personali e appunti.

Il progetto Risc ha consentito, infine, di sperimentare, sia pur per breve tempo, uno strumento che contemporaneamente ha valutato bisogni, interventi ed efficacia rispetto ai minori e agli adolescenti a rischio, mentre nella prassi queste attività vengono assicurate dagli operatori senza un modello strutturato.

La *Regione Emilia-Romagna*, in riferimento alle politiche di promozione del benessere dell'infanzia e adolescenza e della genitorialità, ha sviluppato una serie di politiche che si caratterizzano per una pluralità di interventi di sostegno alle funzioni familiari e genitoriali. Il presupposto di questa concezione poggia sull'idea che non sia individuabile un'unica area di sostegno alle responsabilità familiari ma che essa debba essere composta, armonizzata e sviluppata in un quadro articolato di azioni che supportino la famiglia in tutte

Regione  
Emilia-  
Romagna

<sup>9</sup> Si tratta di difficoltà riguardanti i controlli previsti dai sistemi informativi degli Enti per la protezione dei dati e la loro condivisione solo tra gli operatori, coinvolti nella sperimentazione, che ne avevano responsabilità per il trattamento.

le dimensioni di vita. Alle politiche per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia contribuiscono pertanto tutti gli assessorati della Regione Emilia-Romagna.

In particolare sul tema della prevenzione e tutela dell'infanzia e adolescenza e del sostegno alle famiglie con fragilità più o meno gravi, che presentano criticità nello svolgimento dei compiti di protezione e cura verso i figli, la Regione riconosce la primaria importanza di intervenire precocemente e tempestivamente comprendendo nel percorso di prevenzione del disagio dei minori *“un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive ed educative, eventualmente compromesse, e in vista di un loro recupero”* (art. 23 LR 14/08 Norme in materia di politiche per le giovani generazioni). Nelle situazioni maggiormente compromesse, la stessa legge afferma che la Regione promuove la *“presa in carico complessiva, sociale, sanitaria ed educativa, dei bambini e dei ragazzi vittime di violenza, [...] anche attraverso il sostegno al genitore protettivo”*.

La Regione Emilia-Romagna al fine di conoscere e monitorare i dati sull'infanzia e adolescenza da diversi anni ha creato un Osservatorio Regionale per una conoscenza puntuale delle condizioni delle nuove generazioni. In particolare è attivo un sistema informativo, denominato SISAM, sui bambini e ragazzi e nuclei familiari seguiti dai servizi sociali territoriali. Da esso risulta che i minori assistiti dai Servizi sociali sul territorio regionale al 31.12.2008 sono circa 48.500, con un'incidenza pari al 7,3% sul totale della popolazione minorente residente, e un trend in costante crescita rispetto al 2004. La maggioranza dei minori assistiti dai servizi sociali di tutela dei minori è in carico esclusivamente per problematiche familiari (di questi oltre l'80% per motivazioni legate a precarietà economico-abitativa della famiglia, il 53% da situazioni di gravi conflittualità, 14% problematiche socio-educative), mentre la problematica prevalente riferita ai minori seguiti è quella relativa al disagio relazionale o scolastico (9%).

Una quota fortunatamente più contenuta, ma di grande complessità emotiva e di gestione professionale e giuridica, riguarda i minori vittime di violenza che si attesta intorno al 4%.

Dati più aggiornati riguardano invece i minori in difficoltà che vengono allontanati dalla famiglia, in affidamento familiare oppure in una comunità residenziale per minori. Al 31.12.2009 sono 2.727 i bambini e ragazzi temporaneamente fuori dalla propria famiglia di questi 1.278 in affidamento a tempo pieno e 1.449 inseriti in comunità senza la madre (la media regionale calcolata sulla popolazione residente 0-17 anni è del 4xmille).

A questi dati che dimostrano un aumentato carico di lavoro da parte dei servizi si affianca un'aumentata complessità legata alle recenti e continue trasformazioni organizzative che si stanno registrando negli ultimi anni collegate alle diverse scelte politiche adottate dalle Amministrazioni Locali.

Un significativo sostegno regionale alla rete dei servizi sociali territorialmente competenti nell'esercizio di tali funzioni si è realizzato nel 2010 con lo stanziamento previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 378 che oltre ad inte-

grare il fondo sociale locale, di ulteriori 22 milioni di Euro, ne ha destinati 11 milioni all'attuazione di uno specifico "Programma regionale per la promozione e la tutela dei diritti, la protezione e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e il sostegno alla genitorialità".

Inserito all'interno della programmazione dei Piani per la salute e il benessere sociale per l'anno in corso, ha visto un forte impulso da parte dei territori nella riprogettazione complessiva dell'area dedicata al sistema dei servizi socio-educativi dedicati ai bambini e alle loro famiglie.

Al centro delle indicazioni regionali vi sono alcune "urgenze" legate alla complessità sociale contemporanea, quali: la necessità di rafforzare le competenze genitoriali, qualificare e consolidare le opportunità offerte, il tema della delicata fase dell'adolescenza, la necessità di sostenere i servizi affinché raggiungano la massima appropriatezza negli interventi di protezione, in particolare quelli che richiedono un allontanamento dal nucleo familiare d'origine attraverso lo sviluppo di azioni nell'ambito della promozione del benessere e dell'attivazione del contesto comunitario quali ad es. reti di prossimità familiare; la prevenzione e il sostegno a situazioni a rischio di emarginazione sociale e interventi tempestivi di protezione, cura, riparazione a favore dei bambini e adolescenti nelle situazioni di fragilità più grave.

Dalle premesse ivi esposte si comprende l'interesse e la motivazione della Regione Emilia-Romagna a candidarsi a partecipare al progetto nazionale Risc finalizzato a sperimentare un modello di monitoraggio e valutazione degli interventi attivati dai servizi nelle situazioni di grave fragilità familiare e/o a rischio di allontanamento. Ricerca ambiziosa e dai tratti fortemente innovativi in quanto trattasi della prima sperimentazione, in ambito nazionale, ad assumere in un ottica fortemente preventiva l'obiettivo di valutare l'appropriatezza dei diversi e tanti interventi messi in campo a protezione dell'infanzia e del sostegno alle famiglie vulnerabili.

I servizi sociali territoriali individuati dalla nostra regione a far parte della sperimentazione, sono stati l'Azienda di Servizi alla Persona Sud-Est del distretto di Langhirano e il Servizio Famiglia e Minori Gestione Associata del Comune di Cesena. Entrambi scelti sulla base di caratteristiche demografiche e organizzative rappresentative dello scenario degli enti gestori dei servizi di tutela. Dimensioni alle quali si è aggiunta una loro grande disponibilità e motivazione a mettersi in gioco in tale sperimentazione. Nel ringraziarli per la professionalità e disponibilità accordata in tutte le fasi del percorso di sviluppo della ricerca, si riportano alcune loro riflessioni e considerazioni come prime valutazioni dell'esperienza svolta.

*Il punto di vista dell'Azienda di Servizi alla Persona Sud-Est del distretto di Langhirano (gruppo sperimentale, che ha utilizzato l'intero protocollo, con valutazione con schema polare e con fattori osservabili)*

Nella fase operativa del progetto gli operatori coinvolti hanno avuto l'opportunità di esaminare alcune situazioni particolarmente complesse che hanno aiutato ad evidenziare e a comprendere meglio le modalità con le

quali i diversi professionisti affrontano la dimensione della tutela dei minori. Nel passaggio alla fase sperimentale ha avuto un grande valore l'utilizzo di precisi fattori di osservazione degli adulti e del contesto socio-ambientale e relazionale, oltre che quelli sulle condizioni del bambino, per definire i criteri di rischio. Riportiamo in seguito alcune riflessioni:

- *Il profilo genitoriale*: alcuni componenti dell'équipe hanno proposto l'elaborazione di un profilo anche sulle figure genitoriali; in questi casi si dovrebbero costruire variabili in modo diverso affinché nella visualizzazione del grafico siano percepibili le differenze nelle aree più significative (per esempio un asse dedicato alle difficoltà relazionali e alle specifiche competenze genitoriali).
- *Il livello di protezione dello spazio di vita (LPSV)*: i due strumenti che misurano il LPSV e la mappa delle responsabilità sono strumenti ad hoc, di valutazione quanti/qualitativa. Per gli strumenti di valutazione sociale si ritiene che la figura professionale più adatta alla compilazione di quest'area di ricerca sia senz'altro un'assistente sociale.
- *L'integrazione sociosanitaria*: Nell'applicazione operativa, è opportuno che le diverse figure professionali, ognuno per la sua competenza, diano il proprio apporto per la compilazione dei test relativi allo schema polare. Purtroppo, con un esame di realtà ci accorgiamo che l'approccio multidisciplinare non è sempre realizzabile, in parallelo alla difficoltà di integrazione reale tra équipe sociale ed équipe sanitaria: infatti, anche nel nostro caso, la Neuropsichiatria Infantile del servizio AUSL ha avuto difficoltà a collaborare con il servizio sociale nella valutazione di Risc e i dati necessari sono stati recuperati indirettamente dalle relazioni pervenute al servizio.
- *L'aspetto economico*: su questo tema Risc ha consentito di ragionare su soluzioni o proposte diverse dall'inserimento in comunità. Nella pre-valutazione si è riusciti in alcuni casi a partire dal confronto tra operatori sulla recuperabilità delle capacità genitoriali e a costruire un progetto di intervento mirato a domicilio, garantendo qualità di intervento e minore spesa.
- *Il fattore tempo*: con RISC l'intervento è stato programmato e definito, inserito in un ritmo che ha costretto l'équipe ad un costante monitoraggio.
- *Il carico di lavoro*: i servizi sociali stanno attraversando una fase di forte criticità e strumenti di questo tipo rischiano di non avere l'attenzione necessaria. Il contenuto è fortemente evolutivo (difficile da definire in qualsiasi classificazione), l'osservatore è dentro al sistema e non sempre è facile trasferire i contenuti, i risultati nel sistema organizzativo. Molti colleghi, fortemente motivati, hanno realizzato il lavoro di ricerca anche oltre l'orario di lavoro, lontano dalle continue richieste in ufficio. Forse andando a regime è possibile operare in modo diverso...



In sintesi, rispetto all'efficacia del protocollo RISC, l'équipe ha riscontrato elementi a favore e elementi problematici, come probabilmente in ogni strumento applicato alle scienze umane. Possiamo comunque ritenere tale protocollo un serio e applicabile strumento di intervento e di valutazione per il servizio sociale professionale.

*Il punto di vista del Servizio Famiglia e Minori Gestione Associata del Comune di Cesena (gruppo controllo, che ha utilizzato una parte del protocollo, fino alla valutazione con schema polare)*

Gli operatori che hanno partecipato alla sperimentazione hanno riscontrato un chiaro interesse verso il progetto di ricerca, individuando dei benefici, seppur in prospettiva, per il compito di tutela a cui sono chiamati. Tra i punti di forza del modello proposto si possono riportare:

- Il programma ha il pregio di strutturare la valutazione secondo varie direttrici, soffermando il pensiero dell'utilizzatore e distogliendolo dal problema contingente. I vantaggi che ne derivano si ripercuotono sulla pianificazione degli interventi, che diventano più mirati e meno delle risposte poco ragionate a situazioni di emergenza.
- Alcune delle scale di valutazione proposte richiedono la partecipazione dell'utente e spingono l'operatore ad uscire dall'autoreferenzialità. Agevolano il coinvolgimento della persona portatrice del problema, che condivide il processo di valutazione diventando protagonista di interventi che riguardano la sua vita. Va detto, comunque, che questa modalità di lavoro è ancora poco usata nell'attività abituale, in questo senso lo strumento Risc potrebbe favorire l'acquisizione di quest'ottica.
- Più in generale si può dire che cambia lo sguardo, la prospettiva della valutazione. Dalla ricerca degli aspetti disfunzionali si passa alla valorizzazione delle risorse già presenti nel sistema familiare come centro dell'attenzione.

Vanno riportate alcune riflessioni e suggerimenti rispetto a criticità del progetto di ricerca, quantomeno alla parte del programma che abbiamo utilizzato e che conosciamo (protocollo per il gruppo di controllo), peraltro già emerse in occasione del seminario residenziale di Malosco:

- Le scale di competenza delle professioni sanitarie sono prevalenti rispetto alle sociali. Tra queste ultime, secondo noi, dovrebbero essere comprese scale relative alla condizione socio-lavorativa, per fare emergere eventuali rischi legati all'assenza di reddito o ai limiti dell'alloggio e delle condizioni ambientali. Inoltre andrebbe evidenziato l'aspetto educativo di entrambi i genitori.
- La scala Ica (indice di copertura assistenziale) potrebbe essere sviluppata ulteriormente, abbinando al dato quantitativo una variabile *qualitativa*. Per esempio dando la possibilità all'operatore di riconoscere un punteggio maggiore alla copertura assistenziale di un agente rispetto ad un altro (è il caso in cui il minore trascorre del tempo con un parente-risorsa, una baby-sitter, un educatore domiciliare inviato dal servizio, un genito-

- re più o meno adeguato... andrebbe evidenziato il grado di qualità della copertura).
- Il sistema delle responsabilità è senza dubbio lo strumento “più sociale” e ha stimolato molte riflessioni. Secondo noi sarebbe opportuna una formazione ad hoc sullo strumento per tutti gli operatori che partecipano al “Risc”. Abbiamo notato, infatti, che un uso solo intuitivo dello strumento porta a risultati difformi che invalidano la valutazione.

Nella *Regione Piemonte*<sup>10</sup> il fenomeno dei minori allontanati dalla famiglia risulta essere significativo, ancorché nel corso del tempo il sistema si sia fortemente qualificato a favore dell'accoglienza in famiglia dei minori stessi: al 31.12.2009, risultavano complessivamente vivere “fuori famiglia” 2.714 minori. Negli anni più recenti, l'Amministrazione regionale è intervenuta con un rinnovato impegno a favore dei servizi, al fine di promuovere un ulteriore sviluppo dell'affidamento familiare e comunque di azioni preventive rispetto all'inserimento in comunità. Come di recente affermato, “...occorre che le culture e pratiche dei servizi, centrate in questi anni ad ‘allontanare bene’, si concentrino con lo stesso impegno a evitare gli allontanamenti, rinforzando il nucleo di origine e soprattutto i legami familiari e quelli a corto raggio: parentali, amicali, vicinali e territoriali”<sup>11</sup>.

Regione  
Piemonte

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

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

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

Nello specifico del progetto Risc, per la Città di Torino risultano rilevanti e in aumento le condizioni di rischio educativo e di difficoltà sociale dei minori, che rendono necessari interventi educativi/domiciliari di supporto e di sostegno intensi, mirati e soprattutto personalizzati, per evitare l'allontanamento degli stessi dal nucleo familiare.

Tali interventi necessitano di un forte raccordo tra servizi e un monitoraggio attento per verificarne l'appropriatezza e l'efficacia. La sperimentazione proposta ha colto questo momento/bisogno, permettendo di avviare buone pras-

<sup>10</sup> Testo curato da Antonella Caprioglio (Regione Piemonte) e Beppe Taddeo (Città di Torino).

<sup>11</sup> Valerio Belotti, Introduzione al Volume “Accogliere bambini. Biografie, storie e famiglie”, Quaderno n. 48 del Centro Nazionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza, Firenze, 2009, pag. XXI.

si operative e di sviluppo a favore di minori e famiglie a rischio, attraverso la realizzazione del protocollo per la presa in carico della persona.

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

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

#### *La pre-valutazione, lo spartiacque per decidere*

La domanda che accompagna costantemente il pensiero e l'attività degli operatori dei servizi sociali può essere sintetizzata nella frase di uso comune “è recuperabile la famiglia d'origine?”. La risposta sta nella capacità di “vedere” in termini positivi e rispettosi la situazione del rapporto figli/genitori e nel medesimo tempo di “preoccuparci” di fare il possibile, attivando i diversi interventi di supporto a disposizione, per sostenere la famiglia nella sua interezza, come peraltro stabilito dalla legge.

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

#### *Il tempo come elemento rilevante*

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

La combinazione progettuale va collocata nel tempo, proprio per renderla efficacemente dedicata al cambiamento possibile delle situazioni in carico al servizio. Occorre pensare ad una permanenza programmata, ad interventi con riferimenti temporanei, nell'ottica di promuovere il maggior grado possibile di autonomia e di emancipazione dal supporto dei Servizi specialistici e professionali.

Per questa ragione si ritiene che la sperimentazione Risc con la scansione temporale  $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$ , (sei mesi in tutto) obblighi a misurarsi in tempi contenuti, a darsi un ritmo operativo, ad esercitare un monitoraggio serrato e dunque verificare l'efficienza e l'efficacia del progetto educativo personalizzato, evidenziando nel medesimo tempo errori/successi dei soggetti coinvolti per la sua realizzazione.

A tale proposito, si evidenzia che nelle “Indicazioni operative per i servizi sociali e sanitari in materia di segnalazione di minori in presunto stato di ab-

bandono”, di recente approvate dalla Regione Piemonte, si è posto fortemente l'accento sul fattore “tempo” e, nel tentativo di proporre alcuni indicatori per la valutazione delle capacità genitoriali, sono stati individuati anche riferimenti ad un arco temporale definito (8/12 mesi) per lo sviluppo degli stessi, oltre il quale occorre valutare se dare luogo ad una segnalazione ai fini dell'accertamento dello stato di abbandono.

#### *Un possibile strumento scientifico anche per il sociale*

Aree professionali quali quelle afferenti ai servizi sanitari, hanno sviluppato nel corso del tempo strumenti standardizzati che sono diventati patrimonio condiviso dalla comunità degli operatori. Il progetto Risc, individuando per ciascuna area di interesse la proposta di strumentazione scientifica, elaborata in diversi ambiti di lavoro, permette l'acquisizione di strumenti che rafforzano soprattutto l'area sociale, tradizionalmente più debole nell'affermazione del proprio ruolo e delle proprie competenze.

La cultura del servizio sociale in questo modo ne esce valorizzata, sia dal punto di vista della capacità di dare visibilità al lavoro sociale che della capacità di documentare in modo appropriato gli interventi di propria competenza.

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

L'adesione della *Regione Toscana* al progetto sul rischio di allontanamento di minori e sulle soluzioni per contrastarlo è caduta nel momento in cui l'attività di monitoraggio annuale sulla condizione dei minori confermava la persistenza e, in alcuni casi l'aumento, di dati “sentinella” sull'attuazione dei diritti dell'infanzia:

- 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.

Parallelamente i più recenti percorsi di formazione permanente rivolti ai professionisti dei servizi e delle strutture hanno acceso i riflettori sulla disomogeneità del quadro organizzativo nel quale si muovono gli operatori e sul bisogno di dotarsi di strumenti condivisi ed integrati per la valutazione, il monitoraggio e la verifica degli esiti degli interventi.

Si è inteso quindi dare concretezza all'obiettivo della tutela dei minori, ricorrente negli atti di programmazione sociale e sociosanitaria regionale, attraverso l'attività di prevenzione e di sostegno alle situazioni familiari con criticità, consentendo ad un gruppo di operatori di sperimentare l'utilizzo di una metodologia mirata sulla valutazione e sul risultato di efficacia.

Regione  
Toscana

La scelta di fondo che ha guidato l'individuazione dei territori da coinvolgere nel progetto 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", proprio a sottolineare come l'ottica di intervento debba muovere dalla verifica delle potenzialità presenti all'interno della famiglia e arrivare, attraverso il coinvolgimento di tutta la possibile rete protettiva, all'attivazione di un progetto teso ad evitare l'allontanamento del minore.

Va positivamente segnalata l'adesione dei due territori prescelti - Zona Valdarno Inferiore e Comune di Firenze - e non va sottovalutato il valore della disponibilità che gli operatori coinvolti hanno dimostrato fin dalle prime fasi del lavoro, mettendo in gioco il proprio bagaglio professionale e la loro metodologia di approccio agli interventi socio-assistenziali di tutela dell'infanzia: dal punto di vista regionale si tratta di una conferma della qualità professionale espressa dai servizi toscani, qualità che va valorizzata e mantenuta soprattutto in questa fase in cui il sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari dedicati ai minori si sta riassetando sulla scorta dei modelli organizzativi introdotti dalle Società della Salute.

Alla luce di ciò va approfondita la criticità emersa durante il percorso del difficile o mancato contributo dell'area sanitaria che certo ha determinato delle sfasature nella valutazione riferita alla mappa dei settori collegati.

Il proseguimento e il potenziamento del percorso di sperimentazione che si va profilando rappresenta un'occasione per la Regione 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. Proprio per queste ragioni le finalità regionali del proseguimento del progetto stanno principalmente nella potenzialità della diffusione di un modello di intervento territoriale che dovrebbe trovare nel prossimo Piano integrato sociale in fase di redazione l'adeguata collocazione di livello programmatico e di indirizzo.

Per cogliere a pieno le piste di lavoro che il progetto ha aperto e per renderlo maggiormente aderente alle esigenze degli operatori, si è proposto un allargamento dei territori coinvolti e una rimodulazione che consenta di coinvolgere nel protocollo metodologico anche la componente genitoriale.

#### *Le considerazioni del gruppo sperimentale (Zona Valdarno Inferiore)<sup>12</sup>*

Al termine del periodo di sperimentazione del protocollo previsto dal progetto RISC, anche alla luce di quanto emerso nel seminario residenziale di Malosco del giugno 2010, si propongono, in sintesi, alcune valutazioni.

La proposta di "fronteggiare" la delicata materia del contrasto al maltrattamento minorile, partendo dalle risorse personali presenti nel nucleo familiare in crisi, dall'attivazione delle potenziali reti di protezione, dall'attuazione di progetti personalizzati, per evitare l'allontanamento come *unica o ineluttabile* scelta di protezione per l'infanzia, ci sembra una scelta di campo, oltre che corretta dal punto di vista deontologico delle professioni di aiuto, rispondente

<sup>12</sup> Andrea Barani, Gianni Benassi, Elena Caccialupi, Assistenti sociali del Gruppo Sperimentale.

alla normativa, che molto riconosce (in teoria) alle famiglie (anche quelle più a rischio), ma poco ancora garantisce, in ordine a impegni sostanziali, risorse dedicate, percorsi di prevenzione e sostegno.

L'approccio personalizzato e la volontà di misurare l'efficacia degli interventi socio-assistenziali e di tutela nel settore del sostegno ai bambini e ai ragazzi in gravi situazioni di disagio, ci sono parse due direttrici di fondo valide sia a livello teorico-scientifico sia a livello pratico-metodologico, spesso lontane dalla realtà quotidiana del lavoro sociale.

Lo strumento utilizzato per la gestione dei progetti personalizzati, sia nella sua impostazione metodologica, sia poi anche nella sua funzionalità tramite il software *S-P*, ci è parso completo, dettagliato, capace di fare sintesi tra la situazione problematica, la rete personale e dei servizi, la valutazione del problema, la definizione degli obiettivi, le azioni di sostegno e la misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle stesse. Lo schema polare poi, come restituzione grafica del processo di intervento, fornisce una modalità di lettura immediata generale, ma anche analitica e comparativa, della situazione e sulla sua evoluzione.

Stimoli utili dal protocollo Risc ci sono venuti in particolare sui seguenti punti, che evidenziamo come "opportunità metodologiche" (buone prassi che gli operatori psico-sociali di fatto hanno già nel loro bagaglio formativo e professionale, ma che spesso non vengono sfruttate):

- delimitare una fascia in cui il bambino/ragazzo può definirsi a rischio,
- distinguere i processi dell'intervento da quelli che sono gli esiti dell'intervento,
- necessità di conoscere, mappare e pesare la rete familiare e sociale (la scala di responsabilizzazione SR, in particolare, insieme alla scala riguardante il Livello di Protezione nello Spazio di Vita, sono due strumenti utili, forse da far meglio conoscere e apprezzare, probabilmente anche da sviluppare),
- lavorare su scale di misurazione di alcune variabili, che poi possono essere graficamente rappresentate (in particolare tramite lo schema polare), rende la valutazione maggiormente oggettiva e aderente alla realtà. Ciò tuttavia richiede anche delle specifiche competenze (per cui l'integrazione sociosanitaria appare una variabile determinante per delle valutazioni attendibili).

#### *Altri punti di criticità e proposte*

Alcune questioni che riteniamo meritino una attenta valutazione sono quelle relative all'efficacia del percorso e alla corrispondenza funzionale tra valutazione iniziale, obiettivi e azioni. Un terzo delle situazioni del campione della sperimentazione si sono mantenute sui livelli di partenza o hanno mostrato dei lievi miglioramenti generalizzati. Ci siamo posti la domanda, nelle situazioni che invece non sono migliorate o lo sono state solo parzialmente, e soprattutto per quelle che sono peggiorate, se gli obiettivi e le conseguenti azioni individuate fossero inadeguate rispetto alla valutazione iniziale; oppure se ab-

biamo usato delle risorse “standardizzate” presenti nel servizio che però andavano a “tradire” il percorso personalizzato; oppure - ancora - se alcune famiglie erano così in crisi e resistenti ai percorsi proposti che gli interventi non hanno avuto efficacia. In fondo sono le domande che un Servizio Sociale che voglia verificarsi si pone e che sicuramente stimolano ad un continuo affinamento del lavoro sociale, perché i processi di aiuto trovino una valida rispondenza ai reali bisogni sociali dei nuclei a rischio.

Ci sembra che applicare il protocollo Risc laddove il rischio psico-sociale del minore è troppo alto possa non valere la pena. Abbiamo avuto due situazioni tra quelle selezionate nel gruppo sperimentale che sono esitate nell'allontanamento del minore (uno è avvenuto nella fase immediatamente precedente all'avvio della sperimentazione, l'altro a metà del percorso). Potrebbe quindi essere utile individuare quindi anche una soglia di rischio massima, oltre quella minima individuata per la selezione iniziale.

Ci sembra fondamentale che accanto all'assistente sociale possano lavorare gli operatori sanitari (psicologi, neuropsichiatri, psichiatri, SerT), sia per la valutazione e misurazione dei loro specifici ambiti, sia soprattutto per quanto riguarda i progetti individualizzati per gli adulti-genitori.

Ci sembrerebbe importante introdurre tra gli strumenti di valutazione, in particolare per quelli relativi agli adulti-genitori, delle scale sulle competenze genitoriali e delle scale sulla recuperabilità delle funzioni genitoriali.

Un'ultima notazione sui sistemi informatici e sul software S-P. I servizi sociali, con modalità ancora assai frammentate e disomogenee utilizzano vari programmi per la gestione delle cartelle sociali, per la gestione degli aspetti amministrativi, per la reportistica zonale, regionale e statale. Molti di questi strumenti spesso non si interfacciano tra di loro per cui una notevole mole di tempo-lavoro viene diffusa (e talvolta dispersa) per aggiornare le varie banche dati e per gestire i vari applicativi. Anche il software S-P richiede un congruo tempo per un suo corretto utilizzo, per cui nell'ipotesi di una sua più ampia diffusione e applicazione, si ritiene utile possa ben interfacciarsi con altri sistemi in utilizzo.

### *Le considerazioni del gruppo controllo (Comune di Firenze)<sup>13</sup>*

Questa ricerca si pone l'obiettivo di esplorare un modello di presa in carico dei bisogni dei bambini che presentano un alto rischio di allontanamento dalla propria famiglia di origine. Se fino a non molti anni fa la risposta dei servizi preposti alla tutela dei minori, in caso di difficoltà familiari tali da incidere su un sano sviluppo psicosociale dei bambini, era l'allontanamento di questi ultimi dalla propria famiglia di origine, da anni la normativa nazionale e regionale impone, principalmente la promozione della salute e, quando si è già in presenza di rischio, l'attivazione di tutta una serie di risposte, tali da permettere per i minori la permanenza nel proprio ambiente familiare e nel contesto sociale.

<sup>13</sup> Paola Aldinucci, assistente sociale del gruppo di controllo.

Il progetto Risc, Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per contrastarlo, va nella direzione di rendere ancora più efficace l'azione dei servizi del territorio. Il tema della ricerca ha posto il quesito "Come valutare il rischio in età evolutiva? Il rischio conseguente ad abbandono, incuria, maltrattamento, incapacità genitoriale, è tale da giustificare l'allontanamento di un bambino dalla sua famiglia di origine?". Attraverso questo progetto i servizi territoriali (Firenze ha partecipato come gruppo di controllo che ha investito tutti e 5 i Siast, i servizi sociali dei quartieri fiorentini) si sono trovati a sperimentare un criterio di valutazione del rischio, a valenza multidimensionale. Bambini e genitori che si rivolgono ai servizi per chiedere un sostegno, devono poter trovare servizi in grado di valutarli con strumenti capaci di una visione globale che consideri la dimensione organica, funzionale, cognitiva, comportamentale, socioambientale, relazionale, valoriale. Chiaramente questo tipo di lavoro richiama alla necessità della condivisione dei saperi di tutti professionisti coinvolti nel progetto. In questa fase di sperimentazione, il progetto ha visto unicamente gli assistenti sociali come referenti dello stesso. Firenze ha visto coinvolti circa 10 assistenti sociali e un solo psicologo. Mancando il contributo e la condivisione del progetto da parte degli altri professionisti (neuropsichiatri infantili, psicologi, pediatri, educatori, insegnanti o altro), l'assistente sociale si è trovato da solo a dover rispondere anche ad aspetti non di sua competenza e questo probabilmente ha portato ad assegnare valori non corretti ai vari *item* nei vari campi; solo quelli con carattere sociale rimandano ad una maggior certezza.

Se applicato ad un lavoro di rete il progetto Risc è di grande utilità soprattutto per la sua capacità di tenere assieme più aspetti: la valutazione del bisogno, il piano personalizzato di intervento e quello che è ancora più innovativo, la valutazione dell'efficacia. Quello della valutazione è un tema che merita molta attenzione. Gli operatori del territorio, anche a causa del grosso carico di lavoro, non trovano il tempo per "fermarsi e riflettere" sul proprio operato, per esplorare nuove soluzioni, e comunque quando viene fatto questo lavoro non investe tutti gli aspetti previsti dal progetto che prevede la valutazione secondo tutta una serie di aree. E il metodo è di grande impatto dal punto di vista visivo permettendo una visione immediata e di confronto sia nelle diverse sfere di vita del bambino che nell'evoluzione della situazione nel tempo, mantenendo alta nell'operatore l'attenzione sul tipo di intervento.

Molto interessante, oltre che utile, sarebbe l'applicazione di questo criterio di valutazione anche sui genitori dei bambini in carico, poiché considerando in maniera autonoma il minore si rischia di non considerarlo inserito in un contesto.

Nella *Regione Veneto*<sup>14</sup> le politiche e le prassi per la protezione e la cura dei bambini e degli adolescenti in situazioni di disagio hanno una lunga tradizione: sin dal 1982 (L.R. n. 55) la Regione ha promosso una organizzazione dei servizi e delle strutture di accoglienza a favore di un

Regione  
Veneto

<sup>14</sup> Testo curato da Paola Baglioni.



modello di de-istituzionalizzazione e di attenzione alla presa in carico delle famiglie di origine del minore. Nella programmazione sociale e sociosanitaria si è sempre insistito nell'accoglienza di tipo familiare e nei processi di riqualificazione degli operatori impegnati nei processi di protezione e cura dei bambini e dei ragazzi. Ciò ha portato a sviluppare una politica di grande attenzione alle esigenze di formazione e qualificazione che si è tradotta nella realizzazione di articolati percorsi formativi sui temi dell'affido familiare, dell'adozione internazionale, percorso formativo per gli operatori dei Centri regionali per l'abuso e il maltrattamento, percorsi formativi per gli operatori dei servizi di tutela e delle comunità di accoglienza.

L'organizzazione dei servizi sociali e sociosanitari nel Veneto è stata orientata ad interventi, anche di carattere economico, che favoriscono forme associate di gestione dei servizi, anche attraverso la delega alle Aziende Unità Socio Sanitarie Locali. Attualmente tutte le 21 Aziende Usls hanno protocolli o accordi tra Comuni e Aziende per la gestione dell'area Infanzia e Adolescenza, anche se le modalità organizzative specifiche sono ancora relativamente differenziate. In sette territori vi è delega economica e tecnica della gestione da parte dei Comuni, in sette vi è la sola delega tecnica, e in sette vi sono forme specifiche di accordi. Dal 2006 ogni ambito territoriale si è dotato di un centro per l'affido e la solidarietà familiare con operatori esperti e specializzati.

Nell'ambito del grave disagio va segnalata la nascita e il funzionamento dei 5 centri regionali per l'abuso e il maltrattamento, servizi di secondo livello integrati nella rete dei servizi. I centri sono nati il 30 dicembre 2002 con la delibera di Giunta regionale dgr n. 4031. La loro presenza e le loro attività sono state ulteriormente confermate e precisate successivamente con successive delibere di Giunta. Rispetto all'adozione il Veneto ha curato sin dall'approvazione della legge 476/98 la costruzione di un sistema integrato di servizi a favore dell'adozione nazionale ed internazionale. Grazie ad uno specifico percorso formativo si sono create 26 équipe specializzate (una per ogni ambito territoriale, due per i capoluoghi più grandi) presso le Aziende Usls formate dalla figura dello psicologo e dall'assistente sociale.

Particolare rilevanza ha assunto nel tempo l'attività di monitoraggio finalizzata a dare l'immagine aggiornata sulla situazione dei bambini, prima in comunità e poi in affido, e permettere lo sviluppo delle politiche sociali di protezione e cura: dal 1993 semestralmente è svolta la rilevazione anagrafica dei minori inseriti in comunità. Questa banca dati è stata ulteriormente ampliata nel 2004, inserendo l'affido giudiziario e, dal 2007, anche l'affido consensuale. La Banca Dati minori è poi integrata dai dati raccolti presso i cinque centri regionali per l'abuso e il maltrattamento e dal sistema Adonet per la gestione informatizzata del procedimento adottivo.

Nel 1998 è stato istituito l'Osservatorio Regionale per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia a cui sono state attribuite le competenze relative all'art. 4 della Legge 451/97 (monitoraggio, implementazione, buone prassi relativamente alle politiche e alle azioni per i minori). Dal 1° settembre 2010 le attività

dell'Osservatorio sono state ricomprese nel nuovo Osservatorio Regionale Politiche Sociali della Regione.

Nella direzione di creare linguaggi, modalità e prassi comuni a tutto il sistema, sono stati importanti alcuni passaggi:

- quello dell'accreditamento, i cui criteri sono stati costruiti, per le comunità per minori in un contesto di coinvolgimento dei diversi attori impegnati nel territorio (l.r.11/01 e DGR 84/2007);
- la definizione - nel 2008, della seconda edizione delle linee guida per la protezione e tutela dei minori (DGR n.569 del 11/03/2008) nate da un importante e consistente lavoro di confronto con tutti gli operatori del territorio (le prime linee guida erano state approvate con DGR n. 4312 il 29 dicembre 2004) con lo stimolo fondamentale dell'Ufficio del Pubblico Tutore dei Minori;
- la definizione delle prime linee guida regionali per l'affido familiare, approvate con DGR n. 3791 il 2 dicembre 2008;
- la definizione delle linee guida per l'adozione;
- la definizione delle linee guida per i Centri Regionali per l'abuso e il maltrattamento.

Le Linee guida, in particolare, definiscono linguaggio e sintassi, cioè significati e regole, costi, responsabilità. La loro costruzione è frutto di un lavoro partecipato che ha valorizzato il territorio in quanto si è creato un dialogo con tutti i soggetti, compreso con il Tribunale, mettendo in rete tutti gli attori istituzionali che hanno condiviso questi passaggi. In questo quadro ha svolto un significativo ruolo il Pubblico Tutore per i Minori, ossia il Garante per l'Infanzia, che è stata una figura centrale nei percorsi di pensiero e programmazione sui temi legati alla protezione, cura e tutela dei bambini e dei ragazzi.

Nel 2008 con la DGR 2416 "Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione dei bambini e degli adolescenti – Biennio 2009/2010" si è dato avvio ad una importante rivisitazione di tutto il sistema di protezione e cura dei minori e delle loro famiglie. La delibera disegna il piano di interventi dei prossimi anni con l'obiettivo di integrare e portare a sistema l'insieme delle attività sviluppate in questi ultimi anni, individuando fra l'altro percorsi e strumenti legati allo sviluppo della programmazione partecipata a livello territoriale, e di sostenere:

- lo sviluppo della collaborazione e dell'integrazione fra servizi che appartengono ai diversi sistemi;
- il consolidamento dei processi di deistituzionalizzazione e lo sviluppo della risorse accoglienti;
- lo sviluppo dei processi di accompagnamento al percorso adottivo;
- lo sviluppo delle forme di contrasto e cura delle situazioni di grave maltrattamento e abuso sessuale;
- lo sviluppo delle azioni di monitoraggio dei processi e degli esiti e della formazione degli operatori.

Tab. 1 – Riferimenti della Regione Veneto

Normative di riferimento	Legge n. 55/82 che definisce l'assetto dei servizi sociali, la centralità dell'integrazione sociale e sanitaria, i livelli di responsabilità istituzionale, tecnici e professionali. Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore – Biennio 2009/2010.
Direttive, linee guida	Regolamento n. 8/84: definisce l'affidamento familiare, compreso la possibilità di dare alle famiglie affidatarie un contributo. Linee guida regionali L'adozione nazionale e internazionale 2001. Linee guida per i servizi sociali e sociosanitari. La cura e la segnalazione 2008 Linee guida per i servizi sociali e sanitari. L'affido familiare in Veneto (2008). Orientamenti per la comunicazione tra scuola e servizi sociali e sociosanitari per la protezione e tutela dei diritti dei bambini e dei ragazzi nel contesto scolastico 2008. Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore – Biennio 2009/2010. In fase di stesura le Linee guide per il post adozione.
Protocolli e accordi di programma	Procura della Repubblica e Regione Veneto 11 febbraio 2002 collaborazione informativa e operativa in merito alla verifica dei minori ospiti nelle strutture tutelari.
Monitoraggio	Monitoraggio dei progetti di affido. Banca Dati minori. Progetto Azimut.
Analisi buone prassi	Costituzione dell'osservatorio regionale 1998
Residenzialità	Definizione dei criteri di accreditamento delle strutture di accoglienza residenziale dei minori. Legge regionale 22/02 sull'accreditamento. Delibera Giunta n. 84/2007 che definiscono quali sono i criteri che devono avere queste strutture: criteri organizzativi e operativi.
Piani programmi	Piano regionale dei servizi sociali.
Sperimentazioni	Progetto sulle reti familiari. Progetto regionale sulla deistituzionalizzazione. Progetto per lo sviluppo dei Centri per l'Affido e la solidarietà familiare. La nascita dei centri per l'abuso e il maltrattamento. Progetto Azimut.
Garante	Istituita la figura del Pubblico Tutore dei minori.
Osservatorio infanzia adolescenza	Osservatorio Regionale su infanzia, famiglia e giovani.
Politiche per la famiglia	Progetto marchio famiglia.

In questo quadro, la Regione Veneto ha partecipato alla sperimentazione coinvolgendo la Azienda Ulss 9 di Treviso nei suoi 4 distretti. I Distretti 1 e 2 come gruppo di controllo e i distretti 3 e 4 come gruppo sperimentale. Complessivamente sono stati selezionati 19 casi di minori a rischio, 12 nel gruppo di controllo e 7 nel gruppo sperimentale.

In occasione di un seminario residenziale svolto nell'estate del 2010 con i referenti delle unità operative, sono state evidenziate le difficoltà e i benefici per gli operatori che si trovano a sperimentare nuove soluzioni nel corso del lavoro quotidiano.

Gli operatori della Azienda Ulss 9 coinvolti nella ricerca hanno evidenziato le difficoltà legate all'utilizzo degli strumenti di valutazione, sia in termini di tempo necessario per la compilazione sia per la difficoltà di raccolta delle informazioni da altri professionisti interessati alla gestione del caso, ad esempio insegnanti, educatori ed altri operatori sociali, essenzialmente a causa di motivi organizzativi e disponibilità orarie diverse.

Tuttavia questa è stata riconosciuta anche come un beneficio dal momento che "l'utilizzo di molteplici strumenti e scale di misurazione ad hoc per ogni area d'analisi del minore (sistema delle responsabilità, funzionale organico, cognitivo, socio-relazionale) permette di sondare in maniera dettagliata ogni singola dimensione, arrivando ad una buona sintesi dei risultati tale da giungere ad un immediato confronto tra i parametri raccolti nel  $T_0$  e i risultati attesi e ottenuti nel  $T_1$ ". La sintesi data dallo schema polare è risultata utile per descrivere le analisi compiute e le eventuali diverse tendenze rilevati nei periodi di osservazione, consentendo di monitorare la situazione familiare e di valutare in itinere gli obiettivi che il servizio si pone nei confronti del nucleo a rischio. È stato inoltre rilevato come "la possibilità di disporre di un tempo ulteriore di riflessione e di confronto tra le diverse professionalità impegnate (assistente sociale e psicologo) favorisce una maggiore integrazione dei saperi specifici delle professioni, ai fini di giungere ad una valutazione adeguata e completa".

# RISC

**R**ischio per l'**I**nfanzia e  
**S**oluzioni per **C**ontrastarlo

## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI NELLE SEZIONI DEL RAPPORTO**



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN  
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV. (1970), *Famiglie socialmente carenti e azione comunitaria*, Rassegna di Servizio Sociale, 3-4.
- AA.VV. (1972), *Il servizio sociale per i minorenni con manifestazioni antisociali*, AAI, Roma.
- AA.VV. (1977), *Alternative concrete al ricovero dei minori in istituto*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1.
- AA.VV. (1977), *La lotta contro l'emarginazione dei minori non è più un obiettivo prioritario?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 20.
- AA.VV. (1978), *Minori in pericolo di ritardo mentale dipendente da fattori socio-culturali: loro individuazione precoce e stimolazione*, Problemi Minorili, 1-2-3.
- AA.VV. (1982), *Il progetto obiettivo materno-infantile e dell'età evolutiva*, Servizi sociali, 2.
- AA.VV. (1983), *L'abbandono del minore e la risposta della comunità locale*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5-6.
- AA.VV. (1984), *Deistituzionalizzazione e strutture comunitarie in psichiatria, nell'assistenza ai minori e nelle tossicodipendenze*, Prospettiva, 5.
- AA.VV. (1984), *Istituzionalizzazione: quali alternative?*, Prospettive Assistenziali, 68.
- AA.VV. (1984), *Quattro mura di umanità. Convegno nazionale sul ruolo delle comunità alloggio*, Regione Piemonte, Torino.
- AA.VV. (1985), *Violenza intrafamiliare e tutela del minore*, Bambino Incompiuto, 2.
- AA.VV. (1986), *Bisogni e risposte per l'età evolutiva*, Servizi sociali, 4.
- AA.VV. (1987), *Dalle diverse adolescenze alla rete di interventi nel territorio*, Servizi sociali, 3.
- AA.VV. (1987), *La famiglia in rapporto al fenomeno droga*, Servizi sociali, 1-2.
- AA.VV. (1988), *I progetti adolescenti: una lettura della dimensione educativa - Organi di protezione del minore: come sono e come dovrebbero essere*, Servizi sociali, 4.
- AA.VV. (1988), *L'affidamento familiare temporaneo per il diritto del minore alla sua famiglia*, Mandese Editore, Taranto.
- AA.VV. (1988), *Separazione dei genitori e problemi dei figli*, Bambino Incompiuto, 2.
- AA.VV. (1990), *Rischio, disagio e devianza nell'adolescenza. Promozione della comunità locale nelle politiche giovanili*, Servizi sociali, 4.
- AA.VV. (1991), *I minori e le situazioni di rischio. Il ruolo della famiglia*, La famiglia, 147.
- AA.VV. (1993), *Il diritto del bambino alla famiglia - I doveri delle istituzioni e della società - Milano 21-22/5/93*, suppl. Volontariato oggi, 2.
- AA.VV. (1993), *L'affido a dieci anni dalla legge 184: come aiutare i minori e le famiglie in difficoltà*, Famiglia Oggi, marzo.

- AA.VV. (1998), *Figli di famiglie separate e ricostituite*, Quaderno 4, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (1998), *Modelli di accoglienza familiare e comunitaria per minori in difficoltà*, Servizi sociali, 1.
- AA.VV. (1998), *Violenze sessuali sulle bambine e sui bambini*, Quaderno 1, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (1999), *I bambini e gli adolescenti fuori dalla famiglia. Indagine sulle strutture residenziali educativo-assistenziali in Italia*, Quaderno 9, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2001), *Le violenze sessuali sui bambini. Lo stato di attuazione della Legge 269/98*, Quaderno 19, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2002), *Esperienze e buone pratiche con la legge 285/97. Dalla ricognizione alle linee guida*, Quaderno 26, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2002), *Trasformazioni in corso. La formazione nazionale interregionale fra la legge 285/97 e la legge 451/97*, Quaderno 20, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2002), *Uscire dal silenzio. Lo stato di attuazione della legge 269/98*, Quaderno 27, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2003), *Educazione alla genitorialità*, Pedagogika, 6, pp. 8-33.
- AA.VV. (2003), *Under 14 Indagine nazionale sui minori non imputabili*, Quaderni, 28, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2005), *La formazione nazionale interregionale oltre la 285/97. Identità e cambiamenti*, Quaderno 35, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2006), *Al passo del loro crescere*, Atti della Prima Conferenza regionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nella Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, Regione Friuli Venezia Giulia - Istituto degli Innocenti, Firenze.
- AA.VV. (2008), *Child maltreatment*, The Lancet, 3.
- AA.VV. (2010), *Valutare l'efficacia degli interventi per l'infanzia e la famiglia: prospettive internazionali a confronto*, monografia Studi Zancan, 5.
- Aburra A. e altri (a cura di) (2000), *Il bambino tradito. carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori*, Carocci Editore, Roma.
- Agathonos-Georgopoulou H., Tsibouka V., Skoubourdi A. (2008), *Bambini problematici e in difficoltà: una sfida per gli operatori*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Ajello L. (1971), *Disadattamento minorile e servizio sociale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3.
- Aldgate J. (2007), *Child Well-Being, Child Development and Family Lives*, paper presented to the University of Southampton, Child Well-Being Research Centre, 14 novembre 2007.
- Aldgate J., Jones D.P.H., Rose W., Jeffery C. (2006), *The Developing World of the Child*. London: Jessica Kingsley.



- Aldgate J., Rose W., McIntosh M. (2007), *Changing Directions for Children with Challenging Behaviour and their Families: Evaluation of CHILDREN 1ST Directions Projects*. Edinburgh: CHILDREN 1<sup>ST</sup>.
- Altman J.C. (2005), *Engagement in children, youth and family services: Current research and promising approaches*, in G. Mallon & P. Hess (Eds.). "Child Welfare for the Twenty-First Century: A Handbook of Practices, Policies and Programs", New York, Columbia University Press, pp. 72-86.
- Andreoli S. (1998), *I nuovi servizi per l'infanzia e le famiglie in Europa*, La Famiglia, 190, pp. 46-62.
- Andreoli V. (1991), *Famiglie con genitori tossicodipendenti*, Bambino Incompiuto, 2, pp. 151-161.
- Andrews P. (2004), *The heart of the family*. Community Care, 34-35.
- Andrews P. (2007), *The Homebuilders model in England*. Unpublished paper.
- Andria P. (1990), *I diritti sociali del minore*, Bambino incompiuto, 2, pp. 33-42.
- ARCH National Respite Network and Resource Center (2006), ARCH 5.2. Chapel Hill: ARCH National Respite Network and Resource Center, Chapel Hill Training Project, Inc.
- Argento E. (1974), *Il gruppo strumento di rieducazione*, Esperienze Sociali, 1.
- Ashley C. (a cura di) (2006), *The Family Group Conference Toolkit-a practical guide for setting up and running an FGC service*. London: Family Rights Group.
- Aspe (1983), *L'infanzia maltrattata*, Aspe, 10.
- Aspe (1984), *Ragazzi di strada*, Aspe, 22.
- Asscher J.J., Hermanns J.M.A., Deković M. (2008), *Effectiveness of the Home-Start parenting support program: Behavioral outcomes for parents and children*. Infant Mental Health Journal, 29, pp. 95-113.
- Associazione Laica Famiglie in difficoltà (1994), *Conflitti familiari e mediazione. L'esperienza dell'Alfid*, Alfid, Trento.
- Balboni E. e altri (2007), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*. Seconda edizione, Giuffrè, Milano.
- Bandettini L., Berton A. (1990), *La famiglia: difficoltà e prospettive*, Orientamenti, 1-2.
- Barbero Avanzini B. (1976), *Sistema familiare comportamento giovanile deviante*, Studi di sociologia.
- Barbero Avanzini B. (1986), *Intervento specialistico o generale negli abusi all'infanzia?*, Bambino Incompiuto, 2.
- Barbero Avanzini B., Ichino Pellizzi F. (a cura di) (1988), *Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali*, Unicopli, Milano.
- Barbero Avanzini Bianca (1986), *Intervento specialistico o generale negli abusi all'infanzia?*, Bambino incompiuto, 2, pp. 23-32.
- Bartesaghi A. (1994), *Il servizio di consulenza al singolo, alla coppia e alla famiglia in difficoltà*, Politiche sociali e servizi, 2, Milano.
- Barth R.P., Greeson J., Guo S., Hurley S., Sisson J. (2008), *Indici di efficacia tra ragazzi in assistenza residenziale e ragazzi che seguono una terapia intensiva*

- a domicilio: la propensity score analysis*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Battistacci G. (1984), *Adolescenza a rischio: ripensare globalmente la legislazione minorile*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5.
- Battistacci G. (1985), *Abusi sui minori e strumenti di tutela*, Bambino incompiuto, 3, pp. 5-8.
- Battistacci G. (1987), *L'abuso all'infanzia: un problema di tutti*, Bambino incompiuto, 2, pp. 5-11.
- Battistacci G. (1988), *Violenze e abusi sessuali nei confronti dei minori*, Bambino incompiuto, 1, pp. 87-94.
- Battistacci G., Caffo E., Cattabeni G., Tavassi M.T., Vernò F. (1985), *L'abuso e la violenza all'infanzia*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Baviera I. (1979), *Non sottrazione dei figli ai genitori ma protezione della infanzia più indifesa*, Prospettive Assistenziali, 45.
- Beecham J, Sinclair I. (2006), *Costs and Outcomes in Children's Social Care: Messages from Research*, Jessica Kingsley Publishing, London.
- Belotti V., Ruggiero R. (a cura di) (2008), *Vent'anni di infanzia. Retorica e diritti dei bambini dopo la convenzione dell'ottantanove*, Guerini, Milano.
- Ben Arieh A. (2000), *Beyond Welfare: Measuring and Monitoring the State of Children. New Trends and Domains*, Social Indicators Research, 52 (3).
- Ben Arieh A. (2003), *La valutazione di efficacia di un programma rispetto al monitoraggio del benessere: una prospettiva centrata sul bambino*, in Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Fondazione Zancan, Padova.
- Ben Arieh A., Goerge R.M. (a cura di) (2006), *Indicators of Children's Well-Being Understanding Their Role, Usage and Policy Influence*, Springer.
- Bergonzini C. (2008), *Art. 29 e Art. 30*, in Bartole S., Bin R. (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, pp. 302-311, 311-318.
- Beria di Argentine A. (1986), *Le cause del disadattamento giovanile*, Bambino incompiuto, 3, pp. 5-11.
- Berry M. ed. (2007), *Identifying Essential Elements of Change. Lessons from International Research in Community Based Family Centres*, Acco, Leuven.
- Bertolini M., Neri F. (1981), *Genitori brutali bambini maltrattati*, Gli Argonauti, 10.
- Bezze M. (2001), *Le misure di contrasto alla povertà: il reddito minimo di inserimento*, Studi Zancan, 2, pp. 166-172.
- Bezze M. (2008), *Interventi per bambini multiproblematici: gravità dei bisogni, efficacia e costi*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Bezze M., Faenzi G., Lippi A., Paganelli L., Pompei A. e Vecchiato T. (2005), *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, Studi Zancan, 2, pp. 93-131.
- Bezze M., Innocenti E., Vecchiato T. (2008), *La strategia regionale per l'attuazione dei livelli base di cittadinanza sociale in Toscana*, Studi Zancan, 5.

- Bezze M., Vecchiato T. (2010), *Livelli essenziali di assistenza sociale: finanziamento, costi, equità distributiva*, Studi Zancan, 6, pp. 9-21.
- Bianca C.N., Malagoli Togliatti M., Micci A.L. (2005), *Interventi di sostegno alla genitorialità nelle famiglie ricomposte. Giuristi e psicologi a confronto*, Franco Angeli, Milano.
- Bianchi D. (a cura di) (2002), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Bianchi E., Verno' F. (a cura di) (1995), *Le famiglie multiproblematiche non hanno solo problemi*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Biehal N. (2005), *Working with adolescents at risk of out of home care: the effectiveness of specialist teams*. Children and Youth Services Review, 27,9, pp. 1045-1059.
- Biehal N. (2005), *Working with Adolescents. Supporting families, preventing breakdown*. London: BAAF.
- Biehal N. (2006), *Preventive services for adolescents: exploring the process of change*. British Journal of Social Work. Advance Access doi: 10.1093/bjsw/bcl352.
- Bimbi F. (a cura di) (2005), *Madri sole. Sfide politiche e genitorialità alla prova*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Bimbi F., Trifiletti R. (a cura di) (2006), *Madri sole e nuove famiglie. Declinazioni inattese della genitorialità*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Blythe B.J., Tripodi T., Fasolo E. (1993), *Metodi di misurazione nelle attività di servizio sociale. A contatto diretto con l'utenza*, Fondazione Zancan, Padova.
- Boddy J. e altri (2008), *International perspectives on parenting support: Non-English language sources*, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Boddy J., Statham J., McQuail S., Petrie P., Owen C. (2008), *Working at the 'edges' of care? European models of support for young people and families*, TCRU, University of London.
- Bonini M.C., Carugati F., De Paolis P., Emiliani F., Palmonari A. (1976), *Diventare uguali. I minori dall'istituto ai gruppi-appartamento*, Coines Edizioni, Roma.
- Borgia R., Canali C., Vecchiato T. (2010), *Rischio evolutivo e prevenzione dell'allontanamento dalla famiglia: indicazioni da uno studio sperimentale*, in Quaderni Card 10.
- Borduin C.M., Mann B.J., Cone L.T., Henggeler S.W., Fucci B.R., Blaske D.M., Williams R.A. (2001), *Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence*, Journal of Consulting and clinical psychology, 63, pp. 565-578.
- Bracco P. e altri (1985), *È possibile un progetto-obiettivo adolescenti?*, Fondazione Zancan, Padova.
- Brienza G. (2001), *Famiglia e politiche familiari in Italia*, Carocci editore, Roma.
- Brousseau M. (2000), *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Thèse de doctorat. Québec: Laboratoire de recherche, École de service social, Université Laval, 158.

- Brugnone G., D'Alberton F., Zambon A., Zane L. (1976), *Alternative concrete al ricovero dei minori in istituto*, Prospettive assistenziali, Torino.
- Brunetta G. (1974), *L'emarginazione dei giovani nel mondo del lavoro*, Aggiornamenti sociali, 96.
- Brusciolano S. (a cura di) (2002), *Politiche familiari e servizi. I Centri per le Famiglie in Emilia-Romagna*, Comune di Bologna e Centro studi e documentazione sulla famiglia, Bologna.
- Burbatti G., Formenti L. (1985), *La famiglia e il suo modello. tecniche di intervento sui sistemi familiari*, Franco Angeli, Milano.
- Busnelli C. (1960), *La riabilitazione dei soggetti in età evolutiva che presentano irregolarità psichiche*, Annali della sanità pubblica, Roma.
- Busnelli C. (1966), *L'attività dei cmpp dell'Enpmf per i minori assistiti dall'Enaoli*, rivista "Ragazzi d'oggi", Roma.
- Busnelli C. (1969), *I ragazzi difficili*, Sales, Roma.
- Busnelli E., Del Conte L., Cattabeni G., Santone G., Tonizzo A. (1985), *Dal ricovero all'affidamento: cambia una legge o una mentalità?*, Fondazione Zancan, Padova.
- Busnelli E., Moro A.C., (1990), *Minori e giustizia*, Fondazione Zancan, Padova.
- Busnelli E., Vecchiato T. (1991), *La promozione del benessere psico-fisico nell'età evolutiva*, Ministero della Sanità, Roma.
- Busnelli Fiorentino E. (1986), *L'adolescenza a rischio: bisogni e risposte*, Bambino incompiuto, 1, pp. 145–161.
- Butturini E. (1979), *Scuola ed emarginazione dei giovani*, Aggiornamenti sociali, 1.
- Byford S., Mc Daid D., Sefton T. (2003), *Because it's worth it. A praticale guide to conducting economic evaluations in the social welfare field*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Cabassi A., Zini M.T. (2004), *L'assistente sociale e lo psicologo. Un modello di lavoro integrato*, Carocci, Roma.
- Cabinet Office (2007), *Reaching Out: Think Family. Analysis and themes from the Families at Risk Review*. London, Social Exclusion Task force.
- Caffo E. (1985), *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino come fattore causale dell'abuso all'infanzia*, Bambino incompiuto, 23, pp. 85–106.
- Caffo E. (1986), *L'abuso sessuale all'infanzia: considerazioni cliniche e proposte preventive*, Bambino incompiuto, 2, pp. 33–49.
- Caffo E. (1989), *Conoscenze e prospettive sulla prevenzione dell'abuso ai minori*, Bambino incompiuto, 3, pp. 123–148.
- Caffo E. (a cura di) (1988), *Il rischio familiare e la tutela del bambino*, Guerini e Associati, Milano.
- Canali C., Colombo D.A., Maluccio A.N., Pine B.A., Warsh (2001), *Figli e genitori di nuovo insieme: la riunificazione familiare. Guida per apprendere dall'esperienza*, Fondazione Zancan, Padova.
- Canali C., Crialesi R., Dalla Zuanna G., Sabbadini L.L., Vecchiato T. (2007), *La famiglia in Italia. Dossier Statistico*, Istat e Ministero delle Politiche per la famiglia, Roma.

- Canali C., Greco G., Trimarchi A., Vecchiato T. (2010), *Il distretto come ambiente professionale di ricerca e sperimentazione*, in Quaderni Card 10.
- Canali C., Innocenti E., Pozzobon G. e Vecchiato T. (2007), *Studio di fattibilità per un nuovo modello di gestione unitaria dei servizi alla persona nel territorio feltrino*, Studi Zancan, 4, pp. 151-174.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di) (2005), *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia*, Fondazione Zancan, Padova.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (2011), *Approaches to Evaluation in Services for Children and Families*, in Maluccio A.N. e altri, *Improving Outcomes for Children and Families. Findings and Using International Evidence*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Canali C., Vecchiato T. (2006), *Bisogni di salute mentale in età evolutiva: contributi dal dibattito internazionale*, Studi Zancan, 6.
- Canali C., Vecchiato T. (2007), *Multiple problem children and families: findings from Italy*, in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J. edited by (2007), *Promoting Competence in Children and Families*, Eusarf, Leuven.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Assessing the life space of children living in multi-problematic families*, International Journal of Child and Family Welfare, 13, 1-2.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Risk for children: a multisite outcome-based research in Italy*, in Inside Out, University of Groningen.
- Canali C., Vecchiato T. (a cura di) (2009), *Livelli essenziali di assistenza, bisogni e diritti delle fasce deboli della popolazione*, Regione Campania e Fondazione Zancan, Napoli.
- Canevaro A., Radaelli V. (1970), *La XIV sessione del gruppo di esperti Vipe per i problemi della gioventù disadattata*, Esperienze di Rieducazione, 3.
- Capece G. et al. (1989), *Abuso psicologico a scuola: il ruolo del medico scolastico*, Bambino incompiuto, 1, pp. 105-108.
- Capocaccia A.F. (a cura di) (1969), *Il Centro Medico Psico Pedagogico*, AAI, Roma.
- Cappello Valerio, Consolini Renza (1987), *La famiglia con un solo genitore*, Bambino incompiuto, 3, pp. 53-62.
- Carpello G. (1977), *I percorsi dell'emarginazione nel passato ed oggi*, Promozione Sociale, 1.
- Catarsi E. (a cura di) (2000), *Funzioni di sostegno alle famiglie e alla genitorialità*, Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Catarsi E. (a cura di) (2003), *Educazione familiare e sostegno alla genitorialità: un'esperienza in Toscana*, Firenze, Regione Toscana.
- Cattabeni G. (1984), *L'affido educativo: una nuova frontiera per operatori, servizi, minori in difficoltà*, Bambino incompiuto, 3, p. 31 - 41.
- Cendon P. (a cura di) (1991), *I bambini e i loro diritti*, il Mulino, Bologna.
- Center for Economic Performance, London School of Economics (2007) *The Cost of Exclusion. Counting the cost of youth disadvantage in the UK*, Prince's Trust, London.

- Centro della famiglia (1991), *La formazione in prevenzione familiare*, La famiglia, 146.
- Chassé, Karl August; Wensierski, Hans Jürgen (Hg.) (2002): *Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage*, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Cheli M., Mazzoni P., Giacobuzzi S. (2008), *Integrare o sostituire la genitorialità?*, Prospettive sociali e sanitarie, 3.
- ChildOn, European Network of National Observatories on Childhood (2005), *Family mediation in the European Union*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- ChildOn, European Network of National Observatories on Childhood (2007), *Review on national systems of statistics and registration on child abuse*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Christiansen Ø., Moldestad B. (2008), *Valutazione dei servizi di sostegno alla famiglia*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Ciampa A., Ciccotti E. (a cura di) (2006), *I progetti nel 2004: lo stato di attuazione della legge 285/97*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Cigoli Vittorio (1987), *Il visitatore del povero e il visitatore bisognoso. Gli operatori sociali al domicilio delle famiglie*, Bambino incompiuto, 3, pp. 139 – 153.
- Cividali I. (1972), *Il concetto di abbandono nell'infanzia*, Promozione Sociale, 11.
- Clarke H., Hughes N., Morris K (2008), *Gli approcci globali alla famiglia: rispondere e affrontare stili di vita complessi?* in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Clement E. (2009), *Les dépenses d'aide sociale départementale en 2007*, Etudes et Résultats, 682.
- CNCA (1984), *Tra utopia e quotidiano: il coordinamento delle comunità di accoglienza*, EGA, Torino.
- Cole S.A., Wehrmann K.C., Dewar G., Swinford L. (2005), *Crisis nurseries: A vital component in the system of care for families and children*. Children and Youth Services Review, 27, 995-1000.
- Colla H., Gabriel Th., Millham S. e altri (Hg.) (1999), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied: Luchterhand Verlag.
- Colombo A.D. e altri (1998), *Figli e genitori: da servizi che separano a servizi che riunificano*, Servizi sociali, 3.
- Colombo G., Cocever E., Bianchi L. (2004), *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Carocci Faber, Roma.
- Comitato Internazionale Problemi Infanzia (1985), *Minori: linee di indirizzo per una politica unitaria*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Conley A., Duerr Berrick J. (2008), *Prevenzione dell'abuso a livello comunitario. Esiti associati a un programma di risposta differenziale in California*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

- Connolly M. (2005), *Differential responses in child care and protection: Innovative approaches in family-centered practice* [Special Edition: Differential response in child welfare]. *Protecting Children*, 20 (2 & 3), 8-20.
- Coppola C. (1970), *Disadattamento minorile: un impegno urgente per tutta la società*, *La rivista di servizio sociale*, 1.
- Coppola C. (1970), *Riforma dei servizi per disadattati e riforma dei servizi sociali*, *Assistenza d'Oggi*, 3.
- Coppola C. (1971), *Disadattamento minorile: servizi di base o specializzati?*, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6.
- Coppola C. (1982), *Disagio giovanile e politica dei servizi sociali territoriali*, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 16.
- Coppola C. e altri (1977), *I servizi per minori disadattati, ruolo del Ministero di Grazia e Giustizia e degli Enti Locali*, *Esperienze di Rieducazione*, 4.
- Corbetta P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. I paradigmi di riferimento*, vol. I, Il Mulino, Bologna.
- Corrao S. (1990), *Il focus group: una tecnica di rilevazione da ri-scoprire*, in "Sociologia e Ricerca Sociale", XX, 60, pp. 94-106.
- Corrao S. (2000), *Il focus group*, Franco Angeli, Milano.
- Crampton D. (2007), *Research Review: Family group decision-making: a promising practice in need of more programme theory and research*, *Child and Family Social Work* 12(2), pp. 202-209.
- Crivillé A. (1995), *Genitori violenti, bambini maltrattati. l'operatore sociale di fronte alla famiglia del bambino maltrattato*, Liguori, Napoli.
- Crnic K.A., Greenber, M.T. (1990), *Minor parenting stresses with young children*. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- Cusinato M., Salvo P. (1998), *Lavorare con le famiglie. programmi, interventi, valutazione*, Carocci Editore, Roma.
- D'Amour D. e altri (2005), *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*, *Journal of interprofessional care*, Supplement 1.
- Dagenais C. e altri (2009), *Brief and intensive family support program to prevent emergency placements: lesson learned from a process evaluation*, *Children and Young Services Review*, 31.
- Dallanegra P. (a cura di) (2005), *Le radici del futuro. La continuità della relazione genitoriale oltre la crisi familiare*, Franco Angeli, Milano.
- Dallanegra P., Gasparini M., Meazza C. (1995), *Un luogo protetto per il riavvicinamento tra minori e adulti in situazioni conflittuali*, *Bambino incompiuto*, 5, pp. 43-52.
- Davidson G., Barry A.M. (2003), *Assessment of benefits and costs of out of school care*, *Scottish Executive Education Dept*, 5.
- Davies M. (2008), *L'uso della ricerca azione per avviare lo sviluppo di un cambiamento culturale nel servizio di crisi per le famiglie e per quanti richiedono*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

- De Angeli A., Buratti G. (1976), *Prevenzione del disadattamento*, Promozione Sociale, 2.
- De Leo G. (1974), *Effetti negativi della istituzionalizzazione dei minori*, Problemi Minorili, 3.
- De Pra M., Sculari P. (a cura di) (2009), *Nascere e crescere. Il mestiere dei genitori*, La Meridiana, Molfetta.
- Del Conte L. (1989), *Abuso da parte delle istituzioni: come si disgrega un minore*, Bambino incompiuto, 2, pp. 135–146.
- Dell'Antonio A. (1984), *Il bambino di fronte al suo affidamento familiare*, Bambino incompiuto, 3, 42–53.
- Dell'Antonio A. (1988), *Separazione dei genitori: situazione di rischio*, Bambino incompiuto, 2, pp. 45–50.
- Della Giustina L., De Renoche I. (1995), *La separazione dei genitori e il vissuto del bambino nella fase di latenza*, Bambino incompiuto, 1, pp. 25–37.
- DePanfilis D., Dubowitz H., & Kunz J. (2008), *Assessing the cost-effectiveness of Family Connections*. *Child Abuse & Neglect*, 32(3), pp. 335-351.
- DfES (2006), *Making it Happen: working together for children, young people and families*. London, DfES.
- Di Gennaro G. (1973), *I giovani disadattati*, Promozione Sociale, 7-8.
- Di Nicola P. (a cura di) (2002), *Prendersi cura delle famiglie: nuove esperienze di sostegno alla genitorialità*, Carocci, Roma.
- Donati P. (1986), *Esiste una "normalità" infantile? Riflessioni a partire dalla "denormalizzazione" della famiglia*, Bambino incompiuto, 2, pp. 15–22.
- Donati P.P. (1991), *Famiglia e infanzia in una società rischiosa: come leggere e affrontare il senso del rischio*, 2, pp. 5–30.
- Donati P.P. (a cura di) (2008), *La cura della famiglia e il mondo del lavoro*, Franco Angeli, Milano.
- Dosi A., Vecchiato T. (2005), *Riflessioni e prospettive di lavoro*, in Provincia di Piacenza e Fondazione E. Zancan, *Livelli essenziali di assistenza in provincia di Piacenza*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Dufour S. & Chamberland C. (2004), *The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment: enhancing the well-being of children who live at home*. *Child and Family Social Work*, 9, pp. 39-56.
- Durning P. (2007), *The construction of socio-educational interventions*, in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J., eds, *Promoting competence in children and families. Scientific perspectives on resilience and vulnerability*, Eusarf, Leuven.
- Dusi Paolo (1988), *Funzione amministrativa e funzione giurisdizionale di tutela del minore: rapporti e conflitti*, Bambino incompiuto, 3, pp. 49 – 59.
- Edelson J. (1999), *Children's witnessing of adult domestic violence*, *Journal of Interpersonal Violence*, 14(5), pp. 839-870.
- Epstein N. B., Baldwin L. W., Bishop D.S. (1983), *The McMaster family assessment device*, *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), pp. 171-180.
- Esigenze e diritti di gestanti, madri e neonati in difficoltà (1995)*, Bambino incompiuto, 3-4, pp. 17–28.



- Esposito G. (1979), *Dal disadattamento sociale all'esclusione: note sulla difesa della salute e superamento dell'assistenza*, La rivista di servizio sociale, 4.
- Fadiga L. (1987), *La protezione dell'infanzia in Italia*, Bambino incompiuto, 3, pp. 5-18.
- Farrington D., Gottfredson D., Sherman L., Welsh B. (2002), *The Maryland Scientific Methods Scale*, in Sherman L., Farrington D., Welsh B., Mackenzie D. (eds) *Evidence-based crime prevention*, London: Routledge.
- Fasolo F. e altri (2008), *La salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza*, Studi Zancan, 4.
- Fava Vizziello G., Colucci R., Disnan G. (1992), *Il rischio psico-patologico in famiglie con genitori psicotici*, Bambino incompiuto, 2, pp. 43-55.
- Favaro G. (2001), *Parole a più voci*, Franco Angeli, Milano.
- Favaro G. (2003), *Famiglie immigrate, servizi alla persona e società multiculturali*, Studi Zancan, 6.
- Fernandez E. (2004), *Effective Interventions to Promote Child and Family Wellness*, Child and Family Social Work, 9(1), pp. 91-104.
- Fernandez E. (2007), *Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support*, Children and Youth Services Review, Volume 29, Issue 10, pp. 1368-1394.
- Ferrari Bravo G., Reale E., Russo M. (1977), *L'esclusione necessaria. Note sulla genesi del disadattamento minorile*, La rivista di servizio sociale, 3.
- Ferrari M.B. (1971), *Le famiglie socialmente emarginate*, Assistenza d'Oggi, 1.
- Fondazione Zancan (2006), *Politiche per l'infanzia e la famiglia. Il contributo di Alfredo Carlo Moro alle proposte culturali della Fondazione Zancan*, Padova.
- Forgey M.A., Allen M., Hansen J. (2008), *Quanto efficace è la valutazione della violenza domestica tra coniugi nel proteggere i minori a rischio? Un confronto transnazionale*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Forgey M.A. (1999), *Social work assessment in intimate partner violence; Integrating the empirical knowledge base*. Journal of Applied Social Sciences, 24, (1) pp. 3-16.
- Forte F. (1976), *Le colpe della scuola media e il disadattamento minorile*, Esperienze di Rieducazione, 1.
- Forte M. (1975), *Scuola media e disadattamento minorile*, Problemi Minorili, 1-2.
- Fortunati A. (a cura di) (2004), *Il mestiere dell'educare. Bambini, educatori e genitori nei nidi e nei nuovi servizi per l'infanzia e la famiglia*, Junior, Bergamo.
- Fortunati A. (2006), *L'educazione dei bambini come progetto della comunità: bambini, educatori e genitori nei nidi e nei nuovi servizi per l'infanzia e la famiglia: l'esperienza di San Miniato*, Junior, Bergamo.
- Fruggeri L. (2005), *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*, Carocci, Roma.

- Furniss T. (1990), *L'abuso sessuale del bambino nella famiglia: intervento e terapia*, Bambino incompiuto, 3, pp. 59-67.
- Ganio Nego G. (1999), *La figura del coadiutore familiare che accompagna la crescita delle relazioni familiari*, Minori Giustizia, 1, Milano.
- Gaspar M.F., Seabra-Santos M.J. (2008), *Risultati preliminari dalla traduzione, implementazione e ricerca dello strumento Webster-Stratton Incredible Years*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Gaudin J. M., Dubowitz. H. (1997), *Family Functioning in neglectful families: Re-cent research*, in Berrick J.D., Barth R.P., Gilbert N. (Eds.), *Child Welfare Research Review*, 2, pp. 28-62.
- Gaudio S. (1974), *I problemi dei minori nell'ambito della sicurezza sociale*, Solidarietà umana, 8-9.
- Ghate D., Hauari H., Hollingworth K., & Lindfield S. (forthcoming 2008), *Key elements of effective practice in parenting support in the youth justice context: source document*, Youth Justice Board, London.
- Ghezzi D. (1989), *Il bambino che sta male a casa sua. La qualità dell'intervento degli operatori*, Bambino incompiuto, 2, pp. 149-157.
- Gibbons J., Thorpe S. (1989), *A Useful Part of the Community: Family Projects in Local Areas, Report to the Joseph Rowntree Memorial Trust*, National Institute for Social Work, London.
- Gigante N., Saraz M. (a cura di) (1974), *Minori abbandonati*, Promozione Sociale, 7-8.
- Gioga G., Mazzini E.L.L., Pivetti M. (2007), *Progetti personalizzati per le famiglie multiproblematiche con minori: una sperimentazione promossa dalla Regione Abruzzo*, Studi Zancan, 4, pp. 181-198.
- Gioga G., Pivetti M. (2008), *Progetti personalizzati capaci di considerare congiuntamente i bisogni della persona e della famiglia. I risultati di una sperimentazione con 15 famiglie multiproblematiche con minori*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Goodman R. (1997), *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), pp. 581-586.
- Gorrieri E., Guerzoni L. (1994), *Per una politica di sostegno alla famiglia*, Animazione sociale, 11.
- Granger E. (1979), *I figli abbandonati, non sempre il peggio è inevitabile*, Vita Sociale.
- Grietens H. (2008), *Quali prospettive europee a proposito di interventi 'evidence based' per bambini e ragazzi a rischio e le loro famiglie*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.

- Grigoletti P. (a cura di) (1998), *Famiglie con molti problemi: vincoli e risorse*, Franco Angeli, Milano.
- Gross D., Fogg L., Webster-Stratton C., Garvey C., Julion W., Grady J. (2003), *Parent training with families of toddlers in day care in low-income urban communities*, in "Journal of Consulting & Clinical Psychology", 7, pp. 261-278.
- Grossi B. (1981), *La protezione delle fasce marginali della popolazione nella programmazione regionale*, Comunità e salute, 2-3.
- Gruppo Abele (1971), *Una prospettiva alternativa al problema del disadattamento giovanile*, Esperienze di Rieducazione, 4.
- Gualdani A. (2007), *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Giuffrè, Milano.
- Guerzoni G. (a cura di) (2007), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli. Il contenuto e le proposte*, Il Mulino, Bologna.
- Gutbrandsson B. (2006), *Rights of children at risk and in care*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Haley J. (1985), *La terapia del problem-solving - nuove strategie per una terapia familiare efficace*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Hartley R. (2008), *Respire care literature review*, Report.
- Henggeler S.W., Melton G., Brondino M.J., Scherer D.G. (1997), *Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 65 (5), pp. 821-833.
- Henggeler S.W., Schoenwald S.K., Borduin C.M., Rowland M.D., Cunningham P.B. (1998), *Multisystemic Treatment of Antisocial behaviour in Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York.
- Iafrate R., Giuliani C. (2006), *L'enrichment familiare*, Carocci, Roma.
- Innocenti E. (2007), *Gli interventi legislativi regionali di contrasto alla povertà*, in Caritas Italiana, Fondazione Zancan (a cura di), *Rassegnarsi alla povertà. Rapporto 2007 su povertà e esclusione sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 109-138.
- Innocenti E. (2007), *Livelli essenziali per la tutela e la promozione della famiglia e delle persone*, Studi Zancan, 4.
- Innocenti E., Vecchiato T. (2007), *Servizi per le famiglie con figli e livelli essenziali: prove di fattibilità e sostenibilità*, in Guerzoni L., *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, Il Mulino, Bologna.
- Iori V. (2006), *Genitorialità e servizi sociali: l'Osservatorio Famiglie e il Centro per le famiglie di Reggio Emilia*, Rivista Italiana di Educazione Familiare, 1, pp. 49-63.
- Iori V. (2006), *Separazioni e nuove famiglie. L'educazione dei figli*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- Ireys H., Divet K., Sakawa D. (2002), *Family support and education*. In B. Burns & K. Hoagwood (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders*, New York: Oxford University Press, pp. 154-176.
- Jones T., Prinz R. (2005), *Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review*. Clinical Psychology Review, 25, 341-363.

- Katz I., Pinkerton J. (Eds) (2003), *Evaluating Family Support - Thinking Critically, Thinking Internationally*. Chichester: Wiley.
- Kazdin A.E. (1997), *Parent management training: Evidence, outcomes and issues*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 36, pp. 1349-1356.
- Kazdin A.E., Weisz J.R., eds (2003), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York.
- Kemp S.P., Marcenko M.O., Vesneski W. (2008), *Coinvolgere i genitori naturali nei servizi per l'infanzia: strategie efficaci e opportunità politiche*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Knitzer J., Kreader J.L., (2004). *Strategic community and state action to promote the well-being of infants and toddlers: Lessons from the real world. Infants and Young Children*, 17, 4, pp. 318-326.
- Krueger R.A. (1994), *Focus groups. A practical Guide for Applied Research*, Sage, Thousand Oaks.
- L'Abate L. (1990), *Le risorse della famiglia. Prospettive di prevenzione primaria e secondaria*, Il Mulino, Bologna.
- Lacluyse K., Grietens H., Hellinckx W. (2007), *Signaallijst ernstige opvoedingsproblemen: Ontwikkeling van een werkinstrument voor het onderkennen van ernstige opvoedingsproblemen, ter ondersteuning van hulpverleners werkzaam binnen de Integrale Jeugdhulp*. KU Leuven, Research report.
- Lamarque E. (2007), *I diritti dei figli*, in Cartabia M. (a cura di), *I diritti in azione. Universalità e pluralismo dei diritti fondamentali nelle Corti europee*, Il Mulino, Bologna, pp. 283-317.
- Lanza L. (1990), *Il comportamento della moglie / madre nell'incesto padre / figlia: dall'estraneità alla partecipazione collusiva*, Bambino incompiuto, 3, pp. 81-86.
- Leavitt S., Booth C. (2008), *Implementazione transnazionale del modello Homebuilders®. Esperienze, sfide ed esiti*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Leone S. e altri (1995), *Salute e malattia. Le forti responsabilità della famiglia*, Famiglia Oggi, 1.
- Levi G., Haddad A. (1993), *Rischio psicopatologico e rischio di abuso in età evolutiva*, Bambino incompiuto, 1, pp. 19-28.
- Lightburn A., Warren-Adamson C. (2009), *An integrated practice model for family centers*. In A. Roberts, (Ed.) *The Social Worker's Desk Reference*. New York: Oxford University Press.
- Lightburn A., Sessions P., eds (2006), *Handbook of Community-Based Clinical Practice*, Oxford University Press, New York.
- Lippi A. e altri (1999), *Servizi autogestiti da associazioni di famiglie*, Servizi sociali, 1.

- Loots G., Van Puyenbroeck H., Grietens H., Jacquet W. (2006), *Crisishulp aan Huis in Vlaanderen. Rapportering van een uitkomstonderzoek*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.
- Luciani C. (1974), *Per un rilancio sociale dei problemi inerenti all'emarginazione dei minori*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 8.
- Lussu A., Rovai B. (2004), *L'operatore socio-sanitario nei servizi sociali*, Carocci Faber, Roma.
- Magno G. (1996), *Quale protezione per i minori stranieri*, Bambino incompiuto, 3-4, pp. 9-17.
- Malagoli Togliatti M., Tafà M. (a cura di) (2005), *Gli interventi sulla genitorialità nei nuovi centri per le famiglie. Esperienze di ricerca*, Angeli, Milano.
- Maluccio A., Canali C., Vecchiato T. (edited by) (2002), *Assessing outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues*, Aldine de Gruyter, New York.
- Maluccio A.N., Whittaker J.K (2002), *Le risposte per l'infanzia all'esterno della famiglia negli Usa: una revisione critica*, Studi Zancan, 6.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T. (2006), *Family Foster Care: Cross-National Research Perspectives*, Families in Society, 87, 4.
- Manchester Metropolitan University (2008), *Economic evaluation of young carers' interventions. Crossroads caring for carers and the princess royal trust for carers*. Manchester Metropolitan University.
- Manolo V. (2008), *Understanding practice principles and service delivery: the implementation of a community-based family support program*, Children and Young Services Review, 30.
- Mantovani S. (a cura di) (1999), *Bambini e genitori insieme: un itinerario di formazione*, Junior, Bergamo.
- Marcon P., Fara N. (1971), *Per una nuova politica del disadattamento minorile*, La rivista di servizio sociale, 2.
- Marsh P. (2007), *Developing an enquiring social work practice: Practitioners, researchers and users as scientific partners*. Utrecht, Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Marsh P. (2008), *Le Family group conferences e il miglioramento del processo decisionale incentrato sulla famiglia*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Marsh P., Crow G. (1998), *Family Group Conferences in Child Welfare*. Oxford: Blackwell Science.
- Martorelli M. (1988), *Maltrattamento del bambino e formazione degli operatori socio-sanitari*, Bambino incompiuto, 3, pp. 145-150.
- Marzotto C. (1990), *Un nuovo servizio alla famiglia in crisi.*, Politiche sociali e servizi, 2, Milano.
- Maurizio R. (a cura di) (2007), *Dare una famiglia a una famiglia. Verso una nuova forma di affidamento*, Ega, Torino.
- Maurizio R. (a cura di) (1995), *La prevenzione del disagio in riferimento alle esperienze di aggregazione tra adolescenti*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.

- Maurizio R., Peirone M. (1984), *Minori, comunità e dintorni*, EGA, Torino.
- Mazzoli G. (2005), *Se la famiglia da sola non ce la fa a essere risorsa. Per un investimento sui rapporti orizzontali nella comunità*, Animazione Sociale, 6-7.
- Mazzucchelli F. (1994), *Famiglie multiproblematiche: un destino non irreversibile*, Prospettive sociali e sanitarie, 17.
- Mazzucchelli F. (a cura di) (2008), *Il diritto di essere bambino: famiglia, società e responsabilità educativa*, Franco Angeli, Milano.
- McAuley C., Knapp M., Beecham J., McCurry N., Slead M. (2004), *Young Families Under Stress: Outcomes and Costs of Home-Start Support*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- McAuley C., Pecora P.J., Rose W. (edited by) (2006), *Enhancing the Well-being of Children and Families through Effective Interventions. International Evidence for Practice*, Jessica Kingsley Publishers London.
- McKay M.M., Bannon W.M. (2004), *Engaging families in child mental health services*. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 13(4), pp. 553-566.
- Mendorla G., Castorina S. (1993), *Punizioni fisiche maltrattanti e incidenti nell'adolescenza*, Bambino incompiuto, 6, pp. 23-34.
- Meucci G. (1976), *Le situazioni di crisi della famiglia: interventi del giudice e della società*, Esperienze di Rieducazione, 1.
- Meucci G.P., Scarcella F. (1984), *La tutela dei diritti dei minori*, NIS, Roma.
- Michael Foster E. e altri (2008), *The costs of public health infrastructure for delivering parenting and family support*, Children and Young Services Review, 30.
- Milani P. (1993), *Progetto genitori - Itinerari educativi in piccolo e grande gruppo*, Centro Studi Erickson, Trento.
- Milani P. (2000), *Il sostegno alla genitorialità: analisi delle tipologie esistenti in Italia e in Europa*, in "Cittadini in crescita", Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, voll. 2/3, pp.46-59.
- Milani P. (2002), *Educazione, reti sociali e relazioni familiari. Una ricerca a Padova*, Cleup, Padova.
- Milani P. (2004), *Il sostegno alla genitorialità nel lavoro con le famiglie*, Studi Zancan, 4.
- Milani P. (2005), *Lo sviluppo dei consultori familiari a sostegno della genitorialità*, Studi Zancan, 4, pp. 9-34.
- Milani P. (a cura di) (2001), *Manuale di educazione familiare: ricerca intervento e formazione*, Erickson, Trento.
- Miller R., Asquini C. (2008), *Riformare il sistema dei servizi: considerazioni sulle politiche secondo una prospettiva australiana*, in Canali C., Vecchiato T., Whitaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Miller I.W., Kabacoff R.I., Epstein N.B., Bishop D.S., Keitner G.I., Basldwin L.M., Van der Spuy H.I.J (1994), *The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning*. Family Process, 33, 53-69.

- Ministero dell'Interno (1996), *La costruzione di un progetto adolescenti. saperi e pensieri... per fare*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Ministero dell'Interno (1996), *La prevenzione del disagio e delle dipendenze con gli adolescenti. Premesse culturali e teoriche ed esiti della sperimentazione nazionale*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Ministero dell'Interno (1996), *Sperimentazione nazionale coordinata di progetti adolescenti con finalità preventiva*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Ministero dell'Interno Direzione generale dei servizi civili (a cura di) (1991), *Politiche sociali per l'infanzia e l'adolescenza*, Unicopli, Milano.
- Ministero dell'Interno Direzione generale dei servizi civili (a cura di) (1991), *Minori: linee di indirizzo per una politica unitaria*, Roma.
- Minori Giustizia (1994), *Quando un minore viene allontanato...*, Minori giustizia, 1.
- Moran P., Ghate D., Van der Merwe A. (2004), *What works in parenting support: a review of the international evidence*. London: DfES RR574.
- Moro A.C. (1982), *I diritti del minore in Italia*, Ministero dell'Interno DGSC, Roma.
- Moro A.C. (1984), *Non mitizziamo l'affido*, Bambino incompito, 3, pp. 27–30.
- Moro A.C. (1985), *La riforma del diritto di famiglia dieci anni dopo*, Bambino incompito, 1, pp. 5–17.
- Moro A.C. (1985), *Per una migliore protezione del minore: l'ufficio di pubblica tutela*, Bambino incompito, 2, pp. 9–25.
- Moro A.C. (1987), *La riforma dell'ordinamento minorile: una utopia o una realtà?*, Bambino incompito, 1, pp. 5–15.
- Moro A.C. (1988), *Erode fra noi*, Mursia, Milano.
- Moro A.C. (1991), *Il bambino è un cittadino*, Mursia, Milano.
- Moro A.C. (1992), *Società rischiosa e preadolescenza*, Bambino incompito, 2, pp. 7–20.
- Moro A.C. (1993), *La disciplina della famiglia di fatto*, Bambino incompito, 6, pp. 47–48.
- Moro A.C. (2006), *Il minore nel diritto di famiglia*, in Fondazione Zancan, *Politiche per l'infanzia e la famiglia. Il contributo di Alfredo Carlo Moro alle proposte culturali della Fondazione Zancan*, Fondazione Zancan, Padova.
- Moro A.C. (2006), *Politiche per l'infanzia e la famiglia. il contributo di Alfredo Carlo Moro*, Fondazione Zancan, Padova.
- Moro A.C., Maurizio R., Belotti V. (2006), *Minori Stranieri in Carcere*, Guerini e Associati, Milano.
- Moro A.C., Vecchiato T. (1993), *Per una più compiuta tutela dei minori*, Politiche giovanili, suppl. Servizi sociali, 3.
- Morris K., Hughes N., Clarke H. e altri (2007), *Whole Family Approaches: A Review for the Social Exclusion Task Force*, Cabinet Office, London.
- Munro E., Stein M., Ward H. (2005), *Comparing how different social, political and legal frameworks support or inhibit transitions from public care to independence in Europe, Israel, Canada and the United States*. International Journal of Child and Family Welfare, 8(4), pp. 197-198.
- Nina Biehal (2005) *Working with Adolescents: Supporting Families, Preventing Breakdown*, BAAF, London.

- Novarino F. (1994), *L'"affido educativo". Educatori in famiglia a sostegno dei minori in difficoltà nella ex usl XI di Genova*, Prospettive sociali e sanitarie, 11.
- NSW Commission for Children and Young People (2004), *Families First Out-comes Framework NSW Data Report. Population Outcome measures for children, families and communities in NSW*, Australia.
- O'Leary K.D., Smith Slep A.M., O'Leary S. (2000), *Co-occurrence of partner and parent aggression: Research and treatment implications*. Behavior Therapy, 31, pp. 631-648.
- Occulto R. (1975), *Per una politica regionale dei servizi sociali a tutela dei minori*, La rivista di servizio sociale, 3.
- Ordine assistenti sociali. Consiglio nazionale (2010), *Percorsi integrati. Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore*, Ordine assistenti sociali. Consiglio nazionale, Roma.
- Pagliari Tacconi T. (1974), *Fatti e riflessioni in tema di disadattamento*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 5.
- Palmonari A. (2008), *I servizi per bambini e ragazzi in difficoltà: innovazioni e valutazioni*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Palmonari A. (a cura di) (1991), *Guida alle comunità di convivenza e crescita della persona*, Patron, Bologna.
- Paolucci G. (1981), *Perché le donne abbandonano i figli*, Inchiesta, 49-50.
- Parish S., Cloud J.M. (2006), *Child care for low-income school-age children: Disability and family structure effects in a national sample*, Children and Young Services Review, 28.
- Parisi C., Bernabei P. (1989), *Sul rischio psicopatologico nei figli di genitori con problemi psichiatrici*, Bambino incompiuto, 2, pp. 89-100.
- Pati L. (1992), *Le funzioni educative nel sistema delle relazioni familiari*, La famiglia, 151.
- Patterson J., Barlow J., Mockford C., Klimes I., Pyper C., Stewart-Brown S. (2002), *Improving mental health Through parenting programmes: Block Randomised Controlled Trial*, Archives of Diseases in Childhood, Vol. 87, pp. 472-477.
- Perico G. (1975), *Due alternative all'istituto per minori*, Aggiornamenti sociali, 2.
- Pfanner P. (1985), *La famiglia abusante*, Bambino incompiuto, 2, pp. 79-83.
- Pirrone V. (1978), *Disadattamento e criminalità nella dinamica della personalità giovanile*, Problemi Minorili, 4-5-6.
- Prinz R., Sanders M. (2007), *Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions*, Clinical Psychology Review 27, pp. 739-749.
- Quinton D. e altri (2005), *Supporting Families: Messages from Research*, JKP, London.
- Radaelli V. (1977), *Il lavoro dei fanciulli e la loro tutela penale e civile*, Problemi Minorili, 4-5-6.
- Rao C. (1975), *Disadattamento minorile*, Solidarietà umana, 17-18.



- Regione Emilia-Romagna - Il Difensore Civico e Zancan Formazione Srl (2010), *Giovani irregolari tra marginalità e devianza. Ricerca sui minori segnalati al Tribunale per i Minorenni di Bologna nel periodo 2006-2008 per "irregolarità della condotta" ex art. 25 e 25 bis della Legge Minorile*, Regione Emilia-Romagna - Difensore Civico, Bologna.
- Regione Veneto in collaborazione con l'Associazione Italiana dei Giudici per i minorenni (1975), *Per una politica regionale dei servizi sociali a tutela dei minori*, Atti convegno di Abano 24-26 gennaio 1975.
- Rezza E. (1985), *Particolari forme di maltrattamento del bambino dovute a collaborazione tra medico e genitore*, *Bambino incompito*, 1, pp. 49-59.
- Richardson J., Joughin C. (2002). *Parent Training Programmes for the Management of Young Children with Conduct Disorders: Findings from Research*, Gaskill, London.
- Rigliano P., Siciliani O. (1988), *Famiglia schizofrenia violenza. un approccio sistemico e nonviolento al conflitto familiare*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Rivkin D. (2008), *La valutazione dei centri di trattamento figli-genitori in Israele*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Roccia C., Foti C. (1993), *Pedofilia: dal bambino abusato all'adulto perverso*, *Bambino incompito*, 6, pp. 9-21.
- Rogialli S., Teodori M.P. (1995), *Sviluppo umano e quotidianità: il bambino, la famiglia, la comunità*, *Bambino incompito*, 1, pp. 13-23.
- Rognoni M. (2008), *Conflittualità e cura della genitorialità*, *Prospettive sociali e sanitarie*, 5.
- Rose W., Aldgate J. (2008), *Cambiare gli orientamenti del lavoro con i bambini difficili e le loro famiglie*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Roveda P. (1983), *Il cambiamento educativo nella famiglia*, *La Famiglia*, n. 100-101.
- Rutgers A.H., Hoffenaar P.J., Asscher J.J., Deković M., Hermanns J.M.A. (2008), *Efficacia a lungo termine del programma Home-Start di supporto*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Sacchetti L. (1985), *Dall'adozione all'affidamento familiare. Coscienza di una crisi e di una prospettiva*, *Bambino incompito*, 3, pp. 147-156.
- Sacchetti L. (1988), *La tutela dei minori e le famiglie premature*, *Bambino incompito*, 1, pp. 69-73.
- Sanders M.R. (1999), *Triple P-positive parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behaviour and emotional problems in children*, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (2), pp. 71-90.

- Sanders M.R., Cleghorn D., Shepherd R.W., Patrick M. (1996), *Predictors of clinical improvement in children with recurrent abdominal pain*, Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24, pp. 27-38.
- Sanders M.R., Markie-Dadds C., Turner K.M.T. (2003), *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence*, Parenting Research and Practice Monograph, 1, 1-21.
- Santucci M.F. (1972), *Disadattamento minorile*, Solidarietà umana, 17-18.
- Scabini E., Donati P. (a cura di) (1992), *Famiglie in difficoltà tra rischio e risorse*, Vita e Pensiero, Milano.
- Scabini E., Donati P. e altri (1986), *Reti familiari e bambini a rischio*, Vita e Pensiero, Milano.
- Scalco S. e altri (2005), *L'affido diurno di bambini stranieri. Un sostegno ai legami familiari*, Animazione Sociale, 2.
- Schettini B. (a cura di) (1993), *Operatori e mediazione familiare. contenuti, problemi, esperienze a confronto*, La Ricerca Psicologica, Napoli.
- Scopel W. (1993), *Il sostegno educativo alla famiglia per prevenire il rischio dell'allontanamento del minore*, Minori Giustizia, 3.
- Serpico Persico L. (1976), *Scuola media e minori disadattati*, Problemi Minorili, 3-4-5-6.
- Simeone D. (2002), *La consulenza educativa. dimensione pedagogica della relazione d'aiuto*, Vita e Pensiero, Milano.
- Sità C. (2005), *Il sostegno alla genitorialità. Analisi dei modelli di intervento e prospettive educative*, La Scuola, Brescia.
- Sità C. (2004), *Il "ben-trattamento" delle famiglie nelle azioni di sostegno alla genitorialità*, La famiglia, 223, pp. 71-86.
- Small A., Coney S., O'Connor (2009), *Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-based Prevention Programs*, Family Relations, 58, pp. 1-13.
- Social Exclusion Task Force (2007), *Reaching Out: Think Family*, Cabinet Office, London.
- Sociale services improvement agency, Asiantaeth Gwella'r Gwasanaethau Cymdeithasol, *What works in promoting good outcomes for children in need in the community?*
- Sprini G. (1976), *Gli interventi nel disadattamento*, Promozione Sociale, 5.
- Statham J., Holtermann S., Winter G. (2001), *Supporting families. A comparative study of outcomes and costs of services for children in need*, Institute of Education, University of London, London.
- Strumendo L. (a cura di) (2007), *Il garante dell'infanzia e dell'adolescenza. Un sistema di garanzia nazionale della prospettiva europea*, Guerini Studio, Milano.
- Swartz H.A. e altri (2007), *Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques from motivational interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation*, Professional Psychology: Research and practice, 38(4), 430-439.

- Temple J.A., Reynolds A.J. (2007), *Benefits and costs of investments in preschool education: Evidence from the Child-Parent Centers and related programs*, Children and Young Services Review, 26.
- Thoburn J. e altri (2000), *Family Support in cases of emotional maltreatment and neglect*, Department of Health, London.
- Thomas S. (2007), *The Victorian Family Support Innovation Projects: Final Evaluation Overview Report*. Monash University.
- Tibozzo M., Pesce G.C. (1973), *Prevenzione del disadattamento*, Promozione Sociale, 7-8.
- Tilbury C. (2005), *Counting family support*, Child and Family Social Work, 10, pp. 149-157.
- Tillard B., Rurka A., *Du placement à la suppléance familiale. Actualité des recherches internationales*, L'Harmattan, Paris.
- Torchia L. (2005), *Welfare e federalismo*, Il Mulino, Bologna.
- Tortello M., Santanera F. (1983), *Il ruolo del volontariato nel campo delle alternative al ricovero in istituto*, Prospettive Assistenziali, 64.
- Tunstill J. e altri (2006), *Improving Children's Services Networks: Lessons From Family Centres*, JKP, London.
- Turner K., Sanders M. (2006), *Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P-Positive Parenting Program system approach*, Aggression and Violent Behavior, 11, 176-193.
- Tuzzi A. (2003), *L'analisi del contenuto. Introduzione ai metodi e alle tecniche di ricerca*, Carocci, Roma.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families/Children's Bureau and Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. (2003). *National study of child protective services systems and reform efforts: Review of state CPS policy* (Washington, DC: U.S. Government Printing Office).
- Utting D., Monteiro H., Ghate D. (2007), *Interventions for children at risk of developing antisocial personality disorder*. Report to the Department of Health and Prime Minister's Strategy Unit. London: Policy Research Bureau.
- Van Bueren G. (2008), *Child rights in Europe*. Strasbourg: Council of Europe.
- Van den Bruel B. (2008), *Sostegno alla genitorialità coinvolgendo il bambino e la famiglia: verso interventi più efficaci*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Van Peype Ph. D. (1970), *Famiglie socialmente carenti e azione sociale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3-4/1970
- Van Puyenbroeck H., Loots G., Grieten. H, Jacquet W. (2007), *Crisishulp aan Huis Vlaanderen: Een uitkomstonderzoek*, Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46, 78-89.
- Van Woudenberg K., McKay L. (2008), *Valorizzare i giovani genitori – Prassi collaborative nel lavoro con genitori adolescenti a Sidney secondo un modello di intervento*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere*

- i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- Vecchiato T. (1986), *La comunità alloggio: un modello polivalente di intervento sociale*, Bambino Incompiuto, 3.
- Vecchiato T. (1995), *La mediazione nelle esperienze di altri Paesi*, Bambino incompiuto, 2, pp. 27–40.
- Vecchiato T. (2007), *Per un piano di lotta alla povertà: risorse, bisogni, ipotesi e proposte*, in Caritas Italiana e Fondazione Zancan, *Rassegnarsi alla povertà. Rapporto 2007 su povertà ed esclusione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Vecchiato T. e altri (1993), *Famiglia e solidarietà sociale: forme di aiuto a domicilio*, Servizi sociali, 5.
- Vecchiato T. (1983), *Le comunità per minori fra ipotesi e realizzazioni, fra esperienza e professionalità*, Annali Scuola Superiore di Servizio Sociale, Trento.
- Vecchiato T., (1992), *Minors and Deviance*, in Hans-Uve O., Messmer H. (edited By), *Crime, Conflict and Reconciliation*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Vecchiato T., in Grietens H., Knorth E., Durning P., Dumas J., eds (2007), *Promoting competence in children and families. Scientific perspectives on resilience and vulnerability*, Eusarf, Leuven.
- Vecchiato T. (1989), *Integrating Professional and Community Resources for Young Persons*, in Hudson J., Galaway B. (a cura di), *The State as Parent*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Vecchiato T., Maluccio A., Canali C., edited by (2002), *Evaluation in Child and Family Services. Comparative Client and Program Perspective*, Aldine de Gruyter, New York.
- Vecchiato T. (1997), *The Foster Care in Italy*, in Colton M., Williams M., edited by, *The World of Foster Care*, Arena, Adersht, Gb, Brookfield, Usa.
- Vecchiato T., Mazzini E.L.L., (a cura di) (2008), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Veerman, J. W., De Kemp R.A., Ten Brink L.T., Slot N.W., Scholte E.M. (2003), *The implementation of Families First in the Netherlands: A one year follow-up*, Child Psychiatry and Human Development, 33(3), pp. 227-243.
- Vernò F. (a cura di) (1989), *Minori: un impegno per la comunità locale*, Fondazione Zancan, Padova.
- Viani F. (1973), *Le carenze affettive e la dissociazione familiare come causa di disordini della personalità nell'età evolutiva*, Problemi Minorili, 4-5.
- Vicinelli G. (1970), *Una nuova politica per i disadattati*, Solidarietà umana, 13-14.
- Vico G. (1988), *L'educazione del bambino in una situazione familiare difficile*, Bambino incompiuto, 2, pp. 63–69.
- Vivaldi E. (2008), *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino.
- Warren-Adamson C., Lightburn A. (2006), *Developing a community-based model for integrated family centre practice*. In Lightburn A., Sessions P. (Eds.), *The Handbook of Community-Based Clinical Practice*, New York: Oxford University Press.

- Washington State Institute for Public Policy. (2006). *Intensive family preservation programs: Program fidelity influences effectiveness*.
- Webster-Stratton C. (1992), *The Incredible Years. A Trouble-Shooting Guide for Parents of Children Aged 3-8*, Toronto: Umbrella Press.
- Webster-Stratton C., Hammond M. (1997), *Treating Children with early on-set conduct problems: A comparison of child and parent training interventions*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (1), pp. 93-109.
- Webster-Stratton C., Reid M., Hammond M. (2001), *Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start*, Journal of Clinical Child Psychology, 30 (3), pp. 283-302.
- Whitelaw Downs S. e altri (2000), *Child Welfare and Family Services. Policies and Practice*, Allyn and Bacon, Boston.
- Whittaker J.K. (2008), *Lo scenario degli interventi evidence-based per bambini e ragazzi in gravi difficoltà: come conoscere ciò che funziona e come utilizzarlo*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova.
- World Health Organization (2004), *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options*, Who, Geneva.
- Zappella M. (1971), *Disadattamento scolastico ed esclusione istituzionale*, Rassegna di Servizio Sociale, 3.
- Zecca O. (1973), *Violenza, scuola e famiglia*, Problemi Minorili, 4-5.
- Zeira A. (2004), *Policy Digest, Child & Family Social Work*, 9, 3, pp. 305-307.
- Zeira A., Canali C., Vecchiato T., Jergeby U., Thoburn J., Neve E. (2007), *Evidence-based Social Work Practice with Children and Families: A Cross National Perspective*, Studi Zancan, 1.
- Zorzella N. (1996), *I diritti del minore straniero in Italia*, Bambino incompiuto, 3-4, pp. 19-29.